



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins version adaptée à la principauté de Monaco



Version 2024

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 la DASA le 8 mars 2024 Validation par le Collège le 11 avril 2024
Immatriculation interne	ACDC_ARE_R009_A

© 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 – Avril 2024 – n° ISBN : 978-2-11-172141-8

Sommaire

Le référentiel

Les fiches critères

Les fiches pratiques

Lexique

Suivi des modifications du référentiel

Remerciements

La certification de la Qualité des soins : « Patients, soignants, un engagement partagé »

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

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

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 est 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). Pour les établissements de santé, cette reconnaissance internationale est un gage de rigueur et de qualité du dispositif HAS et constitue une marque de confiance.

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

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

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

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

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

...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 en matière de qualité d'aujourd'hui

Le développement de l'engagement des patients

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

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

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

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

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

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

L'adaptation aux évolutions du système de santé

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

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

Le référentiel

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

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

Ce référentiel a fait l'objet d'une élaboration concertée et d'une construction partagée entre la HAS et les professionnels de santé, les instances et les représentants des usagers.

Une transposition du référentiel de certification français aux spécificités de la Principauté de Monaco a été réalisée par la HAS et la DASA (Direction de l'action sanitaire du gouvernement princier de la Principauté de Monaco).

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

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

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

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

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

Le deuxième chapitre concerne **les équipes de soins**, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin.

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

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

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

Un référentiel modulable en fonction de l'établissement de santé

Le référentiel contient 91 critères génériques, qui s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'application relevant :

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

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

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

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

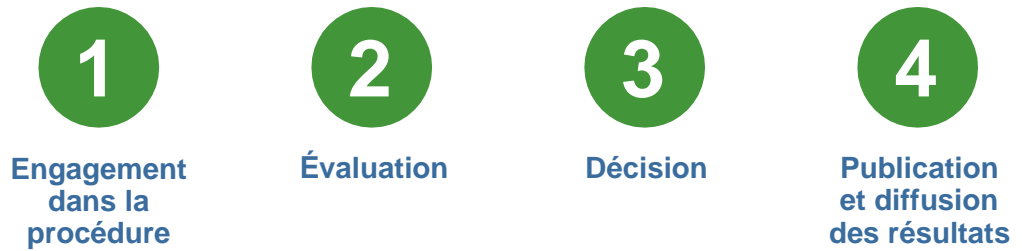
Un référentiel composé de critères précisés sous forme de fiches descriptives

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

Section	Description
Arborescence	Rappel du chapitre et de l'objectif auquel appartient le critère
Critère	Intitulé du critère
Description du critère	Paragraphe descriptif identifiant les enjeux qui sont liés au critère
Champ d'application	Rappel du champ d'application générique ou spécifique
Niveau d'exigence du critère	<ul style="list-style-type: none"> • Standard • Impératif • Avancé
Éléments d'évaluation	Résultats attendus, lesquels seront évalués pour apprécier si l'établissement de santé répond ou non au critère
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> • Patients • Professionnels • Gouvernance • Représentants des usagers
Méthodes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Patient traceur • Parcours traceur • Traceur ciblé • Audit système • Observation
IQSS	Les indicateurs qualité et sécurité des soins, marqueur complémentaire à l'évaluation du critère
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Références HAS • Références légales et réglementaires applicables au sein des établissements de santé de la région wallonne. • Autres <p>Les références sont données à titre indicatif et ne sauraient constituer l'ensemble des références ou obligations auxquelles les organismes soumis à la procédure de certification doivent se conformer. Elles sont par ailleurs susceptibles d'évoluer à tout moment.</p>

La démarche de certification en pratique

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



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

S'inscrire dans le dispositif et personnaliser sa démarche

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

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

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

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

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

Le profil de l'établissement est déterminé par des données qualifiant ses activités, leur volume, ses modes de prise en charge et les populations de patients qu'il accueille. Elles sont complétées par l'établissement.

Le profil de l'établissement permet ainsi de définir :

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

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

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

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

- son référentiel personnalisé ;
- les actualités liées à la certification ;
- les documents qu'il souhaite partager (projet d'établissement, organigramme,);
- 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. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que son vécu soit le plus large possible.

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

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

Parcours traceur

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

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

Traceur ciblé

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

En visite, plusieurs traceurs ciblés sont réalisés par les experts-visiteurs : circuit du médicament et des produits de santé, prévention des infections associées aux soins, gestion des événements indésirables, SAMU/SMUR et gestion des produits sanguins labiles.

Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins

Une évaluation de la coordination des services

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

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

Une méthode tout au long de la visite

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...), etc.

... En pratique

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

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

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

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

CALISTA : un outil pour générer ses grilles d'évaluation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une évaluation interne à la main de l'établissement

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

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

Pour ne pas mobiliser l'énergie des professionnels au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients, 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 :

- multiprofessionnelles et composées d'experts-visiteurs issus d'établissements de santé différents. Elles comportent impérativement un médecin ;
- conduites par un coordonnateur désigné et formé par la HAS à cette fonction, du fait de sa maîtrise de la procédure et de ses qualités pédagogiques, d'organisation et de management ;
- dimensionnées en fonction de la taille de l'établissement de santé, de la localisation des sites géographiques à évaluer, du nombre et du type d'évaluations à réaliser ;
- parfois renforcées par des médecins centrés patients traceurs pour la réalisation de patients traceurs ;
- A compter de janvier 2024, les équipes seront 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 au moins 3 mois avant la visite. Le représentant légal de l'établissement de santé visité peut demander la récusation d'un ou plusieurs experts-visiteurs.

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

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

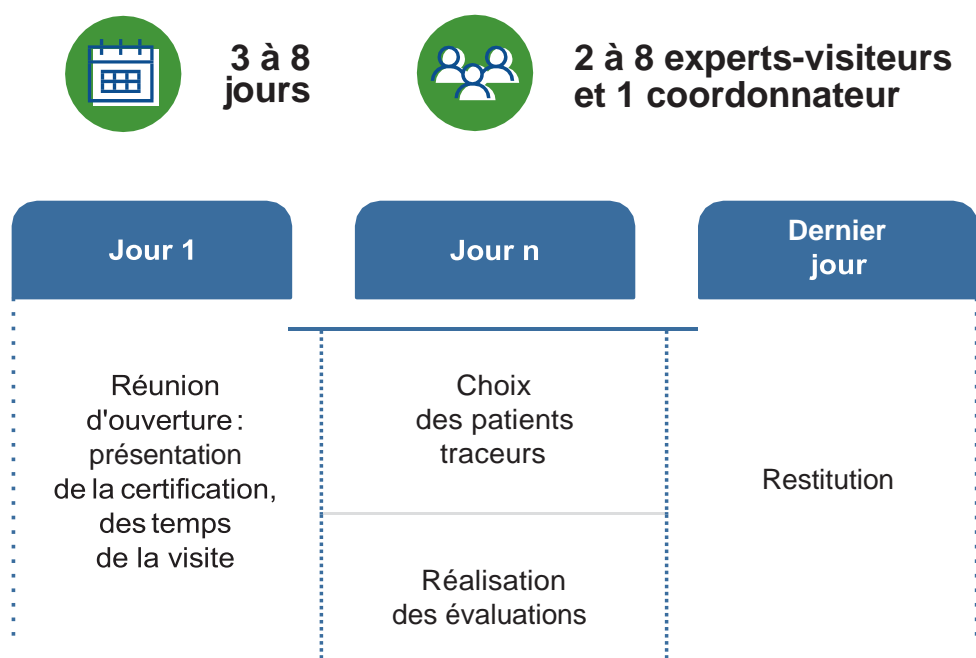
La visite

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

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

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

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



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

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

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

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

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 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 prend sa décision selon 4 niveaux :



La publication et la diffusion des résultats

Diffusion publique accessible aux usagers

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

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

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

Diffusion au sein de l'établissement de santé

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

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

Information des tutelles

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

Les critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	1.1-01 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	Tout l'établissement	29
		1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Tout l'établissement	30
		1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	Enfant et adolescent	31
		1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout l'établissement	32
		1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge	Tout l'établissement	33
		1.1-07 Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	Maternité	34
		1.1-08 Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	Tout l'établissement	35
		1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi de sa prise en charge	Tout l'établissement	36
		1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Chirurgie et interventionnel	37
		1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	Tout l'établissement	38
		1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	Ambulatoire	39
		1.1-13 En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment	Hospitalisation à domicile	40
		1.1-14 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout l'établissement	41
		1.1-15 Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	Tout l'établissement	42
		1.1-16 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	Tout l'établissement	43
		1.1-17 Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	Tout l'établissement	44
		1.1-18 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge	Tout l'établissement	45

Table des fiches critères

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

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

Table des fiches critères

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

Table des fiches critères

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

Table des fiches critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	3.1-01 L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours	Tout l'établissement	130
		3.1-02 L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours	Tout l'établissement	131
		3.1-03 L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	Psychiatrie et santé mentale	132
		3.1-04 L'établissement a mis en place des modalités de collaboration	Psychiatrie et santé mentale	134
		3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	Urgences	135
		3.1-06 L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	Patient âgé	136
		3.1-07 Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	Tout l'établissement	137
		3.1-08 L'établissement, investit ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	Tout l'établissement	139
	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	3.2-01 L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	Tout l'établissement	141
		3.2-02 L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	Tout l'établissement	142
		3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient	Tout l'établissement	143
		3.2-04 L'établissement veille à la bientraitance	Tout l'établissement	144
		3.2-05 L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients	Tout l'établissement	145
		3.2-06 L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	Tout l'établissement	146
		3.2-07 L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	Tout l'établissement	147
		3.2-08 L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	Tout l'établissement	148
		3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	Tout l'établissement	149
		3.2-10 L'établissement, porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients	Tout l'établissement	150
		3.2-11 L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement	151

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement	153
		3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	Tout l'établissement	154
		3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement	155
		3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	Tout l'établissement	156
	3.4 L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	3.4-01 La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	Tout l'établissement	158
		3.4-02 La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	Tout l'établissement	159
		3.4-03 Les connaissances individuelles et collectives des équipes sont assurées	Tout l'établissement	160
		3.4-04 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	Tout l'établissement	161
	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	Tout l'établissement	163
		3.5-02 La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement	164
	3.6 L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté	3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement	166
		3.6-02 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	Tout l'établissement	168
		3.6-03 La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	Tout l'établissement	169
		3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	Tout l'établissement	170
		3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	Tout l'établissement	171
		3.6-06 L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée	Tout l'établissement	172
	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	3.7-01 La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	Tout l'établissement	174
		3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	Tout l'établissement	175
		3.7-03 L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	Tout l'établissement	176

Table des fiches critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	Critère 3.7-04 L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins	Tout l'établissement	177
		3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	Urgences	178
		3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Tout l'établissement	179

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.1

Le patient est informé et son implication est recherchée


Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte des droits et devoirs du patient et charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé.

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient, sans avoir à le demander, est informé, s'il le souhaite, sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc. Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service d'accueil, le patient est informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe témoigne de l'information donnée au patient. <p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants. Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques (ex : Charte Romain Jacob). 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Patient traceur</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Observation</p>



Références HAS

- ↑ La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- ↑ Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.
- ↑ Faire dire, 2016.
- ↑ Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- ↑ Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014.
- ↑ Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.
- ↑ Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux, principes, place de l'entourage - Guide et synthèse, 2022
- ↑ Diagnostic en psychiatrie adulte - Mieux comprendre et être accompagné - Document usager, 2022.


Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale.
- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale.
- Arrêté Ministériel n°86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du Centre Hospitalier Princesse Grace.

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation bénéfique/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou, le cas échéant, avec le patient et/ou la personne de confiance qu'il a désignée. • Le patient consent à son projet de soins et à ses modalités (HAD, hôpital de jour, ambulatoire...). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation bénéfique/risque a été partagée avec le patient. Ses préférences ont été recherchées et prises en compte, si possible. • Les moyens de communication utilisés par les professionnels pour recueillir le consentement sont adaptés au patient. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale


Autres références

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

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

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

Enfants et adolescents Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels qui assurent la prise en charge de l'enfant documentent son avis sur le projet de soins et ses modalités. • Au-delà des informations données aux représentants légaux, les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension. 	<p>Parcours traceur</p>



Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale
- Art. 301 Code civil


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient bénéficie de messages spécifiques et adaptés pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal...). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les équipes tracent dans le dossier les informations données au patient relatives à ses principaux facteurs de risque et de protection du patient (statut tabagique, consommation d'alcool, IMC et activité physique, voyages, IST...). Les équipes délivrent au patient des messages spécifiques et adaptés ayant pour objectif de préserver ou d'améliorer son état de santé. 	Patient traceur
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance, numéro national de prévention du suicide...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont disponibles dans les services. 	Observation




Références HAS

- ⬆ Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription, 2018.
- ⬆ Stratégies de prévention de la carie dentaire, 2010.
- ⬆ Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, 2015.
- ⬆ Dépistage, prise en charge et suivi des personnes potentiellement surexposées à l'arsenic inorganique du fait de leur lieu de résidence, 2020.
- ⬆ Flash sécurité patient « Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir », 2022
- ⬆ Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité, 2022
- La notification au(x) partenaire(s), 2023.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite). Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Si le patient fait l'objet de précautions complémentaires pour risque de transmission d'agents infectieux, les raisons et les règles d'application lui sont expliquées ainsi qu'à ses visiteurs. Le patient bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives, de formations adaptées qui favorisent son implication dans sa prise en charge. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

- ↑ Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, 2018.
- ↑ Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- ↑ L'éducation thérapeutique du patient, 2014.
- ↑ Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.
- ↑ Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée », 2013.
- ↑ Programme de soins psychiatriques sans consentement - Outil n° 2 : Plan Prévention.
- ↑ Partagé programme de soins psychiatrique sans consentement, mars 2021 ; Outil n° 3 : Programme de soins psychiatriques sans consentement. Livret patient, mars 2021.

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

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

Maternité Avancé

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'ils l'ont souhaité, un projet de naissance a été élaboré avec les futurs parents, dès le début de la grossesse. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'ils l'ont souhaité, un projet de naissance a été élaboré avec les futurs parents, dès le début de la grossesse. 	<p>Patient traceur</p>




Références HAS

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le professionnel informe le patient du rôle de la personne de confiance et lui suggère de porter ces informations auprès de la personne qu'il aura choisie. La remise d'information et l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont tracées dans le dossier. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé

Critère 1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi de sa prise en charge

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient, en prévision de sa sortie, reçoit toutes les informations utiles sur : <ul style="list-style-type: none"> les éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.); l'éventuel nouveau traitement prescrit; les consignes de suivi ; le cas échéant (actes techniques et examens complémentaires et la planification des actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières y compris d'ordre médico-social). de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels s'assurent du bon niveau de compréhension du patient. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires


- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable. • Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est prête pour être remise au patient à sa sortie. • La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées : <ul style="list-style-type: none"> – dans le dossier du patient ; – dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ; – et, s'ils existent, dans le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique. 	<p>Patient traceur</p>



Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé


Autres références

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

Critère 1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés

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

Tout l'établissement **Standard**

<p>Éléments d'évaluation</p>	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles sont communiquées au patient en amont de leur administration. Des supports d'information sur la transfusion précisant les risques encourus et les conduites à tenir en cas d'incident sont remis et expliqués au patient. 	<p>Traceur ciblé</p>




Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.263 du 23 décembre 2002 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de ses composants et des produits sanguins labiles.
- Arrêté ministériel n° 2015-71 du 2 février 2015 relatif à la distribution et à la délivrance des produits sanguins labiles.
- Arrêté ministériel n° 2019-952 du 14 novembre 2019 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles.
- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale.
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

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

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

Ambulatoire Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire. Pour toutes les formes de prise en charge ambulatoire, le patient dispose d'un document spécifique qui lui indique les événements indésirables possibles ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour la chirurgie et autre pour les autres activités : médecine, SSR, psychiatrie...). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels informent le patient des modalités de prise en charge en ambulatoire avant, pendant et après son séjour. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale.


Autres références

- Chirurgie ambulatoire mode d'emploi, ANAP, 2013.
- Guide de bonne pratique en chirurgie ambulatoire de l'enfant, OA CHIRPED, 2014.
- Gestion préopératoire du risque infectieux - SF2H, 2013.

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

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

Hospitalisation à domicile Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient et/ou ses proches et/ou aidants savent qui contacter à tout moment. Les numéros d'appel sont consignés dans un document disponible au domicile du patient. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Un médecin ou une IDE peut répondre au patient en cas de besoin 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires


- Arrêté ministériel n° 84-688 du 30 novembre 1984 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

NA : Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les équipes informent le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont tracées dans le dossier. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée.• Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.	Parcours traceur



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale : art 11, art 36 et 37.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

<p>Éléments d'évaluation</p>	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient est informé des associations de bénévoles qui peuvent intervenir au sein de l'établissement. En cas d'intervention des associations, le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées). Pour son retour à domicile ou en structure d'hébergement, le patient a reçu toutes les informations sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Patient traceur</p>
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Les contacts des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site internet. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Observation</p>




Autres références

- Rapports du CCNE, de l'IGAS, du CEE, 2018.
- Rapport citoyen de 2018. Enquête 2016, France – Bénévolat (page 8).
- Référentiel JALMALV sur l'accompagnement et le soin palliatif.
- Recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient peut s'exprimer sur son expérience quant à sa maladie. Son point de vue est pris en compte. Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (questionnaires de satisfaction). Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour. Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS). NA à la Principauté de Monaco. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe sollicite le patient sur son expérience quant à sa prise en charge. Son point de vue est pris en compte. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace.

Critère 1.1-18 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge

En complément de l'information sur son état de santé, ses traitements, ses soins, l'information sur la préparation du séjour ou les conditions de sa mise en œuvre est tout aussi nécessaire. La possibilité d'être inscrit à une plate-forme électronique d'échange de données de santé (ex : Réseau Santé Wallon) ») pour tous permet de disposer d'un dossier médical partagé 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. Le livret d'accueil intègre les attendus réglementaires et précise que pour toute question relative à la protection des données ou en cas de difficulté sur l'exercice de ses droits, le patient peut contacter le Délégué à la protection des données (DPO) de son établissement de santé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient a reçu toutes les informations utiles en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs.... Le patient a reçu un livret d'accueil à son arrivée. Le patient connaît les mesures nécessaires à sa bonne identification régulière tout au long de sa prise en charge. Le patient sait que son équipe de soin va alimenter et pourra consulter son dossier médical partagé dans le cadre de sa prise en charge sauf Le patient sait que son équipe de soin va alimenter et pourra consulter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci. NA à la Principauté de Monaco. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe a remis au patient toutes les informations utiles : en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs... 	<p>Patient traceur</p>

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.2


Le patient est respecté

Le patient bénéficie de droits garantis par les textes législatifs et synthétisés par la charte de la personne hospitalisée. Parmi ces droits figure l'obligation de respect de la personne hospitalisée. Cette obligation couvre différents registres : respect de l'intégrité de la personne, de sa vie privée, de la confidentialité des informations la concernant, de ses croyances et convictions, de sa liberté d'aller et venir. L'établissement se doit par toute disposition appropriée de garantir le respect du patient en toute circonstance.

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none">• Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge ont respecté sa dignité et son intimité (exemples : portes fermées, sanitaires en nombre suffisant, hygiène des locaux, état des chambres, ...).• Du point de vue du patient, les professionnels respectent sa dignité et son intimité.	Patient traceur
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none">• Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.• Les pratiques garantissent la dignité des patients.	Observation



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale.

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

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

Enfant et adolescent **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents.• Pour les enfants, la présence des parents est favorisée 24 heures sur 24.	Parcours traceur
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none">• En cas de prise en charge de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et à leur protection.	Observation




Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace.

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

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

Patient vivant avec un handicap **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none">• Du point de vue du patient vivant avec un handicap, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Les aptitudes et capacités du patient vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique.• Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap tout au long de son séjour sont mises en place.	Patient traceur




Références HAS

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

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

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

Patient âgé Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none">• Du point de vue du patient âgé de plus de 75 ans, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'aptitude du patient âgé de plus de 75 ans fait l'objet d'une évaluation systématique.• Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient âgé de plus de 75 ans tout au long de son séjour sont mises en place.	Patient traceur



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale.
- Ordonnance Souveraine n° 904 du 8 janvier 2007 portant création de la prestation d'autonomie.


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
Patient <ul style="list-style-type: none">• Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés lors de son séjour.	Patient traceur
Observations <ul style="list-style-type: none">• Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital.	Observation




Références légales et réglementaires

- Art. 308 Code pénal, relatif au secret professionnel.
- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas de contention, le patient – et/ou sa personne de confiance – a reçu une information claire et explicite sur sa motivation. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Patient traceur</p>
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> – points de contention ; – diurnes ou nocturnes ; – durée ; – modalités de surveillance et d'évaluation. La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque. La pertinence du maintien de la contention mécanique est systématiquement réévaluée. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Parcours traceur</p>




Références HAS

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none">Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">L'autonomie dans les besoins élémentaires du patient est évaluée (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène).	Patient traceur




Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale.

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur. L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé). 	Patient traceur



Références HAS

- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.
- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2009.
- Douleur chronique : les aspects organisationnels : le point de vue des structures spécialisées, 2009.
- Douleur postopératoire, 2006.
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, 2005.
- Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, 2000.
- Bon usage des opioïdes antalgiques - Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes, 2022.

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.3


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans des situations difficiles, des locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se réalisent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité (patient, proches et/ou aidants). 	Patient traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Si accord du patient, l'association des proches et/ou aidants est facilitée dans la mise en œuvre du projet de soins, particulièrement dans les situations difficiles et pour le patient vivant avec un handicap ou en situation de dépendance. 	



Références HAS


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

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

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

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


Hospitalisation à domicile Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des supports d'information aux patients et aux proches et/ou aidants sont remis au patient. • Un accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique est proposé, en cas de besoin, aux proches et/ou aidants <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. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels informent et accompagnent le patient dans sa prise en charge en HAD. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Patient traceur</p>

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans les situations cliniques difficiles, la présence des proches et/ou aidants auprès du patient est proposée et facilitée par l'équipe en dehors des heures de visite. • Des réponses personnalisées sont proposées aux proches et/ou aidants en accord avec le patient. • Les situations difficiles sont identifiées par les professionnels et tracées dans le dossier. 	<p>Parcours traceur</p>

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.4


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient en situation de précarité sociale, s'il le souhaite, peut être orienté vers les aides sociales adaptées. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser le parcours de santé et de soins des patients en situation de précarité sociale dans le cadre d'une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Pour les patients en situation de précarité, les carence en soins sont recherchées. 	Patient traceur



Références HAS

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


Autres références

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

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

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

Patient vivant avec un handicap **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient vivant avec un handicap – et/ou ses proches et/ou aidants – exprime ses besoins et préférences. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les besoins et préférences du patient vivant avec un handicap sont évalués pour construire son projet de soins. Les besoins et préférences exprimés par le patient vivant avec un handicap sont pris en compte dans son projet de soins. Pour les patients vivant avec un handicap, les carences en soins sont recherchées. 	Patient traceur



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi du 22 août 2002 relative aux Droits des patients Art. 5.

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

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

Enfant et adolescent **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Les modalités de prise en charge intègrent les préoccupations sociales, éducatives et scolaires du patient. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Une prise en charge sociale, éducative et scolaire, est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées.


Autres références

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

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

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

Soins de longue durée **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> En unité de soins de longue durée, pour maintenir son autonomie, des activités correspondant à ses préférences et ses besoins (autonomie, lien social...) sont proposées au patient. En unité de soins de longue durée, la préservation du lien social et familial est assurée. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> En unité de soins de longue durée, des actions sont mises en place pour maintenir l'autonomie du patient, sur la base d'un programme d'activités remis au patient. En unité de soins de longue durée, la préservation du lien social et familial est assurée. 	<p>Patient traceur</p>




Références HAS

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

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

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

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour élaborer son projet de soins et d'accompagnement, le patient a exprimé ses attentes et besoins en termes 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 ...). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • En fonction des attentes et des besoins du patient, un projet de soins et d'accompagnement personnalisé est construit avec lui, intégrant notamment ses objectifs d'inclusion sociale. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022-2027 ;


Autres références

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

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

Afin de prévenir toute rupture de parcours de prise en charge, notamment pour les personnes âgées de plus de 75 ans, les patients vivant avec un handicap ou les patients atteints de polyopathologies, il est nécessaire d’avoir une approche pluriprofessionnelle associant la prise en charge clinique à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. La préparation de la sortie est réalisée en lien avec le patient et ses proches ou aidants.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour préparer sa sortie, le patient s’est exprimé sur ses conditions de vie habituelles. • En fonction du besoin, une assistance sociale a été proposée au patient. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels prennent en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient pour organiser la sortie. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.1

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

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

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

Les décisions de prise en charge concernent :


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

Elles s'appuient sur :

- les recommandations de bonnes pratiques ;
- les connaissances scientifiques;
- l'expertise des professionnels de santé;

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les prises en charge standard, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. • Pour les prises en charge complexes : <ul style="list-style-type: none"> – une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique ; – les alternatives concernant les modalités de prise en charge sont discutées ; 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

- ⬆ Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), 2016.
- ⬆ Patient et professionnels de santé : décider ensemble, 2013.
- ⬆ Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2011.
- ⬆ Exploration des pathologies thyroïdiennes chez l'adulte : Pertinence et critères de qualité de l'échographie, pertinence de la cytoponction échoguidée, octobre 2021.
- ⬆ Guide Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte, juillet 2022.
- ⬆ Obésité de l'adulte : prise en charge de 2ème et 3ème niveaux, juin 2022.

NA : Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco

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

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

SAMU – SMUR Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SAMU/SMUR est argumentée et tient compte, si possible, des préférences du patient. • Les professionnels du SAMU connaissent et utilisent les filières d'admission directe des patients qui relèvent des services spécialisés et de leurs modalités d'admission. 	<p>Traceur ciblé</p>



Références HAS

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

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

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

Soins médicaux de réadaptation Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les demandes d'admission en SSR/SMR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. • La pertinence du maintien de la prise en charge en SSR /SMR est réévaluée dès la première phase du séjour. 	Parcours traceur




Références HAS

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les prises en charge compatibles avec une hospitalisation à domicile, une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée par les services prescripteurs avec les HAD. 	Parcours traceur



Références HAS

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


Autres références

- Hospitalisation à domicile - État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial - ANAP, 2018.

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

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

Psychiatrie et santé mentale **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> En cas de restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite. 	Parcours traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Toute mesure d'isolement est une décision médicale. La pertinence des mesures restrictives est systématiquement évaluée et elle est réévaluée régulièrement durant le séjour. Les mesures restrictives de liberté (pratiques d'isolement, contention...) du patient, après l'échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque en équipe pluriprofessionnelle. 	



Références HAS

- ⚡ Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, 2018.
- ⚡ Isolement et contention en psychiatrie générale, 2017.
- ⚡ Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016.
- ⚡ Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 2004.
- ⚡ Programme de soins psychiatriques sans consentement, mars 2021.


Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022 – 2027.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification. • Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne). • Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24^e et la 72^e heure sont systématiques. • Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus. 	<p>Traceur ciblé</p>



Références HAS

- ▲ Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes, 2019.
- ▲ Antibiothérapie des infections à entérobactéries et à *Pseudomonas aeruginosa* chez l'adulte : place des carbapénèmes et de leurs alternatives, 2019.
- ▲ Pertinence des actes et prescriptions médicamenteuses chez un patient adulte infecté par *Helicobacter pylori*, 2017.
- ▲ Mieux prescrire les antibiotiques pour les infections respiratoires hautes et les infections urinaires, 2016.
- ▲ Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, 2008.
- ▲ Choix et durée de l'antibiothérapie de première intention pour 19 infections bactériennes, Fiche synthèse, 2021.
- ▲ Fiches mémo pour 19 infections bactériennes, 2021.

Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 96-209 du 2 mai 1996 relatif à la nomenclature générale des analyses et examens de laboratoire
- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales

Autres références

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


Objectif 2.1

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion.• L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.	Traceur ciblé



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.263 du 23 décembre 2002 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de ses composants et des produits sanguins labiles
- Arrêté ministériel n° 2015-71 du 2 février 2015 relatif à la distribution et à la délivrance des produits sanguins labiles

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.2

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

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

Objectif 2.2


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

NA : Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco

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

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

SAMU – SMUR Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">Le protocole concernant l'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'assistant de régulation médicale et du médecin régulateur, est accessible et à jour.L'effectivité du travail en équipe du médecin régulateur et des ARM est constatée.Toutes les communications se rapportant à un cas régulé sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM).	Traceur ciblé



Références HAS

- ↑ Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- ↑ SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, 2020.
- ↑ Flash Sécurité « SAMU - Et si chacun jouait sa partition », 2022.
- ↑ Flash Sécurité « SAMU - Et si coordonner rimait avec communiquer », 2021.


Autres références

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

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

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

SAMU – SMUR **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bilan de l'analyse régulière des dossiers par l'équipe SMUR donne lieu à des actions d'amélioration de leurs pratiques (pilotage de l'activité, formation, adaptation des moyens, réécoute des enregistrements...). Toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical préhospitalier. Les dossiers médicaux préhospitaliers sont complets. La composition de l'équipe est tracée dans le planning d'intervention. 	Traceur ciblé



Références légales et réglementaires

- Convention de voisinage : Ordonnance Souveraine n° 3039 du 19 août 1963 rendant exécutoire à Monaco la Convention de voisinage, signée à Paris, le 18 mai 1963 (mise à jour du 01.06.2007).
- Accord du 16 avril 1970 sur l'assistance mutuelle entre les services monégasques et français de secours et de protection civile.
- Convention de partenariat entre l'Etat français et la principauté de Monaco relative à l'intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du Centre Hospitalier Princesse Grace de Monaco sur le territoire de la république française.


Autres références

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

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

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

Urgences Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée. • Un médecin de spécialité est facilement joignable pour avis en cas de besoin en intra ou extra établissement. • La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité. • Les délais d'attente sont communiqués au patient. • L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement. • L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. 	<p>Parcours Traceur</p>



Références HAS

- ▲ Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- ▲ Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- ▲ Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009.
- ▲ Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge, septembre 2021.

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.410 du 2 décembre 2014 sur la protection, l'autonomie et la promotion des droits et des libertés des personnes handicapées


Autres références

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

Critère 2.2-05 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté

Le développement du numérique en santé impose de nouvelles pratiques en matière d'accessibilité des professionnels aux dossiers de leurs patients, notamment au dossier médical partagé et au dossier pharmaceutique. 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.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...) sont dans le dossier du patient et accessibles dans le dossier. • Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support...) tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier). • L'ergonomie du système d'information permet aux professionnels un accès simultané à l'ensemble du dossier patient utile à la prise en charge. • Les équipes sont accompagnées dans la prise en main des nouveaux outils /logiciels. 	<p>Parcours traceur</p>
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical partagé et/ou le dossier pharmaceutique du patient selon les cibles définies par la CME NA à la Principauté de Monaco. Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical de Mon espace santé (DMP) et/ou le dossier pharmaceutique du patient 	<p>Audit système</p>




Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe a construit avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. • Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support. • Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

- ⚡ L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- ⚡ Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), 2016.
- ⚡ Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- ⚡ Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008.
- ⚡ Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, novembre 2021.
- ⚡ Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e), 2022.
- ⚡ Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé, fiches/référentiels par pathologie et état de santé et fiche sur l'activité physique adaptée, 2022.
- ⚡ Parcours douleur chronique et outils d'implémentation, 2023.
- ⚡ Parcours de soins surpoids et obésité de l'adulte, 2023.
- ⚡ Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie, 2023.


Objectif 2.2

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

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

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

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque (patient âgé, oncologie...) de manière pluriprofessionnelle. <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux. 	Traceur ciblé



Références HAS

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

Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe spécialiste.• Lorsque le patient n'a pas été hospitalisé dans l'unité adaptée, toutes les mesures mises en place du fait de son hébergement inhabituel lui sont communiquées.	Parcours traceur



Autres références

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


Objectif 2.2

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Les équipes disposent des accès directs à des correspondants experts (par exemple, douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie) à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure.• Les modalités de recours à la télésanté, si cet accès existe, sont formalisées et connues des professionnels.	Parcours traceur



Références HAS

↑ Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, 2019.


Objectif 2.2

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour les déprogrammations, un délai raisonnable de reprogrammation est garanti.• Les rôles, procédures et tâches au bloc et dans les secteurs interventionnels pour un acte, programmé ou en urgence, définis dans la charte du bloc opératoire, sont respectés.• Les 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).	Parcours traceur



Références HAS

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

Autres références

- Bloc opératoire – ANAP, 2017.


Objectif 2.2

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Parcours traceur



Références HAS

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

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

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


Sa mise en œuvre systématique repose sur :

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <i>check-list</i> au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique. • La <i>check-list</i> est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels. • La <i>check-list</i> est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle. • La <i>check-list</i> est réalisée en présence des personnes concernées. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

- ▲ La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire », 2018.
- ▲ Les autres *check-lists*, 2016. Pour une meilleure utilisation de la *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire ».
- ▲ Flash sécurité patient « Sécurité au bloc opératoire : un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! », 2021.

Autres références

- Étude mondiale *Check-lists*, 2008.


Objectif 2.2

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

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

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

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une réunion pluriprofessionnelle au cours du séjour a lieu en présence du médecin coordonnateur. • Un protocole de soins, renseigné, précisant les intervenants, daté, a été communiqué au médecin traitant. • Les coordonnées de l'ensemble des intervenants du patient hospitalisé à domicile sont tracées dans son dossier. 	Parcours traceur



Références HAS

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

Autres références

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


Objectif 2.2

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

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

L'organisation de l'activité d'HAD assure au patient une capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et le recours médical si nécessaire. La gestion de l'urgence vitale doit faire l'objet d'un protocole précis et d'une information auprès des patients et des aidants sur les consignes à suivre.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• La réhospitalisation en urgence des patients est organisée avec l'établissement de recours.• Pour les gestes d'urgence, des instructions et du matériel adaptés sont disponibles et connus par l'équipe d'intervention soignante à domicile.	Parcours traceur



Références HAS

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


Objectif 2.2

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte.• L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique.	Parcours traceur



Références HAS

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


Objectif 2.2

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

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

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

Enfant et adolescent **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le carnet de santé de l'enfant est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans le dossier de l'enfant, en particulier les informations relatives à la vaccination. Avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour le carnet de santé de l'enfant pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical. 	Parcours traceur



Références HAS

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

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

La prise en charge psychiatrique intègre un examen somatique permettant le diagnostic différentiel des pathologies et l'identification des comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique. Cet examen somatique réalisé dans les 24 h 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.

Psychiatrie et santé mentale **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen somatique est réalisé dans les 24 h d'une hospitalisation complète en psychiatrie. • Un suivi somatique est réalisé tout au long de la prise en charge et tracé dans la lettre de liaison. 	Parcours traceur



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022 – 2027.

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

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

Psychiatrie et santé mentale Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les prises en charge ambulatoire, il existe des dispositions structurées et connues permettant un accès précoce aux soins. • 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 partagés par l'équipe soignante. • Dans les structures ambulatoires, les équipes évaluent les délais d'entrée en soins. 	Parcours traceur



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022 – 2027.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures. • L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie. • Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue...) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale.

Autres références

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


Objectif 2.2

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

Critère 2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant. • L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie. • Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions. 	Parcours traceur



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.3


Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans la qualification de l'identification, sont connus. • Les équipes savent contacter les référents de la cellule d'identitovigilance en cas de doute de l'unicité d'un dossier patient. • S'il persiste des documents papier du dossier du patient, la bonne identification du patient est reportée-sur tous éléments du dossier papier. 	Parcours traceur
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient dispose d'un dispositif d'identification (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité) qui est systématiquement vérifié au cours des examens complémentaires ou actes thérapeutiques. 	Observation



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plan d'action de toutes les alertes de vigilances ascendantes et descendantes et de tous les signalements, est piloté : <ul style="list-style-type: none"> les responsabilités sont identifiées. les modalités de réception sont définies ; les modalités de transmission sont définies ; il existe une permanence du dispositif 24 heures sur 24. <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. 	Audit système



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2003-163 du 3 mars 2003 relatif à la pharmacovigilance et à la pharmacodépendance en matière de médicament à usage humain et de substances non médicamenteuses - Section III - Obligations de signalement.
- Arrêté ministériel n° 2015-70 du 2 février 2015 relatif à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle.
- Arrêté ministériel n° 2003-586 du 10 novembre 2003 fixant les modalités de la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et de la réactovigilance exercée sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.
- Accords bilatéraux : Arrangement 26/04/2002, coopération pour la mise en œuvre des actes communautaires en matière de produits de santé.
- Accord du 13/07/2017, coopération en matière de transfusion sanguine.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services). La prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, la durée du traitement. 	Parcours traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique et évalue la pertinence de la prescription. L'analyse pharmaceutique intègre les informations du Dossier Pharmaceutique du patient (Ordre des pharmaciens, Assurance maladie), pour tous les patients dotés d'un Dossier Pharmaceutique. Les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les services prescripteurs. 	Traceur ciblé



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient, dont l'autonomie dans la prise de son traitement est confirmée et tracée, est informé des médicaments qu'il prend et des consignes d'administration. 	Patient traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration. L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier. 	Traceur ciblé



Références HAS

- ↑ Interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, 2016.
 - ↑ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.
 - ↑ Flash Sécurité « Calcul de doses médicamenteuses - La règle de trois doit rester la règle », 2022.
 - ↑ Flash Sécurité « Dispositifs médicaux - Bien s'en servir... pour éviter le pire », 2021.
 - ↑ Guide sur l'auto-administration, 2022.
- Le patient en auto-administration de ses médicaments en cours d'hospitalisation.

Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé
- Loi n° 1.254 du 12 juillet 2002 sur le médicament à usage humain

Autres références

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


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

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

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

La gestion des déchets à risque est sécurisée.

Hospitalisation à domicile Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des dispositions spécifiques de sécurisation (livraison, stockage, déchets) du circuit des produits de santé sont mises en place en tenant compte du domicile. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des dispositions spécifiques de sécurisation du circuit des produits de santé sont effectives. 	Patient traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe évalue ses pratiques de sécurisation du circuit des produits de santé de l'entrée à la sortie. 	Traceur ciblé



Références HAS

- ▲ Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile, 2015.
- ▲ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, mars 2022.
- ▲ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments en hospitalisation incluant le secteur en HAD, 2013.

Autres références

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

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


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

Sont principalement concernés les médicaments :

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation 	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit (la prescription, la dispensation, l'administration, le suivi, la surveillance et la réévaluation).• Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.• La liste des médicaments à risque est adaptée et connue.	Traceur ciblé
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none">• Les règles de stockage (température, sécurisation...) sont respectées.	Observation



Références HAS

- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.
- Flash sécurité patient « Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué », 2021.
- Flash sécurité patient « Accidents liés à un médicament à risque : qui dit potassium (KCl), dit vigilance maximale » - 2021.


Autres références

- ANSM – Les événements qui ne devraient jamais arriver – *never events*.
- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.
- Guide de soutien pour une politique de gestion des médicaments à haut risque dans le cadre du programme pluriannuel qualité et sécurité des patients 2013-2017.

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

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

Tout l’établissement **Standard**

Éléments d’évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les modalités d’approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé. Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes. Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid...). <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> L’approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels. Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l’objet d’actions palliatives. 	Traceur ciblé
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation. Absence de produits périmés 	Observation



Références HAS

- ↑ Outils de sécurisation et d’auto-évaluation de l’administration des médicaments, mars 2022.
- ↑ Flash sécurité patient - « Le stockage des curares des erreurs pas si rares », 2022.

Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 2003-586 du 10 novembre 2003 fixant les modalités de la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et de la réactovigilance exercée sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.
- Arrêté ministériel n° 2003-581 du 10 novembre 2003 portant classification des dispositifs médicaux autres que les dispositifs implantables actifs et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et fixant les procédures d’évaluation et de certification de conformité des dispositifs médicaux.
- Ordonnance souveraine n° 15.712 du 3 mars 2003 relative à la mise sur le marché des médicaments à usage humain.

Autres références

- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Inter diag DMS v2.0 au sein de la PUI – ANAP, 2014.
- Inter diag DMS v2.0 au sein de l’unité de soins – ANAP, 2014.
- Gérer l’approvisionnement et le rangement des dotations de produits de santé dans les services – ANAP, 2014.
- Gérer l’approvisionnement, la détention et le stockage des médicaments dispensés nominativement dans les services – ANAP, 2014.
- Gérer l’approvisionnement des plateaux médico-techniques – ANAP, 2014.

Objectif 2.3

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



- Organiser l'équipe pharmaceutique pour créer ou renforcer le lien avec les équipes médico-soignantes – ANAP, 2014.
- Réaliser et pérenniser un dialogue de gestion entre la PUI et les services – ANAP, 2014.
- Organiser et optimiser la gestion des stocks à la PUI – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour). Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison. 	Parcours traceur



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

Critère 2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) : <ul style="list-style-type: none"> – de la prescription ; – de l'administration ; – des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ; – de la transfusion. • L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge posttransfusionnelle (OAP, TRALI et TACO). • Le taux de destruction est mesuré. 	Traceur ciblé



Références HAS

- ↑ Gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire et en obstétrique, 2022.
- ↑ Transfusions de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives, 2014.
- ↑ Transfusion de plaquettes : produits, indications, 2015.
- ↑ Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications, 2012.

Références légales et réglementaires


- Arrêté Ministériel n° 2015-70 du 2 février 2015 relatif à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle.
- Accord relatif à la coopération en matière de transfusion sanguine également signé le 13 juillet 2017.

Autres références

- FDA. *Fatalities reported to FDA following blood collection and transfusion. Annual summary for fiscal year 2010.*
- Ozier Y, Mertes PM. Trali et Taco : diagnostic et prise en charge clinique des patients. *Transfus Clin Biol* 2009 ; 16:152-8.
- Les œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnels – ANSM, septembre 2013.
- Publication du Conseil Supérieur de la Santé N° 8381.
- Bonnes pratiques de transfusion à l'usage des hôpitaux 6 janvier 2010.

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage. 	Patient traceur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe connaît les indications de l'hygiène des mains : avant et après le contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient. • L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » ou tout autre audit. • L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA) et a mis en place des actions d'amélioration le cas échéant. • Sur la base des résultats de l'indicateur national hygiène des mains et du suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA), l'E.O.H., appuyée par la gouvernance, met en place des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains. 	Traceur ciblé
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les solutions hydroalcooliques sont disponibles. • L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. • L'équipe applique la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation et privilégie la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon. 	Observation



Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales.


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires sont expliqués au patient et à ses proches aidants. 	Patient acteur
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> l'équipe sait que les précautions standard sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé ; l'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard ; l'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des <i>excreta</i>. L'équipe assure la mise en place des précautions complémentaires des patients, médicalement indiquée. L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service et/ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'équipe connaît et sait comment contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène. <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Des audits sont réalisés et les résultats sont évalués, du type : <ul style="list-style-type: none"> précautions complémentaires de type contact ; quick-audit hygiène des mains du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GrepHh) ; audit « gestion des <i>excreta</i> ». réseau de prévention des infections associées aux soins. 	Traceur ciblé




Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales.

Autres références

- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard – SF2H, juin 2017.
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) – SF2H, 2013.
- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux – SF2H, 2012.
- Les éléments clés des programmes de prévention et contrôle des infections (pci) dans les établissements de santé et médico-sociaux. Rôle et missions des équipes opérationnelles d'hygiène et des équipes mobiles d'hygiène – SF2H, 2021.


Critère 2.3-11 (suite)

<p style="text-align: center;">Éléments d'évaluation</p>	
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'environnement du patient est propre. • L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protection individuels et ne porte pas le masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) immédiatement après le geste, change de gants entre deux patients ; ne porte pas de surblouse hors des chambres. • Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée. 	<p>Observation</p>

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

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

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.• Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.• La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la <i>check-list</i>.• Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.• L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la <i>check-list</i>. S'il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place, allant jusqu'à la vérification formelle de ce point à l'occasion de la <i>check-list</i>.	Traceur ciblé



Références HAS

- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.
- Bilan des actions menées en santé humaine dans le cadre de la feuille de route inter ministérielle pour la Maîtrise de l'antibiorésistance, 2020.

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales.

Autres références

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


Critère 2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs

La maîtrise de toutes les étapes du circuit des dispositifs médicaux invasifs, ~~qu'ils soient à usage unique ou réutilisables~~, permet de prévenir le risque infectieux.

Le terme de dispositif médical réutilisable recouvre :

- les DM utilisés par les unités de soins, les consultations et les blocs opératoires, conçus par leur fabricant pour être retraités et utilisés plusieurs fois (usage ou nombre de retraitements définis et/ou illimités) ;
- les dispositifs d'anesthésie ;
- les implants livrés non stériles (utilisés chez un patient unique) ;
- les accessoires qui suivent le même circuit de retraitement que les DM auxquels ils sont associés ;
- les ancillaires en prêt ou en dépôt.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conditions de désinfection et de stockage (locaux, équipements, etc.) des dispositifs médicaux invasifs sont respectées. • Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux invasifs réutilisables et des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes. • Les professionnels chargés de la désinfection sont formés. • La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables invasifs dans les secteurs interventionnels est actualisée. • Le compte rendu d'examen identifie les dispositifs médicaux invasifs utilisés avec la mention des références du DM. • La désinfection et la référence du dispositif invasif désinfecté sont tracées dans le dossier (date, opérateur, équipements ayant servis dans le circuit de désinfection, etc.). 	<p>Traceur cible</p>



Références HAS

↑ Infections associées aux soins (IAS), 2019.

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.267 du 23 décembre 2002 relative aux dispositifs médicaux.
- Arrêté ministériel n° 2003-586 du 10 novembre 2003 fixant les modalités de la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et de la réactovigilance exercée sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.
- Arrêté ministériel n° 2003-581 du 10 novembre 2003 portant classification des dispositifs médicaux autres que les dispositifs implantables actifs et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et fixant les procédures d'évaluation et de certification de conformité des dispositifs médicaux.

Autres références


- Gestion des dispositifs médicaux stériles réutilisables : guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.
- Brochure - Bonnes pratiques en matière de stérilisation de dispositifs médicaux (CSS 9256) - Conseil supérieur de la santé, mai 2017.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

1. Le patient

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs. • L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît. • 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. • L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels. • Les professionnels respectent les bonnes pratiques de pose et de surveillance d'un DMI (abord vasculaire, sonde urinaire, ventilation assistée). 	<p>Traceur ciblé</p>



Références HAS

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

Autres références


- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC – SF2H, 2013.
- Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables pour accès veineux – SF2H, 2012.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, SF2H, 2010.
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SF2H, 2009.
- Actualisation des précautions standard SF2H, juin 2017.
- Bonne pratique pour la prise en charge – et la prévention des IUAS de l'adulte – SF2H, AFU, SPILF, 2015.
- Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte -SF2H, 2016.

3. L' établissement

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage. • Avant l'acte interventionnel, l'équipe applique les protocoles de préparation du patient selon la spécialité (pour inclure l'endoscopie). • L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène. 	Traceur ciblé
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe porte une coiffe, un masque à usage médical et une tenue (tunique, pantalon, chaussures étanches) strictement dédiée au bloc opératoire. • L'équipe ne porte pas le masque en collier autour du cou, une barbe non protégée, des bijoux aux mains et/ou aux poignets, une tenue non dédiée au bloc. 	Observation



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales

Autres références


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le patient, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de son évaluation. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soin sont recherchés et tracés par l'équipe (recherche des six causes principales de décompensation lors de l'hospitalisation d'un patient âgé : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire <i>de novo</i> et les effets indésirables des médicaments). • Des actions de prévention et des interventions pluriprofessionnelles de prévention et de traitement précoce de ces facteurs de risque de dépendance iatrogène sont mises en œuvre et tracées dans le dossier. 	<p>Patient traceur</p>



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale.
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière et COVID-19) et obligatoires (hépatite B). • L'établissement donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. • La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services...). • L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : grippe, rougeole, coqueluche, varicelle, grippe saisonnière, hépatite B et COVID-19. • Les responsables des unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité. 	<p>Audit système</p>



Références légales et réglementaires

- Loi n° 882 du 29 mai 1970 concernant la vaccination obligatoire.
- Ordonnance souveraine n° 5.408 du 5 août 1974 portant application de la loi n° 882 du 29 mai 1970 sur les vaccinations obligatoires organisent cette activité.
- Arrêté Ministériel du 24/06/1993 relatif aux vaccinations obligatoires (liste, pour certains types d'activités professionnelles, les vaccins obligatoires).


Autres références

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

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

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

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les équipes de soins ont prévu des modalités d'intervention et de prise en charge pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique de l'état de santé du patient. • Un plan de prévention partagé est élaboré avec les patients qui connaissent des moments de violence dans l'évolution clinique de leur état de santé. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

Plan de santé mentale 2022 – 2027.

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

Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe informe le patient des doses qu'il a reçues et des risques pour sa santé. • Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel. • Pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, le dossier du patient 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. • La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités (manipulateurs en radiologie, médecins, radiopharmaciens). 	<p>Parcours traceur</p>
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres. • Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres. 	<p>Observation</p>



Références HAS

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


Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace.
- Arrêté ministériel n° 2009-234 du 11 mai 2009 instituant un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail au Centre Hospitalier Princesse Grace.

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

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

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat est vérifié et conforme.La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.	Parcours traceur



Références HAS

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


Autres références

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou <i>a minima</i> sous condition de score.• En cas de sortie sur la base d'un score, le personnel est formé.	Parcours traceur



Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace.


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
Patient <ul style="list-style-type: none">Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport.	Patient traceur
Gouvernance <ul style="list-style-type: none">Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	Audit système
Professionnels <ul style="list-style-type: none">Les délais de transports sont adaptés aux besoins.	Parcours traceur
Observations <ul style="list-style-type: none">Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).	Observation

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.4


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

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

Critère 2.4-01 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques

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


Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe présente une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). • L'équipe a mis en place un plan d'actions et en a mesurer les effets. 	<p>Parcours traceur</p>

Critère 2.4-02 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes. Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. <p>NA à la Principauté de Monaco.</p>	<p>Parcours traceur</p>



Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 86-620 du 10 novembre 1986 portant établissement du règlement intérieur du centre hospitalier Princesse Grace.

Critère 2.4-03 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les équipes réalisent des revues régulières de leurs indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent. • Les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent. 	<p>Parcours traceur</p>

Critère 2.4-04 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés


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

Tout l'établissement **Impératif**

1. Le patient

2. Les équipes de soins

3. L'établissement

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les EIAS dont les presqu'accidents sont déclarés et partagés. • L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc. • Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – <i>Association of Litigation and Risk Management</i>). • L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS dont les presqu'accidents est suivi. • Les médecins et les équipes éligibles connaissent le dispositif d'accréditation et les moyens mis à leur disposition par l'établissement pour développer une culture sécurité à leur niveau. 	<p>Parcours traceur</p>




Références HAS

- ▲ Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016.
- ▲ Guide « L'analyse des événements indésirables associés aux soins », juillet 2021.
- ▲ Revue de mortalité et de morbidité, actualisation 2022.

Critère 2.4-05 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 équipes des unités de soins critiques suivent des indicateurs de la qualité concernant les modalités de prises en charge des patients et de leurs proches. Ils peuvent concerner les moments clés de l'admission pour les familles, les décisions de limitation des traitements, les transitions source de dysfonctionnements dont la sortie de l'unité, la gestion du risque infectieux et autres risques (par exemple : les extubations non programmées). Les équipes suivent les refus d'admission dans leur unité. Des actions collectives d'amélioration sont suivies à la suite de l'analyse de ces indicateurs.

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des marqueurs ou indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis par l'équipe de soins critiques et leurs résultats sont exploités collectivement. • L'équipe tient un registre de refus d'admission en service de soins critiques. • Les réhospitalisations à 48/72 heures sont suivies. • L'équipe de soins critiques met en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Parcours traceur</p>



Références HAS

⬆ Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage, 2023.

Critère 2.4-06 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list*


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

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

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

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

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la <i>check-lists</i> sont suivis 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 <i>check-list</i>. 	<p>Parcours traceur</p>




Références HAS

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement est partagée entre les équipes de soins, les laboratoires et/ou le service d'anatomopathologie, et font l'objet d'actions d'amélioration. • Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoire et services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

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


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. • Les délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs priorités dans l'établissement (consultants externes <i>versus</i> hospitalisés, urgence interne/externe...) et d'envoi des comptes rendus sont respectés. • Les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis, notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques et éventuellement aux urgences. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

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


Autres références

- Imagerie – ANAP, 2017.

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

Les équipes de greffe d'organes évaluent leurs résultats avec la méthode dite des sommes cumulées (CUSUM) déployée par l'Agence de la biomédecine. Cette méthode consiste en une analyse des résultats post-greffe (taux d'échecs à 3 mois) de l'équipe en comparaison de ses propres performances passées ou du résultat national sur une période récente. Depuis 2010, l'Agence de la biomédecine propose un programme et une démarche qualité aux établissements autorisés au prélèvement d'organes et de tissus, Cristal Action®, qui permettent, en analysant la prise en charge des donneurs potentiels à partir de l'étude des décès hospitaliers, de mettre en place, si nécessaire, des actions adaptées. JACIE (*Joint 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	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les informations sur le don d'organes sont disponibles. • Les équipes de soins critiques savent contacter les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus. • Tous les patients déclarés en mort encéphalique font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes. NA à la Principauté de Monaco. • Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes ou de tissus évaluent leurs pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action®. NA à la Principauté de Monaco. • Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et sont engagés dans le programme d'accréditation JACIE. NA à la Principauté de Monaco. • Les équipes de greffes d'organes ou de tissus évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine. NA à la Principauté de Monaco. • L'établissement et les équipes de prélèvement et de greffe d'organes ou de tissus mettent en œuvre les recommandations issues des audits réalisés par l'Agence de la biomédecine. NA à la Principauté de Monaco. • Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques mettent en œuvre des plans d'actions dont les effets sont mesurés. NA à la Principauté de Monaco. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Parcours traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n° 1.073 du 27 juin 1984 concernant les prélèvements susceptibles d'être effectués sur le corps humain à des fins thérapeutiques.
- Convention de coopération relative à la prise en charge des donneurs d'organes et de tissus potentiels entre le CHPG et le CHU de Nice le 21 février 2023.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.1


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé. NA à la Principauté de Monaco. L'établissement a identifié les partenaires installés ou en développement qui contribuent à certains parcours sur le territoire ou plus largement en cas d'activités de recours. L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller – vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux à l'échelle de son territoire. 	Audit système



Références HAS

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


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours. • L'établissement utilise, lorsqu'elles existent, des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. • L'établissement contribue au développement des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) de son territoire. NA à la Principauté de Monaco. • L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.

Autres références

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

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


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

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

Le PTSM a pour priorités l'organisation :

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

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement est actif dans l'élaboration du plan de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes. • L'établissement identifie les ruptures de parcours et propose des réponses adaptées fondées sur l'appropriation des pratiques, le développement de prises en charge diversifiées privilégiant l'ambulatoire et visant le maintien et le développement des capacités des personnes. • Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés (les structures disponibles en matière d'aide à domicile, les conseils locaux de santé, le Conseil de santé mentale en Principauté ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux). 	 Audit système



Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022 – 2027


Autres références

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

Objectif 3.1

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


Critère 3.1-03 (suite)

Éléments d'évaluation	
<ul style="list-style-type: none">– les structures disponibles en matière d'aide à domicile ;– les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Les professionnels de l'établissement sont informés des orientations définies en concertation avec la communauté médicale et soignante, et des actions à entreprendre.	Audit système

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

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

Psychiatrie et santé mentale **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les structures ambulatoires de psychiatrie entretiennent avec le médecin généraliste, lorsqu'il est identifié et en accord avec le patient, les liens nécessaires à la coordination du parcours, en veillant à la prise en charge des comorbidités somatiques associées. • Les structures ambulatoires de psychiatrie de l'établissement tiennent le médecin généraliste du patient (lorsqu'il peut être identifié) informé de son état de santé et des prises en charge proposées. 	<p>Parcours traceur</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Plan de santé mentale 2022 – 2027


Autres références

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

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

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

Urgences Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour des patients internes et externes à l'établissement ont été établies au plan médical et organisationnel. • La gouvernance de l'établissement se tient informée des événements qui pourraient affecter la sécurisation de la prise en charge des patients afin de soutenir l'évolution de l'organisation le cas échéant (permanence téléphonique, séniorisations...). 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Audit système</p>




Autres références

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

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

Pour limiter les passages évitables des personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences générales, l'établissement, en lien avec ses partenaires de ville, médecins traitants, MR-MRS, HAD et autres partenaires, a formalisé des circuits courts et/ou a mis en œuvre des réseaux de télémédecine.

Patient âgé **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les urgences concernant la personne âgée, des circuits courts par des admissions directes dans une filière ou service adapté à la gériatrie sont formalisés. • Les modalités définies avec les partenaires de l'établissement (médecins traitants, EPHAD, HAD, SSR, USLD...) permettent d'éviter tout transfert immédiat si l'état du patient le permet (filière gériatrique directe, réseaux de télémédecine, intervention d'équipe de recours...). • L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

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


Autres références

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation 	-
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ ou Internet). • Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs. • Une messagerie sécurisée de santé permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen, ...) entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. • Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins <i>ad hoc</i> sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives. • L'établissement a cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée Medimail. • L'établissement a mis en œuvre un plan d'action lui permettant d'améliorer son taux d'alimentation du dossier médical de Mon espace santé (DMP). NA à la Principauté de Monaco. 	Audit système
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ ou Internet). • Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs. 	Audit système




Références légales et réglementaires

- Arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, Annexe A. Organisation générale des hôpitaux, III. Normes d'organisation, 7.

Autres références

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


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

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une messagerie sécurisée de santé est utilisée pour permet un accès rapide aux résultats d'examens et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. • Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Audit système</p>
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels connaissent les types de documents du dossier du patient reversés au dossier médical de Mon espace santé (DMP) et au dossier pharmaceutique. 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Parcours traceur</p>

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • A minima, la gouvernance repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche. • Lorsque cela est adapté à sa situation, la gouvernance a défini une politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir. • Lorsqu'il existe des équipes désireuses de s'y engager, les réponses aux appels à projet nationaux, régionaux, la participation à des essais cliniques et/ou technologiques, les études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins sont soutenus et reconnus. Le temps nécessaire à cette recherche est identifié et organisé. • Lorsqu'il existe un élargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions, etc..., il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices. NA à la Principauté de Monaco. 	<p>Audit système</p>

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.2

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

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


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

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec indicateur de satisfaction et d'expérience patient (ou autres dispositifs complémentaires, le cas échéant). • Les mesures promouvant la participation des patients à e-SATIS, ou son équivalent, sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national E-Satis, ou son équivalent. • L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) ou sur le résultat de leur santé de leur point de vue (PROMS). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exploitation des résultats e-Satis, ou son équivalent, est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité <p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et, le cas échéant, présenté à la commission des usagers. 	<p>Audit système</p>



Références légales et réglementaires

▲ Loi relative aux Droits des patients du 22 août 2022, art. 11.

Autres références


- L'utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (prom/prem) à des fins cliniques et de gestion.

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

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

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

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des actions mobilisant l'expertise des patients sont portées par la gouvernance. • Les patients participent à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, EPP... • Des patients interviennent dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...). • L'impact des intégrations de l'expertise des patients est évalué. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients participent à des démarches collectives d'amélioration des pratiques et à des démarches mobilisant leur expertise dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...). <p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients participent à des démarches collectives d'amélioration des pratiques et à des démarches mobilisant leur expertise dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...). 	<p>Audit système</p>




Références HAS

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage : politique d'information et de communication auprès des patients, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation continue, mise à disposition d'outils facilitants. • Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation (formation écoute active, reformulation, outils ou supports d'aide à la communication...). • Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la Commissions des soins, le cas échéant. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité • L'établissement assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients (ou aidants, accompagnants, proches) et des équipes au médiateur, si besoin. • Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-satis, ou son équivalent) pour améliorer sa stratégie de diffusion. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les plaintes et réclamations des patients sont connues. • Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels 	Audit système
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle. 	Observation




Références HAS

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

Critère 3.2-04 L'établissement veille à la bientraitance

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation ou de formation auprès de toutes les catégories de professionnels. • La gouvernance évalue les risques impactant la bientraitance notamment dans les secteurs en difficulté. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes. • Les risques impactant la bientraitance (sous effectifs, turn-over, instabilité encadrement, formation, matériel, protocole de prise en charge) sont identifiés. • Les conditions d'exercice des pratiques sont réunies pour assurer la bientraitance dans les moments sensibles (accueil, prise en charge de la douleur, toilette, annonce...). 	<p>Audit système</p>



Références HAS

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


Autres références

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

Critère 3.2-05 L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par les patients

Il y a maltraitance envers une personne en situation de vulnérabilité (personnes susceptibles d'avoir subies des violences, mineurs, personnes en situation de handicap, personnes âgées, migrants, ...) quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à ses droits, à ses besoins fondamentaux 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. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. Elle peut donner lieu ou non à des suites judiciaires. Si les maltraitements les plus graves doivent faire l'objet d'un suivi à la fois médical et psychologique, social et, le cas échéant, judiciaire, les maltraitements, qui ne relèvent pas d'une qualification pénale, sont également indispensables à prévenir, détecter et à traiter.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance diffuse les recommandations de bonnes pratiques et les outils permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance et veille à leur appropriation. La gouvernance évalue annuellement que le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge est effectif. La gouvernance recense les cas de maltraitance dans le PMSI (bilan annuel sur tous les codes de la famille T74) et elle met en œuvre des actions découlant de l'analyse du PMSI. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels appliquent les conduites à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants...) pour favoriser leur détection. 	<p>Audit système</p>



Références HAS


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

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

La maltraitance vise toute 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 ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations sont variées : refus de prendre en compte leurs besoins et attentes, défauts d'écoute, attentes interminables inexpliquées, entraves ou contraintes qui lui semblent absurdes, comportements individuels ou d'équipe inadaptés, non-respect de confidentialité, absence de soulagement de sa douleur, sortie mal préparée... Cette maltraitance s'explique généralement par des dys- fonctionnements d'équipe ou institutionnels ou des tensions sur l'activité. Aussi, la démarche institutionnelle

de prévention de la maltraitance fera une place importante à l'écoute de l'expérience des patients et ce, tout particulièrement pour les patients en situation de vulnérabilité, isolés ou ayant des difficultés d'expression.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance diffuse et veille à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients dans les moments sensibles de vulnérabilité. Les professionnels connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

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


Autre référence

- Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire de partagé de la maltraitance - Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, mars 2021.

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Les personnes vivant avec un handicap peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément. 	<p>Patient traceur</p>
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap. 	<p>Audit système</p>
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> Les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique, etc. sont adaptés à toutes les formes de handicap. 	<p>Observation</p>



Références HAS

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

Références légales et réglementaires

- Loi n. 1.441 du 5 décembre 2016 relative à l'accessibilité du cadre bâti.


Autre référence

- Plan accessibilité 2022-2024 au bénéfice des personnes en situation de handicap

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • En présence de personnes vulnérables, les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne ou externe à la structure (assistant social, interprète, services spécialisés...). 	<p>Audit système</p>




Références HAS

- ▲ La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.
- ▲ Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.

Critère 3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 15 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier. • Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés. • La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. • L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à la plate-forme d'échange électronique des données de santé et à son usage. NA à la Principauté de Monaco. • L'établissement informe le patient que son équipe de soin va alimenter son dossier médical de la plate-forme d'échange électronique des données de santé dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci et qu'il pourra le consulter. NA à la Principauté de Monaco. 	<p>Audit système</p>




Références légales et réglementaires

- Loi 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale : « dans les quinze jours suivant sa demande ou, lorsque ces informations datent de plus de cinq ans, dans les deux mois ».
- Ordonnance Souveraine n° 6.903 du 27 avril 2018 portant application de la loi n° 1.454 du 30 octobre 2017 relative au consentement et à l'information en matière médicale.

Critère 3.2-10 L'établissement, porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients

L'inclusion de patients dans les essais cliniques leur permet d'accéder à des pratiques diagnostiques et/ou thérapeutiques porteuses de progrès. En complément, il doit pouvoir être proposé aux patients concernés d'être adressés dans un centre de référence ou de compétences pour une prise en charge spécialisée et spécifique.


Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans son établissement ou dans des centres du territoire. • Les centres de compétences ou de référence d'un établissement (notamment pour les maladies rares) assurent une communication vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins ou médico-sociale et des associations d'usagers concernées du territoire. Les établissements qui n'en disposent pas identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès. 	<p>Audit système</p>

Critère 3.2-11 L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients en son sein, dans les instances et dans la vie institutionnelle

Le représentant des usagers est un acteur essentiel pour veiller au respect des droits et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des patients pris en charge dans l'établissement. La contribution active des représentants des usagers aux projets et démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins s'entend aujourd'hui au-delà de la représentation collective des patients dans les instances décisionnelles et consultatives de l'établissement. L'écoute et la prise en compte dans des échanges collectifs et constructifs du point de vue des représentants des usagers dans les différents aspects de la vie quotidienne des patients sont encouragées par la gouvernance. La présence active des associations de patients contribue à renforcer l'engagement du patient et de ses proches dans son parcours de santé.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement. • Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients par les représentants des usagers et les associations sont favorisées en concertation avec les équipes de soins. • Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueil, locaux, signalisation...). • Les représentants des usagers ont connaissance des résultats aux enquêtes de satisfaction et participent aux démarches qualités de l'établissement. • Les associations partenaires de l'établissement, qui le souhaitent, sont impliquées dans les démarches qualités. • Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

- ↑ Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018.
- ↑ Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.
- ↑ Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, 2020.
- ↑ Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale, mai 2022
- ↑ Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, 2023.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.3


La gouvernance fait preuve de leadership

Le leadership est un concept. La définition qui fait le plus consensus est issue d'un des ouvrages les plus utilisés à l'international dans l'enseignement du leadership (Peter G. Northouse, *Leadership – Theory and practice*) : « Le leadership est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ». C'est en fait un mécanisme de fonctionnement du groupe. On ne parle pas tant du leader (la personne qui prend le leadership) que de ce qui se passe au sein d'un groupe. La gouvernance de l'établissement doit faire preuve du leadership, c'est-à-dire la capacité à conduire les collectifs professionnels dans le but d'atteindre certains objectifs dont celui, prioritaire, de développement d'une culture de la sécurité et de l'amélioration de la qualité.

Critère 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

L'établissement élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La direction et la CME copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. Les représentants des usagers sont associés à cette élaboration. La détermination d'objectifs partagés d'amélioration est fondée sur une analyse composite de l'ensemble des données et connaissances disponibles dont les sources principales sont : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables, les revues de pertinence. La direction, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRM), lorsqu'elle existe, sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles. • La CME, l'encadrement, les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins. • La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels peuvent citer les actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités. • Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions. 	Audit système




Références HAS

- ▲ Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018.
- ▲ Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.
- ▲ Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, 2022.

Critère 3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Il s'agit du reporting des événements indésirables associés aux soins (EIAS), du retour d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture « juste » (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Elle est construite par l'interaction entre les acteurs et implique l'usager. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et de sécurité des soins. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...) est évaluée. Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement. Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus. 	Audit système



Références HAS

- Comprendre et mesurer, 2019.
- Enquête culture sécurité, 2018.
- Rencontres sécurité : une méthode au service du management, 2018.
- Culture de sécurité : du concept à la pratique, 2010.
- Flash sécurité patient « l'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? », 2023.


Autres références

- Campagne interrégionale FORAP 2015.
- Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé n° 89, mai 2009.
- Guide d'utilisation « Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé », 2015.

Critère 3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités sont maîtrisées. L'établissement dispose d'une politique de ressources humaines permettant une bonne répartition des compétences et des tâches au regard de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients. La vérification des titres et compétences des professionnels permet de définir leur domaine d'exercice. Dès lors que les ressources sont insuffisantes en nombre ou en compétences, l'établissement adapte de façon préventive ou réactive ses activités en mesurant les risques liés à la situation et les délais avant retour à la normale. Les modalités de remplacement permettent la continuité des travaux d'équipe en toute sécurité dans le respect de la réglementation et des conventions.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> L'établissement est doté d'un dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins associant tous les acteurs. La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources (ponctuel des dispositions transitoires (heures sup, intérim, mode dégradé, réduction d'activité) sont mobilisables. Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité. Le dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins de l'établissement et le circuit de signalement de dysfonctionnement sont connus. 	Audit système



Références HAS

↑ Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, 2005.

Références légales et réglementaires

- Arrêté ministériel n° 99-6 du 13 janvier 1999 relatif à l'organisation et aux modalités générales de fonctionnement du Centre hospitalier Princesse Grace.
- Ordonnance Souveraine n° 7.464 du 28 juillet 1982 portant statut du personnel de service du Centre hospitalier Princesse Grace.
- Ordonnance souveraine n° 7.928 du 6 mars 1984 portant statut du personnel médical et assimilé du Centre hospitalier Princesse Grace.
- Ordonnance Souveraine n° 13.839 du 29 décembre 1998 portant statut des praticiens hospitaliers au Centre hospitalier Princesse Grace.
- Ordonnance Souveraine n° 13.840 du 29 décembre 1998 portant statut des personnels médicaux intervenant ponctuellement ou occasionnellement au Centre Hospitalier Princesse Grace.

Autres références

- Stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 ».
- Code de la santé publique normes de personnel articles D. 6124-1 et suivants.
- AETTAPES : outil d'autoévaluation (maturité d'organisation/gestion des effectifs et du temps de travail) – ANAP, 2012.
- Organiser et gérer le temps de travail non médical : guide et outils – ANAP, 2019.

Objectif 3.3


La gouvernance fait preuve de leadership

- Mieux évaluer les besoins en temps médical : guide et outils – ANAP, 2013.
- Évaluer et analyser la performance de la fonction de gestion des ressources humaines : outil d'autoévaluation de la fonction RH – ANAP, 2013.
- C-RH : outil d'autoévaluation de la maturité du SI-RH – ANAP, 2013.
- Fonctions administratives et techniques – kit d'outils – fonction RH – ANAP, 2016.

Critère 3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

Un responsable doit fédérer son équipe, donner une vision commune tout en fixant des objectifs pour atteindre les résultats attendus. La détermination des objectifs et des résultats attendus doit être discutée collectivement dans une visée d'appropriation partagée. La formation et le coaching en management ont pour finalité d'apporter les compétences et la posture nécessaires aux responsables d'équipe pour répondre à cette ambition (communiquer efficacement, garder le lien et la cohésion d'équipe, être à l'écoute, concerter, animer, gérer les conflits...).

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none">• Les responsables ont bénéficié d'une formation au management.• Les managers partagent de façon régulière et structurée leur expérience.• Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching dans l'exercice de leur fonction d'encadrement.	Audit système



Références HAS

- ↑ Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- ↑ Gestion des risques en équipe, 2018.
- ↑ *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- ↑ Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.4


L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences

Des équipes impliquées, compétentes et habilitées sont essentielles pour améliorer la capacité de l'organisation à répondre à ses missions et ses enjeux. Leur implication crée un climat propice à l'adaptation permanente et réactive des organisations et des pratiques, la recherche de solutions nouvelles et innovantes au bénéfice des patients, des professionnels et de l'établissement. Les équipes disposent d'orientations claires. Elles ont été parties prenantes de leur définition et assurent la responsabilité de leur mise en œuvre sur la base d'objectifs partagés.

Critère 3.4-01 La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

La gouvernance et l'encadrement ont un rôle majeur dans le soutien des équipes pour favoriser les démarches collectives, encourager la collaboration à tous les niveaux de l'organisation et faciliter les discussions ouvertes et le partage des connaissances et de l'expérience. Elles conduisent au partage d'objectifs communs qui renforcent le sens du travail et favorisent la motivation et la reconnaissance.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, <i>team building</i>, CRM santé, repérage des moments de communication critiques...). La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe. Les solutions organisationnelles et l'organisation du temps de travail sont mises en œuvre pour permettre le travail en équipe. 	Audit système



Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Autres références

- Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – ANAP, 2017.

Critère 3.4-02 La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe

L'existence de démarches collectives spécifiques d'amélioration de la dynamique d'équipe avec PACTE, ou d'autres dispositifs spécifiques renforce l'engagement opérationnel dans une culture de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le développement de ces dispositifs repose sur un engagement institutionnel.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (exemple : Accréditation en Equipe, autre(s) dispositif(s)..) • Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes. 	Audit système



Références HAS

- ▲ Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- ▲ Gestion des risques en équipe, 2018.
- ▲ *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- ▲ Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.


Autres références

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Comprendre l'accréditation des médecins, article HAS.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Article HAS – Mis en ligne en mai 2018.

Critère 3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels – c'est un enjeu essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. Les compétences associent des compétences techniques (acquises lors de la formation initiale et continue des professionnels, souvent de manière mono-disciplinaire, voire individuelle), et des compétences non techniques (leadership, aptitude à travailler en équipe, communication, coordination, collaboration, capacité à gérer les conflits...). La gouvernance veille à l'acquisition et au maintien de l'ensemble de ces compétences, via la formation continue et le développement professionnel continu. Une attention particulière est portée à la disponibilité des compétences en périodes à risque (la nuit, le week-end et les jours fériés, lors de recours à l'intérim et, le cas échéant, lors des changements d'internes). La reconnaissance et l'amélioration des compétences, notamment les compétences non techniques, sont de nature à favoriser l'implication de tous les professionnels dans les processus de soins, notamment en équipe.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises. Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu en conformité avec les méthodes HAS. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences. 	Audit système




Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Critère 3.4-04 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	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un état des lieux des questionnements éthiques est réalisé et partagé avec l'ensemble des acteurs. • Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés. • Les professionnels disposent d'un cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun. • L'équipe, en cas de besoin, dispose de ressources externes identifiées d'aide à la prise en compte des problématiques éthiques. <p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement. <p>NA à la Principauté de Monaco.</p>	<p>Audit système</p>



Références légales et réglementaires

- ⚡ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, article 70.
- ⚡ Arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, Annexe A. Organisation générale des hôpitaux, III. Normes d'organisation, 9^{ter}.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.5

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance


Il est démontré que qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins, sécurité des soins, efficacité sont liées. L'existence d'une politique de qualité de vie dans l'établissement, élaborée en concertation avec les professionnels et leurs représentants, suivie et évaluée, vise à prendre soin des salariés, concilier l'amélioration des conditions de vie au travail pour les salariés et la performance collective de l'établissement. La politique/démarche QVT de l'établissement repose sur une approche globale, interrogeant toutes les sphères du travail dont l'organisation du collectif, la place de l'individu et l'accompagnement qui lui est proposé au sein de ce collectif. Impulsée par la gouvernance, la politique/démarche QVT de l'établissement implique les professionnels.

La pluridisciplinarité, le décloisonnement des acteurs, le principe de subsidiarité participent de la démarche.

Critère 3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

La gouvernance mène avec les professionnels de l'établissement une démarche qualité de vie au travail. Cette démarche répond aux enjeux identifiés et partagés par l'ensemble des acteurs en s'appuyant sur leur expérience. Elle prend en compte l'ensemble des éléments propres à l'établissement en matière d'activités, de métiers, d'environnement et d'organisation du travail, de distribution générationnelle. Les actions développées dans ce cadre et mises en œuvre au plus près du terrain sont appréciées au plan des résultats.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social. • L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives des professionnels et connus par eux. • La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels ou, le cas échéant, les personnels sont invités selon des modalités diverses à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT. • La politique/démarche QVT tient compte des composants démographiques, sexe et âge, analyses et variations d'absentéisme, de turn-over, d'arrêts maladie. • Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des espaces-temps de discussions collectives et/ou des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain. • Des dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique sont accessibles à tous les professionnels quels que soient leur métier ou leur statut. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

↑ Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019.


Autres références

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.
- Rapport annuel de l'Observatoire national des violences en milieu de santé, 2018.

Critère 3.5-02 La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

Si les difficultés interpersonnelles et les conflits sont inévitables en situation de travail, des mécanismes de prévention et de régulation doivent opérer. Ces dispositifs sont connus et opérants, ils visent à permettre la préservation des relations interpersonnelles et interprofessionnelles et ce faisant la cohésion des équipes. Le management, et tout particulièrement le management de proximité, joue un rôle essentiel dans ce domaine et doit être soutenu dans cette fonction. Ces conflits, s'ils ne sont pas prévenus ou traités, peuvent impacter durement le fonctionnement des collectifs professionnels, altérer la qualité de vie au travail, atteindre au travail lui-même et avoir des répercussions dommageables sur la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance soutient pour tous (professionnels permanents, temporaires ou en cours de formation) des mesures d'anticipation et de prévention des difficultés interprofessionnelles et des conflits en lien avec le service de prévention et de santé au travail. La gouvernance soutient pour les personnels en situation d'encadrement des mesures de formation sur la prévention, la gestion des différends entre professionnels (y compris ceux en formation). La gouvernance met en place un dispositif gradué de réponse aux professionnels (y compris ceux en formation) dans la résolution des conflits. La gouvernance organise l'accompagnement des professionnels après la phase de conciliation et/ou médiation. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles 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'extérieur de l'établissement. NA à la Principauté de Monaco Les professionnels bénéficient d'un accompagnement à l'issue de la gestion d'une situation de conflit interprofessionnel. 	<p>Audit système</p>



Références HAS

▲ Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019.

Références légales et réglementaires

- Loi n°1.457 du 12 décembre 2017 relative au harcèlement et à la violence au travail.

Autres références

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.6

L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

Les risques et menaces auxquels les établissements de santé ont évolué avec les menaces terroristes, les risques infectieux émergents, les manifestations climatiques aiguës et récurrentes. Au-delà de ces risques extrinsèques, tout établissement peut être confronté à une crise survenant au sein de sa structure avec des pannes d'énergie, incendies, ruptures d'approvisionnement, pannes et attaques numériques, risques liés aux actes malveillants. Tous peuvent compromettre la sécurité des personnes, la qualité et la continuité des soins pour des durées variables.

Pour la gouvernance de l'établissement, le point commun de tous ces risques concerne la capacité d'anticipation et de maîtrise de la situation et des missions de l'établissement : l'élaboration de réponses préventives et réactives adaptées, graduées et opérationnelles, lui permettant de faire face à tous types d'événements susceptibles de l'impacter, dans des situations pouvant aller de la fragilisation du fonctionnement à des tensions et à la crise.

Dans le cadre d'une politique formalisée et d'une démarche collective, les établissements de santé, en lien avec les agences régionales de santé, doivent maintenir leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, leur plan de sécurisation d'établissement, leur plan de prévention des atteintes aux personnes et aux biens, en se référant aux guides méthodologiques élaborés par le ministère des Solidarités et de la Santé.

Au-delà, les aspects environnementaux du développement durable relèvent d'une politique de prévention et de gestion des risques environnementaux, formalisée et maîtrisée par l'établissement. Au plan de la sécurité des patients, des professionnels et du public, la prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement.


Critère 3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

L'établissement a anticipé les risques et menaces auxquels il peut être confronté, pouvant se traduire par une situation de tension hospitalière : tensions liées à l'afflux de patients, la fragilisation des structures d'urgence, du fait d'une carence en lits d'aval...de dommage majeur du système d'information ou de crise sanitaire exceptionnelle : augmentation prévisible de la demande en soins critiques à cinétique rapide (attentats, accidents collectifs...) ou lente (épidémie, pandémie de type Covid, épisode climatique exceptionnel...). La réponse graduée de l'établissement de santé à une situation sanitaire exceptionnelle, repose sur le plan blanc. Le plan blanc comporte un volet relatif aux risques numériques.

La cellule de crise hospitalière assure le pilotage de la réponse de l'établissement avec la mise en œuvre des mesures de gestion adaptées à la situation : organisation des sorties anticipées, transferts, ouverture de lits supplémentaires, renfort des effectifs pour les services d'urgence et/ou la réanimation, disponibilité du matériel et des dispositifs médicaux de type respirateur, pousse-seringue. Les établissements de santé doivent disposer dans ce cadre des produits de santé et autres équipements notamment de protection individuelle nécessaire à la réponse en situation sanitaire exceptionnelle pour assurer la prise en charge des patients et la protection des personnels. Un volet formation complète le dispositif de réponse de l'établissement afin de former les professionnels de santé et autres personnels aux situations sanitaires exceptionnelles dont le risque épidémique et biologique. La formation aux situations sanitaires exceptionnelles doit être intégrée au plan de formation de l'établissement.

L'organisation et les modalités de mise en œuvre sont connues dans la pratique par les professionnels et donnent lieu à des exercices qui permettent des adaptations et révisions si besoin. La cellule de crise a vocation à être opérationnelle dans les 45 minutes qui suivent l'alerte.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement. • Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORMOSE élaboré avec l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne). • Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont intégrés dans le PUH et s'articulent avec les plans locaux et nationaux. • La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et de coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support). • Des exercices ou entraînements sont réalisés au moins une fois par an. 	<p>Audit système</p>



Références légales et réglementaires

- Accord-cadre sur l'obligation d'assistance mutuelle : Ordonnance n. 7.937 du 20/02/2020 rendant exécutoire l'Accord-cadre entre la Principauté de Monaco et le Gouvernement de la République française relatif à la coopération en matière de sécurité sanitaire, signé à Paris le 13 juillet 2017 ;
- Accord relatif à la coopération en matière de transfusion sanguine : Ordonnance n. 7.923 du 14/02/2020 rendant exécutoire l'Accord entre la Principauté de Monaco et le Gouvernement de la République française relatif à la coopération en matière de transfusion sanguine, signé à Paris le 13 juillet 2017.
- Ordonnance souveraine n° 6.387 du 9 mai 2017 relative à la mise en œuvre du règlement sanitaire international (2005) en vue de lutter contre la propagation internationale des maladies
- Loi 1.283 (plans d'urgence, plan Ormose)


Autres références

- Plan numérique : Guide d'aide à la préparation au volet numérique du plan blanc, juin 2023

Objectif 3.6

L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté


Critère 3.6-01 (suite)

<h2>Éléments d'évaluation</h2>	
<ul style="list-style-type: none">• Le cas échéant, les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expérience en santé.• Des aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux sont prévus.• Le nombre de lits, les équipements de protection individuels, les dispositifs médicaux (de type respirateur, PSE, moniteurs de surveillance) disponibles ainsi que les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins en cas de déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont identifiés et font l'objet d'un suivi régulier pour en vérifier l'opérationnalité.• La mobilisation de ressources supplémentaires est coordonnée avec les partenaires du territoire. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">• Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels).• Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre.	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Audit système</p>

Critère 3.6-02 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés

Pour maîtriser au plus juste le risque numérique, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information sécurisé, prévoir un plan d'action de continuité et sensibiliser l'ensemble des professionnels pour accroître l'implication des acteurs et la vigilance collective. Une veille de sécurité numérique (prévention active de la sécurité des systèmes d'information) suivant les recommandations de centres de référence (ex : CCB, ...) est mise en place.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a déployé un plan de continuité d'activité et un plan de reprise d'activité dans tous les secteurs. • L'établissement a initié les correctifs à 6, 12 et 18 mois sur les actions critiques recommandés par l'audit de sécurité numérique. • L'établissement organise régulièrement des actions de sensibilisation individualisées pour les professionnels de santé. • L'établissement a démarré un plan de formation pluriannuel à la sécurité informatique et à la mise en œuvre du mode dégradé pour tous les professionnels concernés. • L'établissement a formé des référents sécurité SI en relais des équipes SI dans les secteurs les plus à risques. • Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'AMSN. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'AMSN (Agence Monégasque de Sécurité Numérique), pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité sont mises en œuvre. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, identification de mails frauduleux. • Les équipes savent mettre en œuvre à tout moment leur plan de continuité d'activité et leur plan de reprise d'activité. • Les équipes sont sensibilisées au besoin d'éradiquer la conservation de documents de santé intégrant des données médicales à caractère personnel directement sur le poste de travail. 	<p>Audit système</p>



Références légales et réglementaires

- Loi 1.435 Loi n° 1.435 du 8 novembre 2016 relative à la lutte contre la criminalité technologique.
- Ordonnance Souveraine n° 8.337 du 5 novembre 2020 relative aux données de santé à caractère personnel produites ou reçues par les professionnels et établissements de santé.


Autres références

- PSSI-S. Programme HOP'EN – Guide des indicateurs des prérequis du socle commun.
- Boîte à outils pour l'atteinte des prérequis HOP'EN – ANAP, 2019.
- Référentiel d'identification électronique.

Critère 3.6-03 La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

Les situations à risque doivent être identifiées par l'établissement et faire l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation, par exemple un suivi régulier des contrôles qualité des équipements émetteurs de rayonnements ionisants...). L'établissement doit évaluer l'efficacité de ces dispositifs et les faire évoluer pour améliorer la sécurité. Des dispositifs adaptés de sécurité sont mis en place selon des situations identifiées et spécifiques à certains secteurs d'activité. Ils sont issus d'initiatives institutionnelles ou d'équipes. Le comité d'éthique ou toute autre instance de l'établissement de santé peut être opportunément saisi sur toute mesure prise dans le cadre d'une recherche accentuée de sécurité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels. 	Patient traceur
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est opérationnel en temps normal et pour les situations de crise. Il est adapté aux enjeux de l'établissement et à ses ressources. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés. Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides, détenus...) sont répertoriées. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation en cas de situation critique (tapage, agression, intrusion...). 	Audit système



Autres références


- Code de la construction et de l'habitation.
- La prévention des atteintes aux personnes et aux bien est assurée. Rapport annuel de l'Observatoire des violences en milieu de santé, 2018

Critère 3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

L'établissement contribue aux enjeux du développement durable en adaptant son projet d'établissement et son fonctionnement pour tenir compte de son impact social et environnemental tout en garantissant une soutenabilité économique. L'établissement qualifie ses principaux projets à l'aune de ces trois enjeux en consultant les parties prenantes. En particulier, sur l'enjeu environnemental, cette prise en compte vise à mesurer et réduire l'impact l'efficacité énergétique, aux énergies renouvelables, aux émissions de gaz à effet de serre, à la ressource en eau, à la mobilité durable, aux déchets, aux achats éco-responsables et à la biodiversité.

Pour son activité, l'établissement met en œuvre les actions de maîtrise des risques environnementaux auxquels il est exposé : incendie, inondation, canicule, pollution (chimique, air, eau, sol, sonore, lumineuse), etc.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a réalisé un diagnostic initial de ses consommations d'eau, d'énergie, de ses émissions de gaz à effet de serre et de sa production de déchets. • L'établissement a une politique de développement durable partagée avec les acteurs de son territoire. • L'établissement a désigné un référent développement durable. • L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action sur les risques environnementaux auxquels il est exposé. • L'établissement met en œuvre des actions de sensibilisation sur la protection de l'environnement et le développement durable auprès des professionnels et des patients. • Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet et suit la procédure de traçabilité. • L'établissement facilite le tri des déchets pour les professionnels (poubelles de tri pour les différents types de déchets, facile d'accès et des affiches expliquant les règles de tri). 	<p>Audit système</p>
<p>Observation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène. 	<p>Observation</p>



Références légales et réglementaires

- Articles L. 322-4 et L.210-2 du Code de l'environnement (pas de texte d'application pour le moment)
- Arrêté Ministériel n° 2023-86 du 10 février 2023 relatif à l'extinction des lumières intérieures, des façades, des vitrines et des enseignes de certains locaux professionnels.
- Code environnement, articles O. 431-1 et suivants
- Arrêté Ministériel n° 2017-38 du 20 janvier 2017 réglementant la collecte et le traitement des déchets


Autres références

- Convention relative au développement durable entre l'État et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social 2017-2020.
- Outil « Mon observatoire du développement durable » (rse.anap.fr), campagne annuelle et, le cas échéant, le résultat de l'établissement – ANAP, 2019.
 - Rapport national annuel de Mon observatoire du développement durable (MODD) – ANAP, 2019.
 - Le référentiel d'indicateurs associés au MODD.

Critère 3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

Toute urgence vitale de patient, du public, de professionnels dans l'enceinte de l'établissement est prise en charge rapidement par des professionnels compétents.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les secteurs de l'établissement peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence, grâce à un numéro d'appel unique et dédié. • Une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales valide son efficacité. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de soins savent détecter les symptômes d'une urgence vitale et connaissent les premiers gestes de prise en charge d'une urgence vitale. • Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins : la composition est adaptée aux profils des patients accueillis dans l'unité, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu. • Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation. • Tous les professionnels de soins sont régulièrement formés aux gestes de première urgence. 	Audit système
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les matériels (chariots, sacs...) dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale. • Il existe un numéro d'appel unique et rapidement identifiable par les professionnels pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence. 	Observation



Références HAS

▲ Simulation en santé et gestion des risques, 2019.

Autres références

• Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières – SFAR, 2004.

Critère 3.6-06 L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée


Pour prévenir des menaces et risques d'atteinte aux informations conservées sous forme électronique et plus généralement aux processus de santé s'appuyant sur les systèmes d'information de santé des établissements, l'identification et l'authentification des personnes ouvrant une connexion, à distance ou non, à ses services numériques en santé sont essentielles, dès lors que ces outils concourent à des activités de prévention, de diagnostic, de soin, de prise en charge, de suivi, ou d'interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces activités et qu'ils traitent des données de santé à caractère personnel au sens du RGPD.

L'identification est une phase qui consiste à établir l'identité de l'utilisateur. Elle permet de répondre à la question : "Qui êtes-vous ?". L'utilisateur utilise un identifiant (que l'on nomme "Compte d'accès", "Nom d'utilisateur" ou "Login" en anglais) qui l'identifie et qui lui est attribué individuellement. Cet identifiant est unique.

L'authentification est une phase qui permet à l'utilisateur d'apporter la preuve de son identité. Elle intervient après la phase dite d'identification. Elle permet de répondre à la question : "Êtes-vous réellement cette personne ?". L'utilisateur utilise un authentifiant ou "code secret" que lui seul connaît. Le code secret d'un utilisateur est une information personnelle qui ne doit en aucun cas être divulgué. Il est aussi communément nommé "mot de passe". Le mot de passe ne permet pas de donner un droit d'accès, il permet uniquement d'assurer l'imputabilité dans l'usage de ses droits d'accès.

Au sein de l'établissement, une réflexion concertée avec la CME a permis de définir les règles d'habilitation.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les règles d'habilitation au système d'information de santé sont définies. • L'établissement a mis en œuvre une gestion des arrivées/départs pour l'octroi des habilitations au SI (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 à deux facteurs <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel en interne utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour l'accès au système d'information. 	<p>Audit système</p>

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.7


L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Une dynamique d'amélioration est essentielle pour garantir le service rendu au patient. La mobilisation des recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation des pratiques et des résultats pour le patient, l'analyse des événements indésirables et les démarches d'amélioration en équipe permettent d'assurer cette dynamique d'amélioration.

Critère 3.7-01 La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

La gouvernance, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe), mobilisent l'ensemble des équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles au sein de l'établissement et sur la réalisation de revues de pertinence des pratiques. La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, la mise en route ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons pouvant expliquer la réalisation du soin. Des revues de pertinence des admissions et séjours permettent en outre d'ajuster si besoin les filières et le répertoire opérationnel des ressources définies dans le logiciel d'aide à l'orientation utilisé par l'établissement. L'actualisation des ressources du thésaurus, au moins une fois par an, permet d'ajuster les prises en charge proposées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes. L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire). <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipe. Des revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée (par exemple, taux de transfert à 48 heures, séjours longs). 	<p>Audit système</p>



Références HAS

↑ Revue de pertinence des soins, 2017.


Références légales et réglementaires

- Arrêté Ministériel n° 2012-312 du 29 mai 2012 portant approbation du Code de déontologie médicale
- Loi n° 1.541 du 16 décembre 2022 relative aux infections nosocomiales _

Critère 3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

L'évaluation de l'expérience du patient et du résultat clinique de son point de vue participe à l'objectivation de la qualité du service rendu aux patients. Il peut s'agir de démarches spécifiques, d'un volet spécifique au sein d'une démarche plus globale ou de l'analyse des données disponibles (questionnaires de satisfaction, questionnaire de sortie, plaintes). Les démarches d'équipe intégrant cette évaluation sont promues et valorisées.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience du patient est mis en œuvre. <p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients dans l'unité sont connues des professionnels. Les équipes connaissent les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers et mettent en place, lorsqu'elles existent, des actions d'amélioration. 	<p>Audit système</p>




Références HAS

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

Critère 3.7-03 L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont les IQSS nationaux qui s'appliquent à l'établissement et tout autre IQSS issu d'une démarche locale ou non. Les résultats des indicateurs permettent d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins pour un objectif déterminé. Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. L'analyse partagée et le suivi des résultats permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.


Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connues des professionnels des secteurs concernés. 	Parcours traceur
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Les objectifs d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis. Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Dans le cas d'un non répondant à un IQSS, les raisons sont identifiées et font l'objet d'actions. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe). 	Audit système
<p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers si existante. NA à la Principauté de Monaco. 	

Critère 3.7-04 L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins.

La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS dont les presqu'accidents, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) est une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective d'amélioration de la sécurité du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels connaissent les événements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents déclarés dans l'établissement en lien avec leurs secteurs d'activités. L'équipe informe tout patient ou ses représentants des dommages imputables à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins. <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement selon les méthodes promues par la HAS (analyse systémique des causes) et déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Une synthèse des travaux d'analyse des événements indésirables associés aux soins dont des presqu'accidents et des résultats des plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée. <p>Représentants des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> La commission des usagers, si existante, est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves dont les presqu'accidents déclarés par l'établissement. NA à la Principauté de Monaco. 	<p>Traceur ciblé</p>



Références HAS

- ↑ Déclarer les événements indésirables graves (EIGS), 2019.
- ↑ Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016
- ↑ La sécurité des patients : mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. Des concepts à la pratique, 2012.
- ↑ Guide revue de mortalité et de morbidité, 2009.

Références légales et réglementaires

- Arrêté royal du 17 février 2005 fixant les normes auxquelles une banque de sang hospitalière doit répondre pour être agréée, article 13 et 13bis notamment.
- Arrêté royal du 30 septembre 2020 portant sur la préparation et la délivrance des médicaments et l'utilisation et la distribution des dispositifs médicaux dans les établissements de soins, article 30.
- Arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant les normes auxquelles une fonction "coordination locale des donneurs" doit répondre pour être agréée et le rester, article 14.
- Arrêté royal du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé comme service médical au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, section 5.


Autres références

- Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, OMS, 2015.

Critère 3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité

La fluidité de l'hospitalisation non programmée est un enjeu de qualité et de sécurité des soins. Cet enjeu ne peut reposer que sur quelques services dont celui des urgences. Il doit faire l'objet d'une politique de l'établissement, portée par la gouvernance, pour un engagement de la communauté hospitalière en faveur des hospitalisations non programmées. Cet engagement doit être traduit dans un ou des plans d'action visant une conciliation entre les flux d'hospitalisations programmées et non programmées sur l'ensemble de l'établissement et selon les périodes de l'année ou des événements imprévisibles.

Urgences Standard

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les situations des lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysées, voire révisées en lien avec le service des urgences et les services de soins concernés. 	<p>Parcours traceur</p>
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires. Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence. 	<p>Audit système</p>



Autres Références


- Mieux soigner moins héberger – Optimisation du parcours patient – ANAP, 2019.
- Gestion des lits, tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP, 2015.
- Gestion des lits, tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP.
- Gestion des lits – ANAP, 2015.

NA : Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco

Critère 3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque » 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 établissements 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 encadrée 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, amélioration des pratiques, amélioration de la sécurité des patients, les relations avec les patients et la santé du professionnel. Le dispositif d'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 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	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> La gouvernance de l'établissement promeut auprès des médecins éligibles le dispositif d'accréditation (information, incitation, soutien logistique et financier...). 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 accréditée. La gouvernance a identifié les médecins éligibles non engagés dans le dispositif d'accréditation et a établi avec eux un échéancier d'engagement. Les actions menées dans le cadre du dispositif d'accréditation sont articulées avec les autres démarches d'amélioration de la qualité et sécurité des soins dans l'établissement (PAQS) 	<p>Audit système</p>



Références HAS

↑ [Comprendre l'accréditation des médecins](#), juin 2023.

Autres références

- Rapport MILLAT « Généralisation de l'accréditation des médecins et des équipes médicales de spécialités à risques » octobre 2022.
- Accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes.
- Institut national d'assurance maladie-invalidité 5 juillet 2022.

Fiches pratiques

Chapitres	Fiches pratiques	Page
Engagement dans la démarche	Fiche pratique opératoire_E1 : Comment octroyer les droits d'usage de CALISTA ? (ES, EV)	182
	Fiche pratique opératoire_E2 : Comment demander le report de la visite de son établissement ? (ES)	183
	Fiche pratique opératoire_E3 : Pourquoi et comment valider le profil de votre établissement ? (ES)	187
	Fiche pratique informative_E4 : Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel qualité des soins ? (ES, EV, RU)	191
	Fiche pratique informative_E5 : Quels sont les critères ou éléments d'évaluation pouvant être non applicables ? (ES, EV, RU)	194
Les méthodes d'évaluation	Fiche pratique opératoire_M1 : Comment conduire un patient traceur ? (EV, ES, RU)	199
	Fiche pratique opératoire_M2 : Comment conduire un parcours traceur ? (EV, ES, RU)	205
	Fiche pratique opératoire_M3 : Comment conduire un traceur ciblé ? (EV, ES, RU)	210
	Fiche pratique opératoire_M4 : Comment conduire un audit système ? (EV, ES, RU)	215
	Fiche pratique opératoire_M5 : Comment conduire les observations ? (EV, ES, RU)	220
La visite	Fiche pratique opératoire_V1 : Comment formuler une demande de récusation d'un expert_visiteur ?	221
	Fiche pratique opératoire_V2 : Comment compléter et valider le calendrier de la visite ? (EV, ES, RU)	223
	Fiche pratique opératoire_V3 : Comment s'organise la visite ?	225
	Fiche pratique opératoire_V4 : Comment investiguer et rédiger une fiche anomalie ?	230
	Fiche pratique informative_V5 : Comment est calculée la cotation des éléments du référentiel ? (EV, ES, RU)	232
	Fiche pratique informative_V6 : Règles de rédaction des synthèses du rapport de visite	234
	Fiche pratique opératoire_V7 : Comment exprimer sa satisfaction sur le déroulement de la visite ? (EV, ES, RU)	237
	Fiche pratique opératoire_V8 : Comment formuler et adresser ses observations à la HAS ?	239

Fiches pratiques

L'implication des représentants des usagers	Fiche pratique opératoire_IU1 : Les représentants des usagers dans la certification de la Qualité des soins (RU)	240
	Fiche pratique informative_IU2 : Oser s'impliquer dans la certification, pourquoi, comment ? (RU)	242
	Fiche pratique informative_IU3 : Implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1 (RU)	245
	Fiche pratique informative_IU4 : Les représentants des usagers à toutes les étapes de la certification pour la qualité des soins (RU)	247
	Fiche pratique opératoire_IU5 : Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers (EV/RU)	249
La décision et sa diffusion	Fiche pratique opératoire_D1 : Comment formuler une demande de recours gracieux sur votre décision de certification ? (EV, ES, RU)	254

Comment octroyer les droits d'usage de CALISTA ?

Cibles prioritaires **ES – EV**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les types d'usage et le process d'attribution des droits d'accès à CALISTA pour l'établissement.

Pour bien commencer

Par défaut, la HAS a désigné comme administrateur de la démarche le représentant légal de l'établissement.

En pratique

Quels sont les rôles possibles d'accès dans CALISTA ?

Trois types de profils sont définis : administrateur de la démarche, collaborateur et lecteur.

Quels droits sont accordés à ces profils ?

Types de profils	Droits attribués au profil
Administrateur de la démarche	<p>À le droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mettre à jour les données de l'établissement ; • de mettre à jour le profil de l'établissement ; • de gérer l'évaluation interne (création, suppression, attribution de grilles d'évaluation) ; • de sélectionner les grilles et les transmettre pour l'évaluation interne à la HAS ; • de créer des comptes collaborateur et lecteur ; • de créer un seul autre compte administrateur ; • de demander le report de la démarche ; • de formuler et d'adresser les observations et commentaires à la HAS suite au rapport de visite ; • de formuler le recours gracieux suite à la réception du rapport de certification ; • d'être destinataire de l'ensemble des notifications via la plateforme CALISTA.
Collaborateur	<p>À le droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mettre à jour les données de l'établissement ; • de mettre à jour le profil de l'établissement sans pouvoir transmettre la demande de modification ; • de créer des comptes lecteur ; • de gérer l'évaluation interne (création, suppression, attribution de grilles d'évaluation).
Lecteur	<p>À le droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de rechercher une grille d'évaluation ; • de lire l'ensemble des données présentes dans CALISTA.




Le tableau ci-après résume les droits de chaque profil :

		Profils et droits attribués		
		Administrateur démarche	Collaborateur	Lecteur
Mise à jour des données de l'établissement et de la démarche	Saisie	•	•	
	Validation	•		
	Consultation	•	•	•
Évaluation interne	Création/suppression de grilles	•	•	
	Attribution de grilles	•	•	
	Rechercher une grille	•	•	•
	Sélection de grilles et transmission HAS	•		
Rapport de visite pour observation	Formulation	•		
	Formulation et transmission	•		
Rapport de certification	Formulation et transmission du recours gracieux	•		
Utilisateur	Création de compte (un seul administrateur, collaborateur, lecteur)	•		

Comment créer ou modifier un compte utilisateur ?

L'administrateur de la démarche peut créer des comptes utilisateur dans « Mon équipe ».

Pour vous aider dans cette opération, des vidéos, accessibles directement dans CALISTA, sont à votre disposition :

-  [Calista - Comment procéder à desactivation d'un compte utilisateur.mp4](#)
-  [Calista - Comment procéder à la création d'un compte utilisateur.mp4](#)
-  [Calista - Comment procéder à l'actualisation d'un compte utilisateur.mp4](#)

Il n'est pas recommandé de créer plusieurs comptes avec plusieurs profils. En cas de départ d'un collaborateur il est obligatoire de désactiver le compte dans CALISTA.

Retours d'expérience

La création de profils est une possibilité technique que nous mettons à disposition de l'établissement de santé afin d'associer ses acteurs. Il est de la responsabilité de l'établissement et de l'organisation interne de gérer la nomination de ces profils et il lui appartient de définir les règles internes entre ces collaborateurs.

Pour aller plus loin

Seuls le chef de projet et l'assistant gestionnaire de la démarche ont accès en continu aux différents éléments à l'exception de l'évaluation interne.

De leur côté, les experts-visiteurs ont accès à la démarche sur laquelle ils sont positionnés, dès que l'établissement valide leur participation à la visite. Leur rôle diffère selon leur profil sur la visite (expert-visiteur ou coordonnateur).

Enfin, les membres de la Commission de certification qui délibère sur le dossier n'ont accès qu'au rapport de certification et aux éventuelles fiches anomalies.

Comment demander le report de la visite de votre établissement ?

Cibles prioritaires **ES**

Objectifs de la fiche

La présente fiche permet à l'établissement de :

- connaître les situations pouvant amener à solliciter un report de la visite de certification ;
- savoir comment formuler une demande de report de la visite de certification *via* CALISTA.

Pour bien commencer

Les demandes de report de visite par un établissement doivent avoir un caractère exceptionnel et être justifiées par un cas de force majeure.

Dans le cas où la demande de report est liée à une évolution majeure de l'organisation et de la nature de l'offre de soins d'un établissement, la HAS peut, avant toute décision de report ou d'annulation de la visite, solliciter l'avis de l'ARS concernée.

À noter que pour les établissements rattachés à un groupement, notamment les GHT, engagés dans une démarche conjointe, l'établissement peut s'accorder avec un autre établissement du groupement pour intervertir l'ordre de passage. Cette permutation reste néanmoins à valider par la HAS après une demande auprès du chef de projet *via* CALISTA.

En pratique

Dans quels cas peut-on demander un report ?

Les motifs possibles de report sont :

- un cas de force majeure, c'est-à-dire un événement imprévisible, insurmontable et notamment d'origine extérieure à l'établissement (catastrophe naturelle, grève, événement violent ou tragique empêchant la poursuite de la procédure...);
- une crise financière (procédure de redressement judiciaire ou mise sous administration provisoire ou plan social) ;
- un regroupement entre structures (fusion, rachat) ;
- la délocalisation sur un nouveau site géographique ;
- une modification substantielle des activités (nouvelles autorisations, extension, reconversion, transfert, fermeture de lits) impactant la liste des critères applicables à l'établissement ;
- une importante restructuration de l'établissement.

Que faut-il faire pour exprimer la demande ?

En attendant la mise à disposition du module « report » dans CALISTA, l'établissement envoie un mail de demande de report au binôme chef de projet/assistant gestionnaire (lettre motivée signée par le représentant légal et pièces justificatives comme précisé dans la rubrique « Pour aller plus loin »).

La décision motivée de la HAS est adressée à l'établissement dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la demande de l'établissement. Pendant ce délai et dans l'attente de la décision de la HAS, l'établissement poursuit les étapes de sa procédure.

Pour aller plus loin

Pour chaque situation rencontrée par l'établissement, le tableau ci-dessous précise les pièces administratives attendues dans la demande de report.

Motifs de demande de report par l'établissement de santé	Pièces nécessaires à l'instruction de la demande par la HAS
Cas de force majeure, c'est-à-dire un événement imprévisible, insurmontable et notamment d'origine extérieure à l'établissement (ex : catastrophe naturelle, grève, événement violent ou tragique empêchant la poursuite de la procédure)	Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification
Crise financière (procédure de redressement judiciaire ou mise sous administration provisoire ou plan social)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Jugement du tribunal en cas de redressement judiciaire • Décision de l'agence régionale de santé en cas de mise sous administration provisoire
Regroupement entre structures (fusion, rachat,)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'agence régionale de santé • Calendrier des différentes étapes du regroupement
Délocalisation sur un nouveau site géographique	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'Agence Régionale de Santé • Calendrier des travaux
Modification substantielle des activités (nouvelles autorisations, extension, reconversion, transfert, fermeture de lits)	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification • Autorisation de l'agence régionale de santé
Importante restructuration de l'établissement	Lettre motivée signée par le représentant légal de l'établissement décrivant les impacts sur le déroulement de la procédure de certification

Pourquoi et comment valider le profil de votre établissement ?

Cibles prioritaires **ES**

Objectifs de la fiche

Cette fiche définit les champs d'applicabilité des critères spécifiques du référentiel Qualité des soins et explique ce qui doit être réalisé par l'établissement pour obtenir la liste personnalisée de l'ensemble des critères qui lui seront applicables.

Afin de déterminer les critères spécifiques du référentiel applicables à votre établissement, il est indispensable de vérifier le profil de votre établissement. Cette tâche consiste à vous assurer de l'exactitude des champs d'applicabilité renseignés dans CALISTA.

Pour bien commencer

Le référentiel de certification s'adresse à tous les établissements de santé, tout en étant spécifique et adaptable à chaque établissement. À cette fin, le référentiel contient 91 critères génériques s'appliquant à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'applicabilité particuliers relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap (dans les critères génériques, une attention particulière souligne, en cas de besoin, l'intégration des patients atteints d'une maladie chronique ou en situation de précarité) ;
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire (ce champ d'applicabilité intègre la prise en charge à temps partiel et en hôpital de jour), hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Les champs d'applicabilité des critères spécifiques (secteurs d'activité, populations et modes de prise en charge) sont pré-remplis dans CALISTA. Ils correspondent au périmètre initial de chaque établissement.

Tâches	Actions
Vérification des champs d'applicabilité	Annuler les modifications

Périmètre Initial

Secteurs d'activité	Population
<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Applicable</p>	<p>Enfant et adolescent</p> <p>Applicable</p>
<p>Maternité</p> <p>Applicable</p>	<p>Personne âgée</p> <p>Applicable</p>
<p>Soins critiques</p> <p>Applicable</p>	<p>Personne en situation de handicap</p> <p>Applicable</p>
<p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Applicable</p>	<p>Soins de longue durée</p> <p>Applicable</p>
<p>Urgences</p> <p>Applicable</p>	<p>Soins de longue durée</p> <p>Applicable</p>
<p>Mode de prise en charge</p> <p>Applicable</p>	<p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Applicable</p>

Pourquoi valider le profil de votre établissement ?

La HAS a établi des règles pour déterminer l'activation des différents champs d'applicabilité des critères spécifiques du référentiel dans CALISTA en fonction des données disponibles et renseignées par les établissements de santé.

Pour établir le profil de l'établissement dans CALISTA, les données utilisées par la HAS sont importées par la HAS les fiches d'identité des établissements. Il est important d'informer votre contact à la Haute Autorité de santé en cas de modifications de vos volumes d'activité ou activités elles-mêmes.

Il est possible que lors de la validation de son profil par l'établissement, ces données nécessitent d'être actualisées.

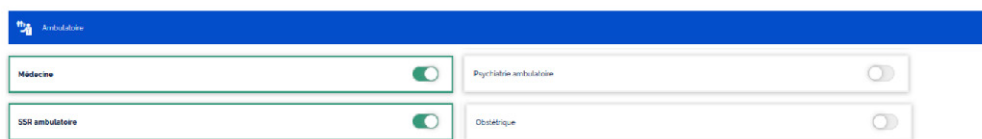
Certains critères spécifiques liés à un type de population (enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap) ne sont pas identifiés dans la fiche d'identité, ces derniers ont par conséquent été renseignés par défaut comme applicables à tous les établissements.

Il est donc indispensable que l'établissement vérifie l'exactitude des données pré-renseignées dans CALISTA (secteurs d'activité, populations, modes de prise en charge) car l'applicabilité des critères spécifiques du référentiel en dépend.

Exemple illustré

Prenons le cas d'un établissement dont les données indiquent qu'il dispose d'une autorisation et exerce une activité en médecine ambulatoire et en SMR ambulatoire sur le site géographique X.

Des précisions sur la présence des différentes activités réalisées au sein du champ d'applicabilité « Ambulatoire » seront apportées dans CALISTA si les activités ont été renseignées par l'établissement dans la fiche d'identité.



Ambulatoire	
Médecine	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychiatrie ambulatoire	<input type="checkbox"/>
SMR ambulatoire	<input checked="" type="checkbox"/>
Obstétrique	<input type="checkbox"/>

Dans l'exemple illustré, Médecine et SMR ambulatoire sont activés (coche). Le critère spécifique lié au champ d'applicabilité « Ambulatoire » (Critères 1.1-12) du référentiel sera par conséquent applicable à l'établissement.

Ce qu'il faut retenir

De façon générale, dès lors qu'un seul sous-champ d'applicabilité est activé (coche) alors le champ d'applicabilité est activé (coche) et les critères spécifiques liés à ce champ sont applicables à l'établissement (Cf. fiche information dédiée).



Points de vigilance

La prise en charge des urgences psychiatriques n'étant pas toujours identifiée dans la fiche d'identité de l'établissement, le champ d'applicabilité « Urgences » ne sera pas coché par défaut (réponse NON). Si votre établissement réalise cette activité, il conviendra dans ce cas de formuler une demande de modification du champ d'applicabilité et pour cela cocher la réponse OUI sur le sous-champ « Urgences générales » afin que les critères spécifiques aux urgences soient présents dans votre référentiel personnalisé (critères 2.2-03, 2.2-04, 3.1-05, 3.7-05).

✂ En pratique

Comment vérifier les champs d'applicabilité ?

Dans la zone « Créer » appuyer sur « Actualisation profil établissement » **1** et dans « Tâches » sur « Vérification des champs d'applicabilité » **2** : vérifier que la réponse **✓ OUI** ou **✗ NON** correspond à la réalité de votre établissement pour chaque champ d'applicabilité. Pour visualiser le détail de chaque champ, il vous faut appuyer sur **✎ Modifier** **3**.

Créer

Que faire en cas d'informations erronées ?

Si vous souhaitez faire des changements sur les données pré-renseignées :

- connecter vous avec un profil Administrateur ES ;
- cliquer sur « Modifier » **1** ;
- cliquer sur les champs ou sous-champs à rajouter ou à supprimer **2** ;
- mentionner un commentaire **3** ;
- déposer un justificatif par sous-champ rajouté (arrêté ARS justifiant la nature de l'autorisation) **4**. Il est possible de déposer plusieurs fois le même document à condition de modifier son nom ;
- appuyer sur le bouton « Transmettre à la HAS » **5** (l'encadré devient vert et passe de NON à OUI **6**).

Comment valider ?

Lorsque vos modifications sont finalisées ou si vous n'avez pas de changement à formuler, appuyez sur le bouton « Enregistrer et Fermer » **ENREGISTRER & FERMER** puis sur « Transmettre à la HAS » **TRANSMETTRE À LA HAS** **5**.

Il est conseillé de toujours cliquer sur TERMINER ou TRANSMETTRE À LA HAS pour ne pas maintenir une demande en cours ce qui générerait des relances de la part de CALISTA.

Il est possible de retrouver les demandes en cours de saisie depuis les Tâches assignées et Tâches d'équipe dans le menu CALISTA.

Les mises à jour du profil sont annuelles. Elles font l'objet d'une notification dans CALISTA. Vous disposerez de 15 jours pour valider votre profil. La HAS décidera au regard de vos demandes et justificatifs de l'acceptation ou du refus de votre demande.

Comment obtenir ses critères applicables ?

Une fois vos champs d'applicabilité validés par la HAS, vous retrouverez la liste de vos critères applicables dans l'onglet « Critères ». Ils correspondent à votre périmètre final.

Vous pouvez désormais éditer votre référentiel personnalisé qui correspond au référentiel Qualité des soins intégrant les critères génériques des chapitres 1, 2 et 3 ainsi que les critères spécifiques qui vous sont applicables.

Un tableau des critères et éléments d'évaluation pouvant être cotés « Non Applicable » (NA) est disponible dans la fiche d'information spécifique annexée au guide méthodologique. À l'issue de l'étape de validation de votre profil par la HAS, il vous guidera pour valider les critères ou éléments d'évaluation susceptibles d'être cotés « NA » dans votre évaluation interne. Tout critère ou élément d'évaluation non présent dans ce tableau néanmoins coté « NA » par votre établissement dans son évaluation interne, sera susceptible d'être coté « Applicable » par les experts-visiteurs lors de l'évaluation externe de l'établissement.

Pour aller plus loin

Les champs d'applicabilité des critères spécifiques (secteurs d'activité, populations et modes de prise en charge) et des critères génériques relatifs au groupement sont issus des fiches d'identité des établissements

En complément, deux fiches d'information sont à votre disposition :

- Quelles sont les règles utilisées dans Calista pour l'ouverture des champs d'applicabilité des critères du référentiel Qualité des soins ?
- Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel Qualité des soins ?

Quels sont les liens entre les champs d'applicabilité et les critères du référentiel Qualité des soins ?

Cibles prioritaires **EV - ES - RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique les liens qui existent entre les activités spécifiques d'un établissement ou les populations accueillies et les critères spécifiques du référentiel Qualité des soins.

Pour bien commencer

Le référentiel de certification s'adresse à tous les établissements de santé, tout en étant spécifique et adaptable à chaque établissement. À cette fin, le référentiel contient 90 critères génériques s'appliquant à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'applicabilité particuliers relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, vivant avec un handicap (dans les critères génériques, une attention particulière souligne, en cas de besoin, l'intégration des patients atteints d'une maladie chronique ou en situation de précarité) ;
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce qu'il faut savoir

Les champs d'application des critères spécifiques sont pré-renseignés dans CALISTA.

Le tableau ci-dessous décrit les liens entre les champs d'applicabilité et les critères spécifiques du référentiel ainsi que les critères génériques liés au groupement :

Exemple : si j'ai le champ d'applicabilité « HAD » activé (coche OUI), les 5 critères spécifiques du référentiel (1.1-13, 1.3-02, 2.2-13, 2.2-14, 2.3-05) me sont applicables.

Critères spécifiques du référentiel : 41 critères			
Mode de prise en charge : ambulatoire, HAD, SAMU-SMUR, urgences, soins critiques			
Champ d'applicabilité	Activité	Nombre et critères spécifiques concernés	
Ambulatoire	Médecine	1 critère	1.1-12
	Obstétrique		
	SMR ambulatoire		
	Psychiatrie ambulatoire		
HAD	HAD MCO-SMR	5 critères	1.1-13 1.3-02 2.2-13 2.2-14 2.3-05
	HAD PSY		
SAMU/SMUR	SAMU/SMUR	3 critères	2.1-02 2.2-01 2.2-02
Urgences	Urgences générales	3 critères	2.2-03 3.1-05 3.7-05
	Urgences pédiatriques		
Soins critiques	Unités de réanimation adultes	2 critères	2.4-05 2.4-09
	Unités de réanimation enfants (hors néonatalogie)		
	Soins intensifs (quel que soit l'âge hors néonatalogie)		
	Surveillance continue adultes		
	Surveillance continue enfants		

Secteurs d'activité : psychiatrie, chirurgie et interventionnel, maternité, SSR, SLD			
Sous-champ d'applicabilité	Activité	Nombre et critères spécifiques concernés	
Psychiatrie et santé mentale	Psychiatrie générale	7 critères	1.4-05
	Psychiatrie infanto-juvénile		2.1-05
	Psychiatrie en milieu pénitentiaire		2.2-17 2.2-18 2.3-18 3.1-03 3.1-04
Chirurgie et interventionnel	Chirurgie	8 critères	1.1-10 2.2-10 2.2-11 2.2-12 2.3-12 2.3-15 2.3-21 2.4-06
	Chirurgie cardiaque		
	Chirurgie ambulatoire		
	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie		
	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en neuroradiologie		
	Neurochirurgie		
	Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse		
Maternité	Périnatalité	2 critères	1.1-07 2.3-20
	IVG pour motif médical ou AMP clinique		
	Centre de périnatalité de proximité		
SMR	SMR	1 critère	2.1-03
SLD	SLD	1 critère	1.4-04

Population : enfant et adolescent, personne âgée, personne en situation de handicap			
Champ d'applicabilité	Nombre et critères spécifiques concernés		
Enfant et adolescent	4 critères	1.1-04 1.2-02 1.4-03 2.2-16	
Patient âgé	2 critères	1.2-04 3.1-06	
Patient en situation de handicap	2 critères	1.2-03 1.4-02	

Quels sont les critères ou éléments d'évaluation pouvant être non applicables ?

Cibles prioritaires **EV - ES - RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les critères et les éléments d'évaluation pouvant être non applicables (NA) aux établissements de santé dans leur évaluation interne et externe.

Ce qu'il faut savoir

Ce tableau récapitulatif est destiné à la fois aux établissements de santé, aux experts-visiteurs et aux chefs de projet du service certification des établissements de santé.

Il indique les critères et éléments d'évaluation pouvant être non applicables en fonction de l'activité de votre établissement.

Les évaluations non applicables doivent être strictement limitées à des cas particuliers pouvant se justifier et non pas à des éléments difficiles à évaluer. Tout critère ou élément d'évaluation indiqué comme non applicable dans l'évaluation interne de l'établissement mais non présent dans ce tableau pourra être considéré par les experts-visiteurs comme applicable lors de l'évaluation externe (visite).

Critères et éléments d'évaluation pouvant être non applicables		
Critères	Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable.	Non applicable en l'absence de DMI implantés par l'établissement de santé.
	Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif.	
	La carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est prête pour être remise au patient à sa sortie.	
	La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées : <ul style="list-style-type: none"> • dans le dossier du patient ; • dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ; • et, s'ils existent, dans le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique. 	

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés.	Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident.	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle ou d'utilisation de MDS dans l'établissement de santé.
		Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées.	
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs.	L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée.	Non applicable en l'absence de patients en situation de fin de vie accueillis dans l'établissement de santé (pouponnières à caractère sanitaire permanent, appartements thérapeutiques, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent, ateliers thérapeutiques, centres de soins d'accompagnements et de prévention en addictologie, centres d'atelier thérapeutique (CATTP), centres de post-cure pour alcooliques, centres de post-cure pour malades mentaux).
		En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.	
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale.	En cas de contention, le patient - et/ou sa personne de confiance - a reçu une information claire et explicite sur sa motivation.	Non applicable dès lors que l'établissement de santé ne réalise aucune contention mécanique.
		La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> • points de contention ; • diurnes ou nocturnes ; • durée ; • modalités de surveillance et d'évaluation. 	
		La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfique/risque.	
		La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.	
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	Pour les prises en charge compatibles avec une hospitalisation à domicile, une analyse des transferts en HAD est réalisée et partagée par les services prescripteurs avec les HAD.	Non applicable en HAD.

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, et réévaluée.	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	Non applicable en l'absence de prescription d'antibiotique dans l'établissement de santé.
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie, doivent pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	
		Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24 ^e et la 72 ^e heure sont systématiques.	
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques notamment ceux en formation.	
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée.	L'analyse bénéfique/risque est réalisée pour tout acte de transfusion.	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle ou d'utilisation de MDS dans l'établissement de santé.
		L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.	
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient.	L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte.	Non applicable pour les patients de moins de 14 ans ou de plus de 25 ans.
		L'équipe du secteur adulte se coordonne avec l'équipe pédiatrique qui suivait le jeune patient avec une pathologie chronique.	
		La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfique/risque.	
		La pertinence du maintien de la contention mécanique est obligatoirement réévaluée.	
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie.	La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet de réunions collégiales, de concertation pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures.	Non applicable en l'absence de patients en situation de fin de vie accueillis dans l'établissement de santé (pouponnières à caractère sanitaire permanent, appartements thérapeutiques, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent, ateliers thérapeutiques, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, centres d'atelier thérapeutique (CATT), centres de post-cure pour alcooliques, centres de post-cure pour malades mentaux).
		L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie.	
		Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue...) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance.	

Critères	Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.3-04	<p>Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.</p> <p>Le patient, dont l'autonomie dans la prise de son traitement est confirmée et tracée, est informé des médicaments qu'il prend et des consignes d'administration.</p>	Non applicable en HAD d'évaluation.
2.3-08	<p>Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie.</p> <p>Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un tableau comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie.</p> <p>Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.</p>	Non applicable uniquement si l'établissement est en mesure de prouver ne jamais accueillir de patients vulnérables.
2.3-09	<p>Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle.</p> <p>L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la prescription; • de l'administration; • des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance); • de la transfusion. <p>L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).</p> <p>Le taux de destruction est mesuré.</p>	Non applicable en l'absence d'activité transfusionnelle dans l'établissement de santé.
2.3-19	<p>Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants.</p> <p>L'équipe informe le patient des doses qu'il a reçues et des risques pour sa santé.</p> <p>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.</p> <p>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 l'estimation de la dose reçue ou estimée par le patient au cours de la procédure.</p> <p>L'équipe dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres.</p> <p>Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres.</p> <p>La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités (manipulateurs radiologiques, médecins, radiopharmaciens).</p>	Non applicable en l'absence de secteur utilisant des rayonnements ionisants (imagerie interventionnelle : radios, scanner, salle d'angiographie interventionnelle).

Critères		Éléments d'évaluation	Motif du Non applicable (NA)
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI).	Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme.	Non applicable dans les établissements de santé disposant uniquement d'un centre périnatal de proximité (pré et post-natal)
		La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.	
		L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.	
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée.	La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou a minima sous condition de score.	Non applicable dans les établissements de santé n'accueillant pas de patient en chirurgie ambulatoire
		En cas de sortie sur la base d'un score, le personnel est formé.	
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé.	Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport.	Non applicable pour les établissements mono prise en charge en HAD
		Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	
		Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).	
		Les professionnels sont formés.	
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement.	La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation, assure la logistique nécessaire à son déploiement et articule les actions menées dans le cadre de l'accréditation des médecins ou des équipes médicales avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement (PAQS).	Non applicable dans les établissements de santé qui ne réalisent pas de spécialités ou d'activités dites « à risque » : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs
		Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite à risques (spécialités de gynécologie obstétrique, d'anesthésie réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont	

Comment conduire un patient traceur ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode du patient traceur. Cette méthode peut être utilisée dans le cadre de l'évaluation interne et fait partie des méthodes déployées dans le cadre de la visite de certification.

Pour bien commencer

La méthode du patient traceur permet d'apprécier le développement de l'engagement du patient, tant pour lui permettre de devenir partenaire de sa propre prise en charge mais aussi que les patients puissent collectivement être partenaires de l'établissement dans l'amélioration de ses pratiques.

Elle permet de recueillir pour un patient, après l'obtention de son consentement, son expérience et/ou celle de ses proches. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que l'expression de son vécu soit la plus large possible.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation.
- L'évaluateur peut cocher la réponse « RI » dans la grille d'entretien avec le patient s'il considère que la réponse du patient est inadaptée.

En pratique

L'infographie ci-après présente les trois étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

Dans le cadre de la visite, l'évaluateur est obligatoirement un médecin expert-visiteur ou un médecin centré patient traceur.

En effet, seuls les médecins experts peuvent consulter sur leur demande les dossiers ou documents médicaux dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 1414-4 du Code de la santé publique.

La méthode doit garantir le respect du secret professionnel.

MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge
d'un patient dans l'établissement de santé.

1



IDENTIFICATION DU PATIENT

L'évaluateur choisit en lien avec l'équipe, le patient pour lequel il souhaite mener l'évaluation.
Le médecin présente la situation du patient.



2

RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :

- se présente, s'assure que le patient a reçu le document d'information sur la méthode du patient traceur et recueille le consentement du patient ;
- s'entretient avec le patient sur sa prise en charge et son expérience dans l'établissement.

Comment avez-vous :

- délivré l'information au patient ?
- prévenu le risque infectieux, etc. ?



3

ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE

(médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...)

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante sur la prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement, en s'appuyant sur son dossier.



Cette méthode n'est en aucun cas une évaluation des décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe soignante.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :
patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DU PATIENT

→ Modalités de définition des profils de patient traceur

L'ensemble des profils choisis doit, majoritairement, être représentatif de l'activité significative de l'établissement selon :

- le volume d'activité ;
- les modes de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire...);
- la patientèle (handicap, personne âgée, enfant...);
- les activités.

Exemples de profils :

- pour un établissement de santé avec une activité d'orthopédie : personne âgée entrée par les urgences et opérée d'une prothèse de hanche ;
- pour un établissement de santé avec une activité de neurologie : patient victime d'AVC avec hémiplegie ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de chirurgie digestive avec des actes de prise en charge de l'obésité : patient opéré pour une chirurgie bariatrique ;
- pour un établissement de santé prenant en charge peu de mineurs mais de façon récurrente : patient mineur pris en charge dans un secteur non dédié à l'enfant ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de soins de suite et de réadaptation : personne âgée en rééducation présentant un diabète ;
- pour un établissement de santé ayant une activité de psychiatrie infanto-juvénile : mineur présentant des troubles du comportement alimentaire ;
- pour un établissement de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile : maman prise en charge en hospitalisation à domicile après sortie précoce.

Dans le cadre de la préparation de la visite, la définition des profils est effectuée par la HAS, en lien avec le coordonnateur de la visite. Ces profils sont communiqués à l'établissement avec le calendrier de visite. En cours de visite, si le besoin de conforter une évaluation est nécessaire, un nouveau profil de patient peut être défini ou une séquence patient traceur prévue dans le programme peut être annulée pour être remplacée par une autre séquence.

→ Modalités de sélection

- En évaluation interne, l'établissement sélectionne avec l'équipe concernée le dossier au sein de sa file active correspondant au profil défini.
- Lors de la visite, l'établissement fournit aux experts-visiteurs médecins, lors du temps de calage du calendrier prévu, la liste pour chaque séquence d'évaluation, de tous les patients présents correspondant aux profils prédéfinis lors de la préparation de la visite. Le choix définitif est réalisé dans les services concernés après présentation rapide des dossiers. Les patients devront être informés par l'établissement de la démarche et donner leur consentement à l'évaluateur pour participer à l'évaluation.

Il est préconisé que les patients soient au plus proche de la sortie d'hospitalisation.

- L'évaluateur s'assure avant tout entretien du recueil du consentement du patient lui-même ou d'un tiers dans les cas suivants :
 - le consentement du représentant légal pour un mineur ;
 - le consentement du tuteur pour les patients sous tutelle ;
 - le consentement de la personne de confiance pour les patients qui ne sont pas en capacité de s'exprimer.

Une case est à cocher dans la grille d'entretien avec le patient dans CALISTA pour tracer que ce recueil a été effectué.

→ Préambule aux entretiens

L'évaluateur prend connaissance, préférentiellement auprès du médecin référent, ou de l'interne ou de l'infirmière, des éléments significatifs du patient (pathologie, parcours, complications). L'évaluateur peut ainsi s'assurer de la cohérence du profil du patient prévu/proposé et être informé des éléments de contexte susceptibles d'impacter la conduite de son entretien.

L'entretien avec le patient et/ou ses proches est indispensable au bon déroulé de la méthode. Aussi en cas d'impossibilité à le rencontrer ou à rencontrer ses proches, il faut changer de patient.


Il est possible d'échanger par téléphone avec les proches si ces derniers n'ont pas la possibilité d'être physiquement présents au moment de la réalisation de la méthode.

Dans le cas particulier d'un enfant ou d'un patient présentant des troubles cognitifs, la présence d'un ayant-droit est requise.

La HAS met à disposition sur son site internet, un document d'information aux patients « Évaluation de votre parcours de soins par la méthode du "patient-traceur" ».

2 RENCONTRE AVEC LE PATIENT

 Durée : environ 30 minutes

 Lieu : permettant un entretien privé, chambre du patient ou bureau

→ Objectif de la rencontre

L'entretien permet de recueillir la perception du patient sur sa prise en charge (de jour et de nuit) et de recueillir des éléments factuels tels que l'évaluation et le soulagement de la douleur, son traitement médicamenteux, le bénéfice/risque des actes qui lui ont été prescrits, l'information reçue, la vérification de son identité, etc. Les questions ne sont pas des questions personnelles sur sa maladie. L'entretien avec le patient porte sur l'évaluation qualitative de la prise en charge du patient par l'établissement. Il ne s'agit pas de recueillir des informations sur l'état de santé du patient. L'évaluateur s'abstient de tout commentaire / avis sur la pertinence des diagnostics ou actes médicaux.

→ Positionnement de l'évaluateur

- L'évaluateur se doit d'adopter une posture adéquate : se mettre à hauteur physique du patient (ex. : personne alitée ou assise).
- Il prend le temps d'expliquer au patient que l'entretien peut se faire avec un ordinateur ou une tablette pour récolter son témoignage à partir d'une grille d'évaluation.
- Il est important de veiller à ne pas poser les questions les unes derrière les autres (pas d'interrogatoire), de laisser parler le patient, la grille n'est qu'un support pour l'entretien.
- L'entretien doit être adapté en permanence en fonction de la compréhension du patient, de son état général, de sa fatigue, de sa disponibilité, etc. (reformuler si besoin).
- Il ne faut pas hésiter à rassurer le patient.

→ Déroulement de l'entretien

- L'évaluateur se présente et présente sa mission : rappel des objectifs de la méthode et de l'utilisation qui sera faite des informations recueillies, rappel des règles de confidentialité et de déontologie de la mission.
- Il recueille le consentement du patient avant le début de l'entretien (tracé par une coche la case dans la grille dans CALISTA) et s'assure de la bonne compréhension de son consentement (débuter l'entretien en demandant au patient l'objectif de cette entrevue ; (ex. : savez-vous/vous a-t-on expliqué pourquoi nous vous avons sollicité pour cet entretien ? Vous a-t-on remis le document d'information de la HAS ?). Il précise que l'entretien peut être interrompu à tout moment si le patient le souhaite.

- L'évaluateur conduit l'entretien selon la chronologie de la prise en charge.
- Si un point négatif est soulevé, l'évaluateur cherchera tous les éléments lui permettant de décrire la situation (quoi? quand? fréquence?...).
- À l'issue de l'entretien, l'évaluateur s'assure qu'il a abordé tous les sujets de la grille d'évaluation puis remercie le patient de sa participation à la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.

Vous avez la possibilité de visualiser le contenu de la grille d'évaluation du patient traceur à partir de l'outil d'appropriation du référentiel présent sur le site de la HAS dont en voici le lien : www.has-sante.fr/jcms/p_3242328/fr/outil-d-appropriation-du-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante

À titre d'exemple, pour visualiser une grille d'entretien avec un patient répondant au profil « Personne âgée en rééducation présentant un diabète », nous vous proposons de sélectionner la méthode « Patient traceur » puis les champs d'applicabilité « Patient âgé » et « Tout établissement » et la source d'information « Patient ».

3 ENTRETIEN AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE



Durée : environ 45 minutes



Lieu permettant de favoriser les échanges avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec un accès au dossier du patient, sans gêner l'activité du service

→ Objectif de la rencontre

Il s'agit d'analyser en équipe la prise en charge globale du patient, de son entrée dans ce service jusqu'au moment de l'entretien. Si le patient a traversé plusieurs unités, il est important d'évaluer, avec l'équipe rencontrée et prenant en charge le patient au moment de l'entretien, la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces et la collaboration entre les professionnels et entre les différents services.

→ Positionnement de l'évaluateur

L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels.

→ Déroulement de l'entretien, les principes

L'évaluateur rappelle les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge depuis l'entrée du patient. Il précise que tous les professionnels sont invités à s'exprimer et que ce sont eux qui recherchent l'information demandée dans le dossier du patient.

Les entretiens sont réalisés avec les personnels qui prennent en charge le patient, présents le jour de l'évaluation, à partir du dossier du patient sélectionné. Afin de s'assurer du rôle de chacun dans la prise en charge, l'évaluateur organise le tour de table de présentation.

La réunion requiert la disponibilité des professionnels qui prennent en charge le patient, notamment des médecins avec un temps dédié. Certains professionnels peuvent ne pas disposer de la disponibilité requise pour assister à l'intégralité de l'entretien avec l'équipe. Dans ce cas, l'évaluateur adapte l'entretien pour recueillir les réponses dont il a besoin en lien avec ces professionnels.

La mise en œuvre de la méthode repose sur l'analyse de la prise en charge du patient avec les professionnels sur la base du dossier du patient, outil de traçabilité des actions effectuées permettant de suivre et de comprendre le parcours du patient.

Des professionnels de santé de ville peuvent également être invités (infirmiers, pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, médecins généralistes...).

À la fin de l'entretien, l'évaluateur s'assure qu'il a abordé tous les sujets de sa grille d'évaluation. Il le conclut en demandant aux professionnels s'ils ont quelque chose à ajouter.

Pour poursuivre sur l'exemple « Personne âgée en rééducation présentant un diabète », vous pourrez obtenir la grille d'entretien professionnels en sélectionnant dans l'outil d'appropriation, les champs « Tout établissement », « Patient âgé » et « Professionnels ».

Comment conduire un parcours traceur ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode du parcours traceur.

Pour bien commencer

La méthode parcours traceur évalue la qualité de la coordination de la prise en charge du patient et du travail en équipes. Elle réunit les représentants de toutes les équipes ayant participé à un type de parcours (équipes cliniques mais aussi équipes médico-techniques et équipes support et sociales).

C'est aussi l'occasion de les interroger sur leur culture de mesure et revue de leurs résultats notamment sur la pertinence de leurs décisions, tant sur :

- les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), HAD, prise en charge externe...);
- les prescriptions (actes, produits de santé) ainsi que leurs modalités de réalisation et d'administration des produits de santé;
- le suivi en aval dans le cadre du parcours de soins.

Le parcours traceur permet l'évaluation du processus de prise en charge du patient correspondant à un parcours de patients sortis récemment au travers d'un dossier fil rouge. Celui-ci pourra être associé à d'autres dossiers de parcours identiques si ce seul dossier ne permet pas de recueillir l'ensemble des informations.

Cette méthode ne comprend pas de rencontre avec le patient.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le parcours que l'on souhaite évaluer. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation.

En pratique

L'infographie ci-après présente les trois étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DU PARCOURS TRACEUR

Évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.

1



IDENTIFICATION DU PARCOURS

L'évaluateur choisit le parcours qui sera analysé.



RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

L'évaluateur :

- s'appuie sur un dossier fil rouge représentatif du parcours choisi (patient sorti de l'établissement ayant suivi le parcours pré-identifié) ;
- réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui prennent en charge les patients concernés par le parcours.

2

3



RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient et s'entretient avec tous les professionnels intervenant dans la prise en charge au sein des services visités.



L'évaluateur ne rencontre pas les patients.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :
patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DU PARCOURS

Le programme de visite de certification comprend des profils de parcours traceur proposés en amont de la visite. L'établissement peut apporter des commentaires et des précisions afin d'affiner ces profils.

Le profil parcours traceur est identifié au regard des activités de l'établissement et de leur volume, des modes de prise en charge et du type de population accueillie.

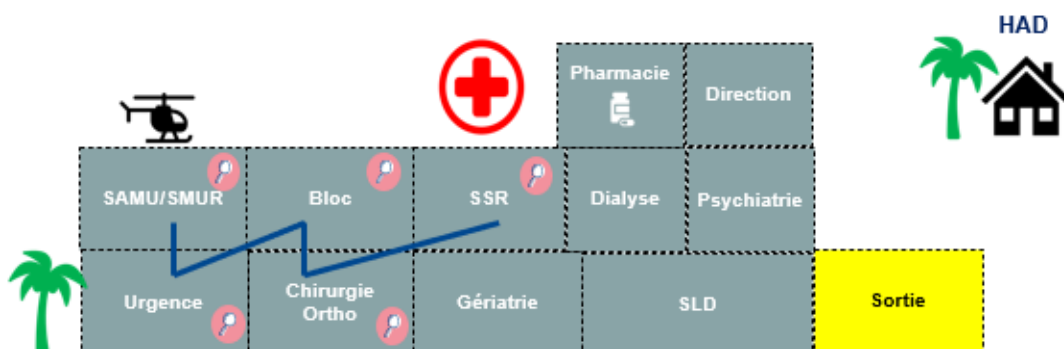
Exemples :

- entrée par les urgences – admission en urgence au bloc opératoire – hospitalisation en service de chirurgie ;
- enfant en hospitalisation complète de psychiatrie et suivi en hôpital de jour ;
- parcours HAD de prise en charge en soins palliatifs.

→ Identification du périmètre du parcours

Pour affiner le choix du parcours, il est important de préciser le mode d'entrée et de sortie du parcours sélectionné (moment où le parcours se termine).

Exemple du parcours décrit ci-dessous : le mode d'entrée des patients est le SAMU/SMUR/Urgences et le mode de sortie est le domicile.





→ Modalités de sélection des dossiers pour le suivi de la traçabilité

En évaluation interne, l'établissement sélectionne un dossier de patient sorti récemment d'un service d'aval et correspondant au profil du parcours défini.

Pour la visite, la pré-sélection d'un seul dossier fil rouge par l'établissement suffit. Il doit s'agir d'un dossier de patient sorti et représentatif du patient habituellement pris en charge par ces services. Les patients doivent être sortis au plus tard dans les environ 2 mois avant la visite. Le dossier fil rouge sert d'illustration et de preuve de traçabilité des éléments évoqués le temps de la rencontre des équipes. L'évaluateur pourra néanmoins demander l'accès à un autre dossier pour compléter au besoin la grille d'évaluation.

2 RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

 Durée : 2 heures

 Lieu permettant de favoriser les échanges avec l'équipe pluriprofessionnelle, avec un accès au dossier du patient, sans gêner l'activité du service

L'évaluateur rencontre la ou les équipes impliquées dans le parcours du patient (médecin chef du ou des services, cadres de chacun des services concernés et, selon les parcours, un représentant des services paramédicaux et supports). Les professionnels impliqués doivent être rencontrés au même moment car il est important d'évaluer la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces, et la collaboration entre les professionnels intra et inter-services ainsi que la culture de la pertinence et l'analyse des résultats (notamment cliniques) des services concernés.

Pour reprendre l'exemple du schéma page précédente, les équipes rencontrées seront celles du SAMU/SMUR, des urgences, du bloc, de la chirurgie et des SSR.

→ Déroulement de l'entretien, les principes

L'évaluateur s'approprié les éléments d'évaluation de la grille CALISTA générée pour l'évaluation préalablement à son entretien.

L'évaluateur rappelle les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge pour le parcours donné. Il engage l'échange avec l'ensemble des intervenants en invitant les professionnels présents à présenter chronologiquement les phases principales constituant le parcours et à décrire les prises en charge successives dans le parcours et leurs rapports dans l'organisation. Il veille à ce que ces échanges permettent de couvrir tous les champs d'évaluation. Le dossier fil rouge peut être sollicité à tout moment.



Attention : les médecins experts peuvent consulter les dossiers ou documents médicaux dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 1414-4. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les dossiers ou documents considérés sont rendus anonymes préalablement à leur consultation.

Si certains critères ne peuvent être évalués par le dossier de référence ou si les équipes estiment que le dossier fil rouge de référence n'est pas significatif, pour des critères particuliers, du parcours évalué, un autre dossier est sélectionné et vu au cours du parcours physique.

Pour chacune des phases, l'équipe précise quels professionnels internes ou externes sont susceptibles d'intervenir sur ce parcours, le mode de collaboration entre eux, l'organisation des échanges (staffs pluridisciplinaires, médicaux, réunion interservices...), les éléments de traçabilité, etc.

Au travers des réponses apportées par les professionnels, l'évaluateur apprécie la satisfaction ou non aux éléments d'évaluation.

3 RÉALISATION DU PARCOURS



Durée : 1 heure



Lieu : les services concernés par le parcours

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient. Il reconstitue concrètement le parcours physique du patient en menant son investigation au sein des services. À cette occasion, il rencontrera tous les professionnels intervenant directement au sein des services et ce, dans leur quotidien, au plus près de leurs pratiques.

Si certains critères n'ont pu être évalués *via* le dossier fil rouge ou si les équipes estiment que celui-ci n'est pas représentatif, d'autres dossiers sont alors mobilisés dans les services (par exemple, le dossier fil rouge est celui d'une patiente n'ayant pas eu de transfusion, l'évaluation de ce critère pourra se faire en prenant un autre dossier). L'évaluation s'élargit en passant par le questionnement du « et si... le patient est porteur de handicap ? », « et si... le patient est un mineur ? », « et si survient une urgence vitale ? ». En conséquence, peu d'éléments d'évaluation se trouvent non applicables.

C'est à la suite de ces trois étapes que l'évaluateur peut apporter une réponse aux éléments d'évaluation de la grille parcours traceur.

Quel que soit le parcours choisi, l'évaluation porte sur les critères génériques auxquels il faut rajouter selon le parcours les critères spécifiques.

Exemple 1 : parcours de la césarienne en urgence avec passage aux urgences

Vous avez la possibilité de visualiser le contenu de la grille d'évaluation du parcours à partir de l'outil d'appropriation du référentiel présent sur le site de la HAS dont en voici le lien : www.has-sante.fr/jcms/p_3242328/fr/outil-d-appropriation-du-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante

Concernant notre exemple, nous avons sélectionné la méthode « Parcours traceur » puis les champs d'applicabilité, « Urgences », « Chirurgie et interventionnel » et « Maternité ».

Exemple 2 : parcours en rééducation après coma

Pour cet exemple, vous pouvez obtenir la grille d'évaluation en sélectionnant la méthode « Parcours traceur » puis les champs d'applicabilité « Tout établissement » et « Soins de suite et réadaptation ».

Comment conduire un traceur ciblé?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode traceur ciblé.

Pour bien commencer

La méthode du traceur ciblé consiste à évaluer sur le terrain la mise en œuvre réelle d'un processus et à s'assurer de la maîtrise des risques qui le concernent.

Le traceur ciblé est conduit en partant du terrain et suit un même et un seul fil conducteur tout au long de l'évaluation.



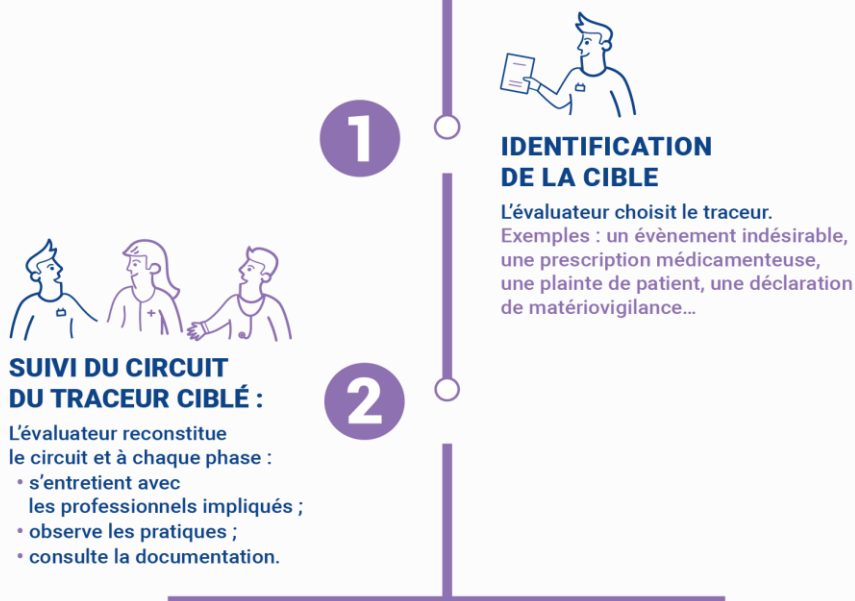
CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le traceur ciblé que l'on souhaite évaluer. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation.

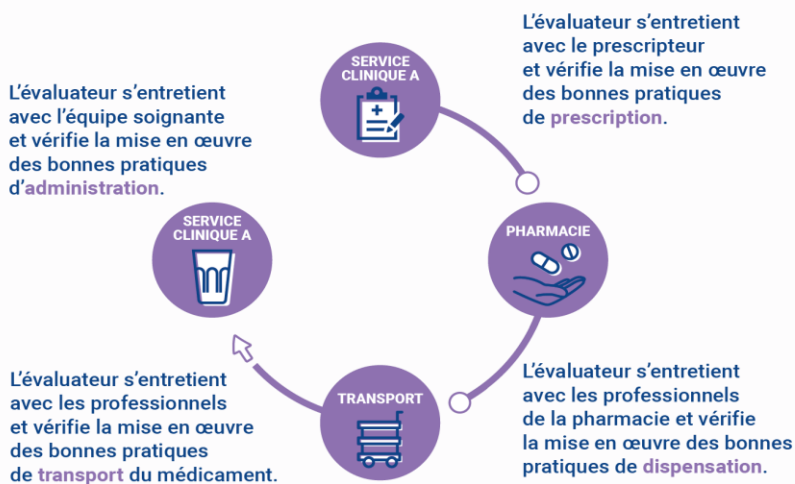
L'infographie ci-après présente les deux étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un traceur ciblé.



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



!
La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE


Six traceurs ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :


- circuit du médicament et des produits de santé intégrant les médicaments dérivés du sang ;
- gestion des produits sanguins labiles ;
- gestion des événements indésirables ;
- prévention des infections associées aux soins ;
- SAMU/SMUR.

Pour le traceur qu'il souhaite réaliser dans le cadre d'une évaluation en interne, l'établissement doit identifier la donnée d'entrée qu'il va suivre.

Exemple : une prescription médicale dans le cadre d'un traceur ciblé sur le médicament, une déclaration pour un traceur sur la gestion des événements indésirables. C'est cette donnée d'entrée qui sera le fil conducteur de l'évaluation.

2 RÉALISATION DU CIRCUIT

 Le circuit dure de 1 à 3 heures

 Lieu : tout au long du circuit ou au sein des unités concernées par le traceur ciblé.

Les différentes équipes de professionnels impliqués dans le processus évalué seront rencontrées tout au long du circuit de façon à en couvrir toutes les étapes et toutes les interfaces.

Exemple 1 : Infections associées aux soins en endoscopie



Attention : il est important de bien identifier le fil conducteur.

S'il s'agit de suivre le circuit d'un endoscope au sein d'un établissement : l'évaluation est un traceur ciblé.

S'il s'agit de suivre la prise en charge du patient lors d'un acte d'endoscopie : la méthode utilisée est le patient traceur.

Le professionnel principal rencontré dans le cadre de ce traceur est le référent endoscopie s'il existe.

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
maîtrise du risque infectieux	Préparation du patient	2.3-15
	Protocoles d'antibioprophylaxie	2.3-12
	prescription d'antibiothérapie préventive	2.3-12
	Réalisation de la check-list et évaluation de la mise en oeuvre	2.3-12
	Traçabilité de l'acte	2.3-13 et 2.3-14
	Formation à la maîtrise du risque infectieux	2.3-11 et 2.3-14
	Lien avec l'EOH	2.3-11
circuit de traitement des endoscopes	liste du parc actif	2.3-13
	conditions de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs et des produits de santé	2.3-07 et 2.3-13
	suivi microbiologique des endoscopes	2.3-13
	Formation à la désinfection	2.3-10 et 2.3-13
Traçabilité	Traçabilité de l'acte	2.2-05
	Entretien du matériel et équipement de transport, signalement en cas de matériel défectueux	2.3-11
Evaluation	Evaluation des pratiques	2.3-10, 2.3-11 et 2.3-15

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer l'activité d'endoscopie.

Exemple 2 : Le circuit du médicament



Attention : il est important de bien identifier ce que l'on souhaite suivre comme processus.
 S'il s'agit de suivre le circuit du médicament : l'évaluation utilise la méthode du traceur ciblé.
 S'il s'agit de suivre la prise en charge médicamenteuse du patient : la méthode utilisée est le patient traceur.

Les professionnels principaux rencontrés dans le cadre de ce traceur sont :

- le prescripteur ;
- les soignants ;
- le pharmacien ;
- le préparateur en pharmacie ;
- le professionnel responsable de la livraison des médicaments ;
- etc.

Illustration

Cible : antibiotique inscrit dans la liste des médicaments à risque

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Équipe	Prescription médicamenteuse	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	2.1-06
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	2.1-06
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.	2.1-06
		Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.	2.3-06
Pharmacien Préparateur en pharmacie	Dispensation	L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.	2.2-07
		La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.	2.2-07
		La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique et évalue la pertinence de la prescription.	2.3-03
		L'analyse pharmaceutique intègre les informations du Dossier Pharmaceutique du patient (Ordre des pharmaciens, Assurance maladie), pour tous les patients dotés d'un Dossier Pharmaceutique.	2.3-03
		Les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les services prescripteurs.	2.3-03
		La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.	2.3-03
		Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.	2.3-07
Équipe	Administration	Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.	2.3-04
		La concordance entre le produit, le patient, et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.	2.3-04
		L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.	2.3-04
Équipe	Surveillance	Évaluations régulières de la pertinence de la prescription d'antibiotique entre la 24 ^e et la 72 ^e heure.	2.1-06
		Évaluation de la sécurisation du médicament en HAD.	2.1-06
Équipe	Approvisionnement, stockage et accès aux médicaments	L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque et en connaît les règles de stockage (température, sécurisation...).	2.3-06
Professionnel responsable de la livraison des médicaments Équipe Pharmacie		Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.	2.3-07
		L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.	2.3-07
		Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.	2.3-07
		L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque : la prescription, la dispensation, l'administration, le suivi, la surveillance et la réévaluation	2.3-06

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer le circuit du médicament. Plusieurs processus peuvent être concernés.

Comment conduire un audit système ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode de l'audit système.

Pour bien commencer

La méthode de l'audit système permet d'évaluer d'une part la dynamique et l'organisation impulsées par la gouvernance de l'établissement et d'autre part leur appropriation par les professionnels de terrain.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon l'audit système que l'on souhaite conduire. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation.

En pratique

Dans le cadre d'une visite de certification, seul un expert-visiteur habilité peut réaliser cette méthode.

L'infographie ci-après présente les quatre étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME, direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée, l'évaluateur analyse la politique, les activités et les actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité qu'a l'établissement à maîtriser et à atteindre ses résultats. Il peut demander la transmission de tout document qu'il jugera utile pour étayer son évaluation.



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur s'assure de l'implication des représentants des usagers et des associations de patients dans la vie de l'établissement.

1



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant (conventions de partenariat), politique qualité (stratégie de recueil de l'expression du patient), bilan des plaintes et des réclamations, plan de formation, plan de gestion des tensions hospitalières, etc.

2



RENCONTRE AVEC DES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne diffusion de la politique, des activités et des actions de l'établissement sur la thématique concernée et sa déclinaison par les professionnels de terrain.

3


4



L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

 Durée : 1 heure

 Lieu : dans la salle des experts-visiteurs ; au fil des entretiens si besoin

Les objectifs de la consultation documentaire sont :

- bien comprendre le contexte, les enjeux, l'organisation mise en place par l'établissement sur l'audit système évalué ;
- préparer et structurer les entretiens en tenant compte de la grille d'évaluation et des informations consultées.

La consultation est réalisée à différentes étapes :

- avant la visite sur la base des documents mis à disposition par l'établissement dans CALISTA ;
- avant les entretiens avec la gouvernance sur la base des documents complémentaires qui auront été demandés à l'établissement le matin ou la veille de l'audit système ;
- au fil des entretiens avec la gouvernance, les professionnels, les représentants des usagers.

Dans le cadre de l'évaluation interne, la personne en charge de réaliser l'évaluation doit identifier l'ensemble des documents dont elle aura besoin avant le démarrage de son évaluation et s'en imprégner.

Les documents mis à disposition de la HAS par l'établissement sont accessibles dans CALISTA, dossier Ma Certification/ documents. Leur dépôt (4 mois avant la visite) est obligatoire pour certains.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES	DOCUMENTS FACULTATIFS
Bilan de la commission des usagers	Accréditation COFRAC (Laboratoire d'analyses médicales)
Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins	Certification ISO (liste des services certifiés ISO 9001,14001)
Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens	Rapport CGPL (rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté)
Liste des services et/ou pôles	Rapport Cour des comptes
Bilan des événements indésirables*	Rapport inspection ARS
Organigramme	Rapports ABM (Agence de biomédecine)
Plan blanc	Rapports ASN (Agence de sécurité nucléaire)
Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Rapports IGAS (Inspection générale des affaires sociales)
Plan d'implantation des services	Charte de bloc
Politique qualité	
Projet établissement et/ou note d'orientation stratégique	
Plan de continuité d'activité / Plan de reprise d'activité	
Compte-rendu de l'exercice cyber et émargement des participants	
Attestation de réalisation des audits de sécurité numérique	

2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

 Durée : 1 h 30 à 3

heures  Lieu : salle
de réunion


Six audits système Gouvernance ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification :


- leadership ;
- QVT & travail en équipe ;
- engagement des patients ;
- dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins ;
- maîtrise des risques ;
- coordination territoriale,
- numérique.

La gouvernance attendue dans le cadre de chacune de ses rencontres s'entend par la direction, le président de la CME et la direction des soins ou équivalent. Selon l'audit système concerné, d'autres personnes peuvent être associées :

- directeur qualité ou responsable qualité ;
- directeur des ressources humaines ou responsable des ressources humaines ;
- personne responsable de la logistique ;
- médecin hygiéniste, président du CLIN, président du CLUD... ;
- pharmacien ;
- représentants des usagers.

3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

 Durée : 45 minutes

 Lieu : sur le terrain dans un ou plusieurs services


Selon l'audit concerné, les rencontres des professionnels de terrain sont réalisées dans un ou plusieurs services, voire sur plusieurs sites selon la structuration de l'établissement auprès des équipes de jour comme de nuit.

Au sein d'une équipe rencontrée, la présence d'un représentant de chaque catégorie professionnelle est

souhaitée. Les objectifs de ces rencontres sont :

- confirmer ou infirmer le bon fonctionnement du système au plus près des services ;
- compléter les éléments de la grille d'évaluation de l'audit système concerné.

4 SELON L'AUDIT SYSTEME CONCERNE, RENCONTRE AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

 Durée : 1 h 15

 Lieu : salle de réunion

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et faiblesses.

Une réelle implication des représentants des usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

Dans cette optique, l'évaluateur cherchera à apprécier le niveau d'implication réelle des représentants des usagers à détecter leurs éventuelles difficultés à s'impliquer dans la vie de l'établissement. Dans le cas de l'évaluation interne, l'évaluateur pourra, le cas échéant, rechercher avec les représentants des usagers les actions d'amélioration à mettre en place pour favoriser leur participation à la vie de l'établissement.

Exemple : audit système « Dynamique d'amélioration » abordé selon les publics rencontrés

Vous avez la possibilité de visualiser le contenu de la grille d'évaluation de l'audit système « Gouvernance » à partir de l'outil d'appropriation du référentiel présent sur le site de la HAS dont en voici le lien : www.has-sante.fr/jcms/p_3242328/fr/outil-d-appropriation-du-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante.

Concernant l'exemple, nous avons ci-dessous sélectionné la méthode « Audit système » et « Gouvernance » puis « Professionnels » et « Représentants des usagers ».

Comment conduire les observations ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les conditions de réalisation des observations durant une évaluation interne ou une visite de certification.

Pour bien commencer

Les observations permettent d'évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité d'une unité, d'un service, de l'établissement. L'évaluateur devra juger de la conformité ou non des points à observer listés dans la grille d'évaluation.

En pratique

À chaque grille de traceur réalisée est associée une grille d'évaluation dédiée à des points d'observation.

Par exemple : l'évaluateur réalisant un patient traceur complètera dans le même temps les observations liées à la dignité, la confidentialité, la présence de gel hydroalcoolique aux endroits le nécessitant, etc. De la même façon,

l'évaluateur au cours de la réalisation physique du parcours sera en mesure de vérifier dans les services, les affichages des informations pour les usagers, l'accessibilité des personnes vivant avec un handicap, etc.

En d'autres termes, l'évaluateur est susceptible de réaliser des observations à tout moment, sur le terrain. L'infographie ci-après présente le principe de la méthode.

MÉTHODE D'OBSERVATION

Évaluation des conditions générales de qualité et de sécurité des soins.



RÉALISATION DES OBSERVATIONS

La méthode d'observation est :

- mise en œuvre dans tous les secteurs visités ;
- combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- réalisée sur la base d'une grille d'observations.

EXEMPLES D'OBSERVATIONS



Respect de la dignité et de l'intimité des patients :

- absence de patients dénudés ;
- portes des chambres fermées ;
- patients traités avec égard ;
- etc.



Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :

- rampes d'accès dédiées ;
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil ;
- sanitaires adaptés ;
- signalétique adaptée à tout type de handicap ;
- etc.



Affichage de l'information destinée au patient :

- charte du patient hospitalisé ;
- coordonnées des représentants des usagers ;
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination,...) ;
- etc.



Maîtrise du risque infectieux :

- lavage des mains avant / après chaque soin ;
- disponibilité de solutions hydroalcooliques ;
- tenues conformes des professionnels ;
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants ;
- propreté des locaux ;
- etc.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé

Comment formuler une demande de récusation d'un expert-visiteur ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à décrire les motifs acceptables de récusation et les modalités opérationnelles pour en faire la demande.

Pour bien commencer

L'établissement a la possibilité de récuser un expert-visiteur uniquement pour les motifs suivants :

- s'il exerce son activité professionnelle dans un périmètre géographique de moins de 50 km autour de l'établissement ;
- s'il exerce ou a exercé une activité ces 5 dernières années dans l'établissement visité ou, le cas échéant, dans l'un des établissements du groupement ;
- s'il existe un lien d'intérêts avec l'établissement visité ou, le cas échéant, avec l'un des établissements du groupement.

Le fait qu'un expert-visiteur ait participé à la visite précédente ne représente pas en soi un motif de récusation, sauf problématiques particulières à évoquer auprès de la HAS.

En pratique

À la notification de la mise à disposition de l'équipe de visite *via* CALISTA, l'établissement doit, dans les 2 semaines qui suivent, valider, *via* la plateforme, un à un le nom des experts-visiteurs.

Si l'établissement souhaite récuser un ou plusieurs experts-visiteurs, il devra en exposer les motifs dans la case commentaire associée.

La HAS analyse la motivation de la demande et informe l'établissement de sa décision dans un délai de 15 jours, *via* CALISTA.

Comment compléter et valider le calendrier de la visite ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche permet de guider l'établissement pour la validation du calendrier de la visite élaboré par le coordonnateur de la visite et le chef de projet. Elle présente aussi les modalités logistiques de la visite.

Pour bien commencer

Le calendrier de la visite découle du programme de visite, c'est-à-dire du nombre de méthodes à réaliser pendant la visite.

Le calendrier se compose de séquences dites organisationnelles dont le positionnement est fixe et de séquences d'investigation qui correspondent aux méthodes définies dans le programme de visite. Chaque séquence « méthode » est attribuée à un seul expert-visiteur.

En pratique

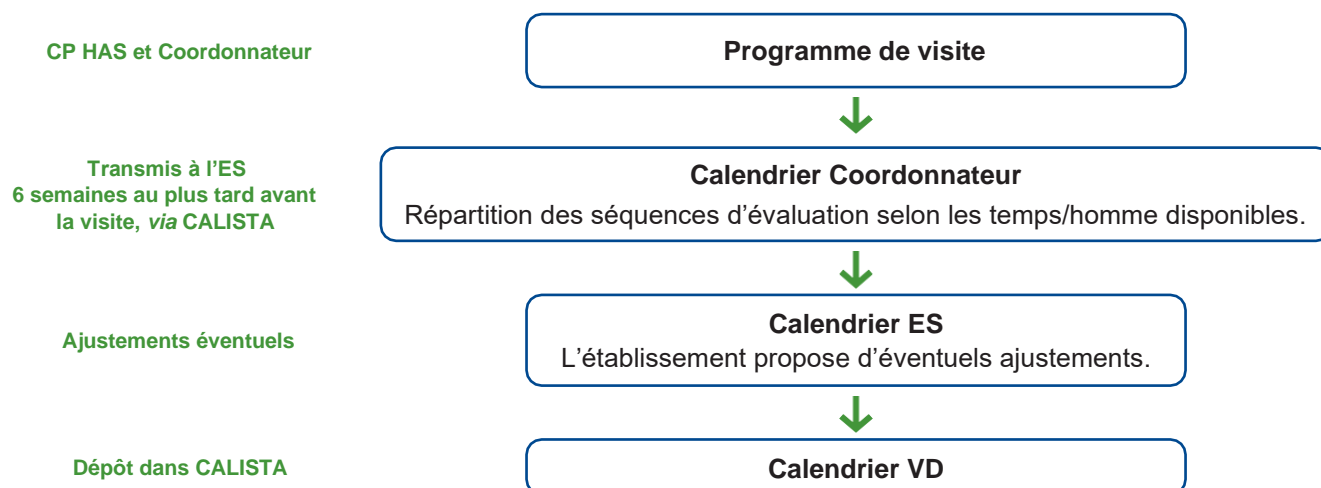
Le coordonnateur de la visite propose un planning de visite en attribuant chacune des méthodes à un expert-visiteur en fonction de l'expertise et de l'habilitation de chacun.

À la notification de CALISTA, l'administrateur de la démarche prend connaissance du calendrier proposé. La validation de l'établissement porte sur le positionnement des séquences « méthode », en s'assurant de la faisabilité au regard des contraintes des services. Il peut également compléter le planning en ajoutant par exemple les noms et fonctions des personnes qui seront rencontrées ou les salles de réunion prévues. Dans le document, une zone de commentaire permet de transmettre toutes les remarques et demandes éventuelles de modification.

Une fois le calendrier complété, l'administrateur de la démarche le dépose dans CALISTA pour étude par le coordonnateur et le chef de projet. La version définitive du calendrier sera arrêtée lors de la conférence téléphonique tripartite organisée avant la visite.

Le calendrier validé avant la visite peut être ajusté au décours de la visite par le coordonnateur pour répondre aux besoins de l'établissement ou pour réaliser des investigations complémentaires.

Processus de gestion du calendrier



Principes d'organisation logistique de la visite

Les experts-visiteurs doivent disposer, sur le site d'accueil, d'une salle sécurisée (avec un jeu de clé par expert) dans laquelle ils pourront travailler et consulter la documentation de votre établissement. Aucun entretien individuel ou collectif ne doit avoir lieu dans cette salle.

Concernant l'informatique :

- Par principe, les experts-visiteurs viennent avec leur PC portable personnel. L'établissement s'assure, avant la visite, qu'il sera possible de connecter le PC personnel des experts-visiteurs à internet (filaire ou Wifi performant). Si cela n'est pas possible, notamment pour des raisons de sécurité informatique, l'établissement doit prévoir un PC fixe relié à Internet par expert-visiteur.
- Dans tous les cas, l'établissement doit prévoir au moins un PC fixe, avec un accès internet et accès au réseau interne (pour l'accès à la gestion documentaire et aux documents utiles), relié à une imprimante, et sur lequel les clés USB des experts-visiteurs pourront être connectées.
- Si des impressions papier existent déjà, elles peuvent être remises aux experts-visiteurs (par exemple, le livret d'accueil), mais aucune impression papier de documents qui ne le seraient pas habituellement n'est à prévoir pour la visite.

Du point de vue du matériel :

- Dans la salle : une imprimante, un vidéoprojecteur, au moins un PC fixe (cf. supra), multiprise(s), des masques et du gel hydroalcoolique. Un téléphone avec un annuaire des contacts utiles (équipe qualité, directeur, PCME, DSI, responsable informatique, logistique, self, cadre des pôles/services).
- A proximité de la salle : photocopieuse, scanner, destructeur de papier.

La salle pour les rencontres avec l'établissement

(réunion d'ouverture, bilan d'étape, calage du calendrier/logistique avec l'établissement, bilan de fin de visite, restitution plénière)

Pour chaque rencontre expert-visiteur/professionnels, il est important de prévoir une salle de réunion suffisamment grande pour accueillir tous les professionnels concernés par la rencontre.

Un vidéo projecteur pour le bilan de fin de visite et la restitution plénière.

Les repas

L'ensemble des repas du midi sont pris au sein de l'établissement. Les experts-visiteurs préciseront à l'établissement, lors de la conférence téléphonique, l'organisation pour les autres repas. Une facture nominative doit être effectuée par l'établissement pour l'ensemble des repas pris par les experts-visiteurs. Cette facture doit être remise, aux experts-visiteurs qui la régleront à l'établissement, avant leur départ.

Les déplacements

Les experts-visiteurs organisent eux-mêmes leurs déplacements entre l'hôtel et l'établissement de santé.

Les déplacements sur site et inter-sites des experts-visiteurs sont organisés par l'établissement (accompagnement des experts-visiteurs par une personne de l'établissement).

Comment s'organise la visite ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les différents temps d'une visite de certification et leurs modalités d'organisation.

Pour bien commencer


La visite de certification comprend des séquences organisationnelles communes à toutes les visites.

Les méthodes d'évaluation sont détaillées dans les fiches pratiques dédiées.

Un calendrier, établi par le coordonnateur de la visite en lien avec l'équipe et le chef de projet HAS, précise ces différentes séquences pour chaque jour et chaque expert-visiteur.

En pratique

RÉUNION D'OUVERTURE

 Le matin du 1^{er} jour de la visite
Durée : 1 heure

 Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, a minima, la direction de l'établissement dont le directeur, le président de la CME, le directeur des soins, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques et toute autre personne, en nombre restreint, proposée par l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.


La réunion est animée par le coordonnateur de visite en lien avec la direction de l'établissement de santé.

Objectifs de la séquence :

La réunion d'ouverture s'inscrit dans la suite des échanges entre la HAS et l'établissement initiés lors de la phase préparatoire. Elle a pour objectifs de partager :

- les enjeux et les objectifs de la visite de certification ;
- la présentation de l'établissement (un court support de présentation peut être prévu par l'établissement) ;
- le programme et le calendrier de visite ;
- les modalités de communication et de logistique de la visite, notamment pour les bilans d'étape, réunions de calage et bilan de fin de visite ;
- les règles régissant le déroulement de la visite.

SYNTHÈSE COLLECTIVE ENTRE EXPERTS-VISITEURS

 Chaque soir
Durée : 1 à 2 heures

 Lieu : salle des experts-visiteurs

Acteurs :

– équipe d'experts-visiteurs.

Objectifs de la séquence :

À l'issue des évaluations, les experts-visiteurs réalisent une synthèse collective pour :

- préparer le calage calendrier de mi-journée et le bilan d'étape du lendemain matin ou de fin de journée ;
- valider, lors de la dernière synthèse collective de la visite, les éléments de synthèse qualitatifs et quantitatifs qui seront présentés en bilan de fin de visite et de restitution plénière lorsque sa tenue est actée par l'établissement.

Phase 1 : analyse et partage des données qualitatives de la journée d'investigation

- S'assurer que tous les membres de l'équipe ont rempli les grilles et justifié par écrit les observations significatives attestant de dysfonctionnements ou de la « non-atteinte » des attendus d'un critère. Une attention particulière est portée au médecin centré patient traceur avant qu'il ne quitte la visite.
- Partager des données qualitatives d'évaluation de la journée à partir des représentations graphiques générées par CALISTA, déterminer les points saillants (au niveau des critères) pour lesquels un écrit sera attendu dans le rapport de visite et décider des éventuelles adaptations du programme de visite et donc du calendrier.
- Pour chaque objectif, cibler les points forts et points à améliorer à l'échelle du critère.
- Si une fiche anomalie est générée, le coordonnateur s'assure que tous les arguments justifiant cette appréciation sont explicités et décide si des investigations complémentaires sont nécessaires. Si oui, ce supplément d'investigation est à organiser (qui, quand, où, auprès de qui) et à planifier lors du point de calage calendrier.


Phase 2 : préparation du calage calendrier

- Lister en équipe les profils de patient traceur et les parcours prévus à J+1.
- Ajuster si nécessaire le programme de visite.
- Identifier les profils de patient traceur restant à définir pour J+1 suivant le programme initial de visite (ce point peut être décalé en fonction de la durée de la visite à la synthèse du lendemain).

Phase 3 : préparation du bilan d'étape du lendemain

- Répartir si nécessaire la prise de parole entre EV, en plus de celle du coordonnateur.
- Identifier les points à restituer à l'établissement.

POINT DE CALAGE CALENDRIER/LOGISTIQUE

 Chaque début d'après-midi, sauf l'avant-dernier jour de visite. Durée : 20 minutes

 Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, la personne en charge de la démarche qualité et de gestion des risques et 1 autre membre de l'ES (à préciser en fonction du besoin).

Le point de calage calendrier/logistique est animé par le coordonnateur de la visite.

Objectifs de la séquence :

- préciser à l'établissement les adaptations du programme de visite (profil des traceurs définis en visite, modification de profil d'un traceur...);
- récupérer auprès de l'établissement la liste de tous les patients présents dans les services rencontrés, de leurs motifs d'hospitalisation, de leur âge et de leur date d'entrée dans l'établissement, pour le choix du patient traceur ;
- s'assurer de la bonne organisation des séquences d'évaluation programmées le lendemain.

Le cas échéant, si des tensions ont été générées dans la journée entre les experts-visiteurs et des professionnels de l'établissement, il est important que l'établissement en fasse un retour au plus vite au coordonnateur de la visite afin de dissiper tout malentendu voire désamorcer toute situation conflictuelle et permettre la poursuite de la visite dans le climat de partage et de confiance souhaité.

BILAN D'ÉTAPE

 Chaque matin, sauf le dernier jour de visite
Durée : 30 minutes

 Lieu : salle de réunion

Acteurs :


- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour l'établissement de santé, la direction de l'établissement dont le directeur, le président de la CME, le directeur des soins ou leurs représentants, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques et toute autre personne, en nombre restreint, proposée par l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.


Le bilan d'étape est animé par le coordonnateur de la visite.

Objectifs de la séquence :

- présenter les principales tendances à date ;
- le cas échéant, présenter les éléments relevant de dysfonctionnements observés en particulier sur les critères impératifs, la génération d'une ou plusieurs fiche(s) anomalie voire de motifs d'alerte ;
- répondre aux demandes d'informations complémentaires éventuelles ;
- valider les modifications du programme de visite et du calendrier.

PRÉPARATION DES RESTITUTIONS

 Matin du dernier jour de visite
Durée : 2 heures

 Lieu : salle des experts-visiteurs

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs


Objectifs de la séquence :

- préparer le bilan de fin de visite et la restitution plénière en :
 - partageant collectivement les dernières investigations de la visite ;
 - analysant collectivement les données quantitatives à partir des représentations graphiques finalisées générées par CALISTA et l'argumentaire développé autour de(s) fiche(s) anomalie générée(s) en cours de visite ;
 - interprétant les résultats : synthétiser les données qualitatives et quantitatives et faire consensus (mettre en adéquation les données graphiques avec les observations des experts-visiteurs) ;
 - concluant sur les éléments de visite à partager avec l'établissement : les points positifs, les axes de progrès identifiés et les éventuelles défaillances significatives ;
 - restituant les éléments via le diaporama de fin de visite.

Sur la base des résultats d'évaluation, de leurs représentations graphiques et des échanges entre experts-visiteurs, ceux-ci identifient les éléments positifs et négatifs qui feront l'objet des synthèses par objectif à rédiger par le coordonnateur après la visite, et des synthèses entre experts-visiteurs réalisées durant la visite. Ces synthèses, expliquant les résultats, sont indispensables pour éclairer la prise de décision par la Commission de certification.

Le document support du bilan de fin de visite est généré directement dans Calista par le coordonnateur à l'issue de la validation de l'ensemble des grilles d'investigation.

BILAN DE FIN DE VISITE

 En fin de matinée du dernier jour de visite
Durée : 1 heure 30 à 2 heures

 Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- pour la gouvernance de l'établissement de santé, au minimum, la direction de l'établissement dont le Directeur, le Président de la CME, le Directeur des Soins, la/les personnes en charge de la démarche qualité et de gestion des risques ;
- les représentants des usagers.

La réunion de bilan est animée par le coordonnateur. Les experts-visiteurs pourront apporter des précisions selon un mode de parole déterminé par le coordonnateur.

Objectifs de la séquence :

Fiche pratique opératoire_V3

- présenter et partager les résultats quantitatifs et qualitatifs pour chacun des objectifs du référentiel à partir des représentations graphiques issues de CALISTA ;
- réaliser un focus sur les points positifs, les axes de progrès identifiés et les éventuelles défaillances significatives (fiches anomalie) ;
- préparer la séance de restitution qui suit.

Le document support du bilan de fin de visite est déposé par le coordonnateur directement dans Calista. L'établissement ainsi que le chef de projet peuvent le consulter dans l'onglet « rapport » lors de l'envoi du rapport de visite.

RESTITUTION PLÉNIÈRE



En fin de visite
Durée : 1 heure maximum



Lieu : salle de réunion

Acteurs :

- équipe d'experts-visiteurs ;
- la direction et les professionnels de l'établissement de santé ;
- les représentants des usagers.

La séance est animée par le coordonnateur.

La visioconférence est possible mais, afin de respecter le droit à l'image, sans enregistrement.

Aucun intervenant extérieur (presse, tutelles, SRA, etc.) ne peut être présent lors de cette restitution.

Objectifs de la séquence :

- présenter et partager les principaux résultats quantitatifs et qualitatifs synthétisés par chapitre du référentiel ;
- réaliser un focus sur les points positifs, axes de progrès identifiés et éventuelles défaillances significatives (fiches anomalie) ;
- présenter aux professionnels les étapes clés post-visite et les délais prévisionnels (cf. Diaporama de fin de visite).

La restitution plénière est prévue par principe mais elle est facultative. L'établissement de santé concerné est en droit de préférer qu'elle n'ait pas lieu.

Comment investiguer et rédiger une fiche anomalie ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche définit une fiche anomalie et présente les modalités de son remplissage.

Pour bien commencer

Pour rappel, chaque élément d'évaluation est coté « Oui », « Non », « Non applicable » ou, pour le patient traceur, « Réponse inappropriée ». Une fiche anomalie est générée dans CALISTA, si, l'ensemble des éléments d'évaluation d'un critère impératif d'une grille obtient une réponse « Non ». Une fiche anomalie doit être renseignée impérativement.

En pratique

Dans le cadre d'une évaluation

Dans une fiche anomalie, des données sont automatiquement reprises : identité de l'évaluateur, le site géographique où s'est déroulé l'évaluation, la méthode d'évaluation source de l'anomalie.

L'évaluateur doit compléter d'autres parties :

- la description factuelle de l'anomalie qui doit être la plus précise et la plus détaillée possible afin de comprendre la situation ;
- la description des risques générés par l'anomalie sur le patient, les professionnels ou l'environnement ;
- la dynamique engagée par l'établissement autour de l'anomalie soulevée. Pour ce faire, l'évaluateur doit répondre et argumenter plusieurs questions :
 - l'établissement avait-il connaissance de cette anomalie avant la visite ?
 - La connaissance de cette anomalie peut être le fruit d'une évaluation interne (audit, indicateur, déclaration d'évènement indésirable, plaintes, etc..) ou d'un autre dispositif d'évaluation externe (IQSS, inspection ARS, rapport ASN, du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés, etc.).
 - l'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les actions d'amélioration le plus à même d'agir efficacement sur la cause ?
 - Si l'établissement avait connaissance de l'anomalie avant la visite, une analyse des causes a-t-elle été réalisée avec pour objectif de comprendre la cause du dysfonctionnement et donc trouver les actions qui sont les plus susceptibles d'être efficaces parce qu'elles agissent sur la cause.
 - Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure...)?
 - Une anomalie peut trouver sa résolution dans un plan A, idéal, mais dont les échéances peuvent être lointaines. Il est attendu ici que l'experts-visiteurs décrivent les actions (plan B) mises en place par l'établissement pour réduire l'impact du risque. Par exemple, une anomalie concerne la dignité des patients. Cette anomalie s'explique par la vétusté des locaux. Un projet immobilier prévoit la reconstruction du site en 2026 (plan A). Pour autant, il existe des plans B : les professionnels sont sensibilisés, mettent en place des pratiques et organisation de travail qui permettent de réduire l'impact des locaux sur le respect de la dignité des patients. Par ailleurs, du mobilier a été acheté pour réduire l'impact de l'immobilier. Ce sont ces éléments du plan A et du plan B qui doivent être décrit ici.
 - L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les actions d'amélioration le plus à même d'agir efficacement sur la cause ?
 - Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ?
Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

- Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?
- Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque ?
 - Si des évaluations sont faites, les résultats de ces évaluations démontrent-ils une efficacité. Cette efficacité peut être démontrée par l'atteindre d'une cible (par exemple : les travaux sont finis et, par définition, une amélioration sera constatée) ou par l'amélioration d'un indicateur.

Pendant la visite, une fiche anomalie peut amener un temps d'évaluation complémentaire. L'expert-visiteur peut rencontrer toutes personnes ou instances qu'il pense utile pour récupérer tous les éléments qui permettront à la Commission de certification de statuer sur l'impact que pourrait avoir une fiche anomalie sur l'éligibilité à la mention, voire à la certification.

Le coordonnateur vérifie la pertinence et l'exhaustivité de ces informations et apporte sa propre analyse de l'anomalie. Cette analyse vise à recontextualiser l'anomalie grâce à la vision globale du coordonnateur : est-ce un cas isolé lié à la pratique d'un agent ? où un manquement lié à un défaut de leadership de toute ou partie de la gouvernance ? où un défaut de management local ? où à une insuffisance de ressources ? etc. Les résultats globaux peuvent aider le coordonnateur à cette analyse. Un lien entre les différentes fiches anomalies doit être fait lorsque cela est pertinent.

Après la visite, dans le cadre de la phase d'observations, l'établissement est invité à apporter ses commentaires sur l'anomalie constatée.

In fine, la fiche anomalie et les observations de l'établissement sont étudiées par la HAS. Une anomalie peut remettre en cause l'éligibilité à la mention, voire à la certification. Cette remise en cause est le fait de la Commission de certification. Pour prendre cette décision, la Commission s'appuie sur des éléments factuels, sur les risques induits par l'anomalie, et la dynamique d'amélioration autour de l'anomalie.

Comment est calculée la cotation des éléments du référentiel ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique le système de cotation des critères, objectifs et chapitres du référentiel et d'attribution de la note globale de satisfaction aux attendus du référentiel.

Pour bien commencer

La mesure de l'atteinte des attendus du référentiel se fait par la mise en œuvre de séquences d'évaluation par type de méthode et adaptées au profil du traceur selon les critères qui lui sont applicables. À chaque séquence correspond une grille d'évaluation générée par CALISTA. Cette grille intègre, pour chaque méthode, les éléments d'évaluation de tous les critères génériques et spécifiques à l'établissement.

Ce qu'il faut savoir

Le dispositif de cotation se construit par étapes ; à partir de l'agrégation des résultats des éléments d'évaluation puis par un calcul de moyenne successif de ceux-ci par critère, par objectif, dont résultera la note globale de satisfaction au référentiel de l'établissement. Tous les résultats s'expriment en pourcentage.

Étape 1 : l'intégration des résultats d'un élément d'évaluation d'un critère

Pour chaque élément d'évaluation, dans une grille, l'évaluateur coche :

- « Oui » si l'élément d'évaluation est totalement satisfait ;
- « Non » si l'élément d'évaluation est non satisfait ;
- « NA » lorsque l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou que l'évaluateur n'est pas en mesure de l'évaluer ;
- « RI » lorsque le patient donne une réponse inappropriée à l'évaluateur.

Le résultat d'un élément d'évaluation est obtenu en agrégeant toutes les évaluations de cet élément pour toutes les séquences réalisées. Il comptabilise le ratio rapporté à 100 : nb d'évaluations positives/nb d'évaluations. Les réponses « Non applicable » ou « Réponse inadaptée » ne sont pas comptabilisées et donc n'affectent pas la note globale obtenue.

Exemple : pour un élément d'évaluation, les évaluateurs réalisent 12 patients traceurs. Ils obtiennent donc 12 réponses : huit « Oui » et deux « Non », une « non applicable », une « Réponse inadaptée ». Le résultat de l'élément d'évaluation est donc de 80 % (huit « Oui » pour dix réponses valides : « Oui » ou « Non »).

Étape 2 : la cotation d'un critère

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses éléments d'évaluation.

Étape 3 : la cotation d'un objectif

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses critères standard et impératifs. Les notes des critères avancés n'entrent pas dans cette cotation. Ils sont pris en compte pour attribuer une mention à l'établissement certifié.

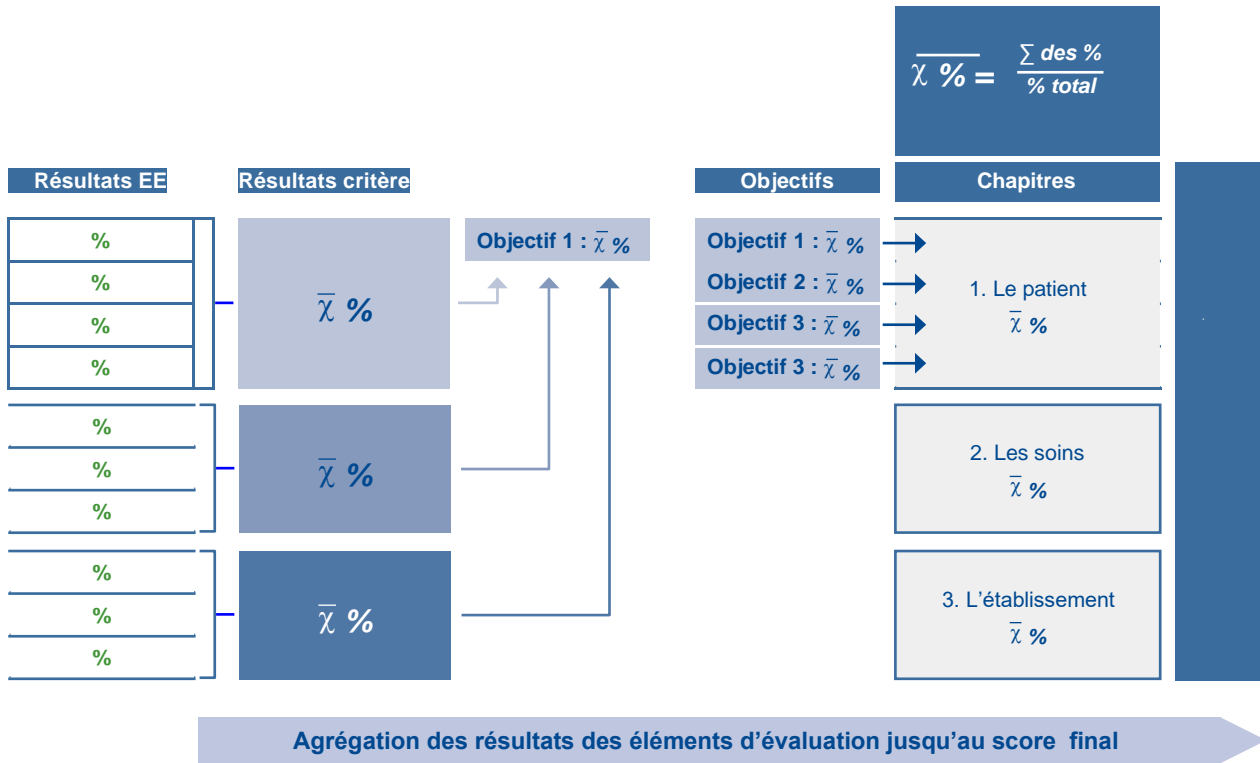
Étape 4 : la cotation d'un chapitre

Elle est obtenue en calculant la moyenne des notes attribuées à ses objectifs.

Étape 5 : la note globale de l'établissement

Elle correspond à la moyenne des notes des trois chapitres. Le résultat est déterminé si et seulement si l'ensemble des éléments d'évaluation des critères applicables à l'établissement dispose d'une note.

Le schéma ci-dessous présente de manière illustrée le dispositif.



Règles de rédaction des synthèses du rapport de visite

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les principes de rédaction des synthèses du rapport de visite.

► Pour bien commencer

Une synthèse est rédigée pour chacun des trois chapitres :

- le patient ;
- les équipes de soins ;
- l'établissement.

Ces synthèses sont intégrées dans le rapport de certification publié sur le site Internet de la HAS.

📄 Ce qu'il faut savoir

Le coordonnateur, chargé de la rédaction de la synthèse, s'appuie sur :

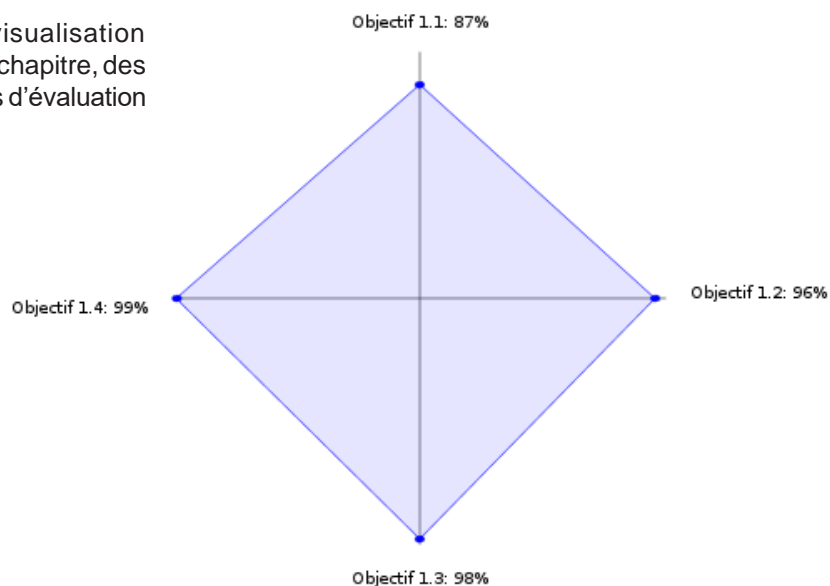
- les résultats des évaluations restitués sous forme de radar.
- les éventuelles fiches anomalies ;
- les échanges que l'équipe a eu avec les professionnels et les patients au fil de la visite ;
- les consultations documentaires ;
- etc.

La synthèse explique et illustre les résultats des évaluations faites pendant la visite en support des représentations graphiques produites sous forme de radar.

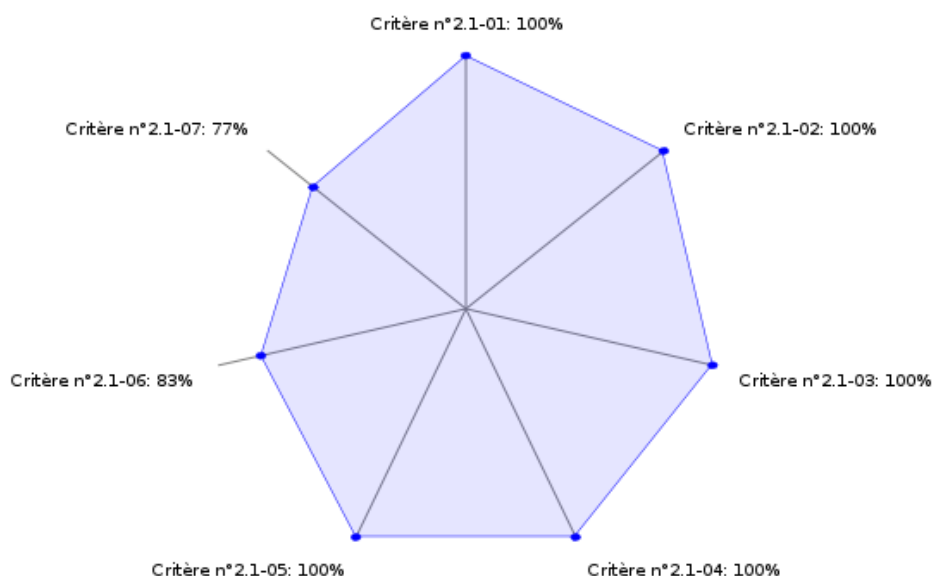
Présentation graphique des résultats

CALISTA permet d'obtenir une visualisation graphique des résultats au niveau du chapitre, des objectifs, des critères et des éléments d'évaluation (onglet « Graphes »)

Exemple : chapitre 1 – Le patient



Exemple : chapitre 2 – Les équipes de soins / Objectif 2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



CALISTA permet aussi d'obtenir une visualisation des résultats sous forme de tableau de bord au niveau du chapitre, des objectifs, des critères et des éléments d'évaluation (onglet « Résultats »).

Titre			
✓ Chapitre 1	Le patient		94,99%
✓ Objectif 11	Le patient est informé et son implication est recherchée.		86,80%
✓ Critère n°11-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques		94,73%
› Elément d'évaluation Crit.11-	Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé		90,91%
› Elément d'évaluation Crit.11-	Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa		100,00%
› Elément d'évaluation Crit.11-	L'équipe témoigne de l'information donnée au patient.		96,77%
› Elément d'évaluation Crit.11-	Les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension.		100,00%
› Elément d'évaluation Crit.11-	Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants.		96,36%
› Elément d'évaluation Crit.11-	Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques. (ex : Charte Romain Jacob).		84,31%

Conseils et bonnes pratiques de rédactions

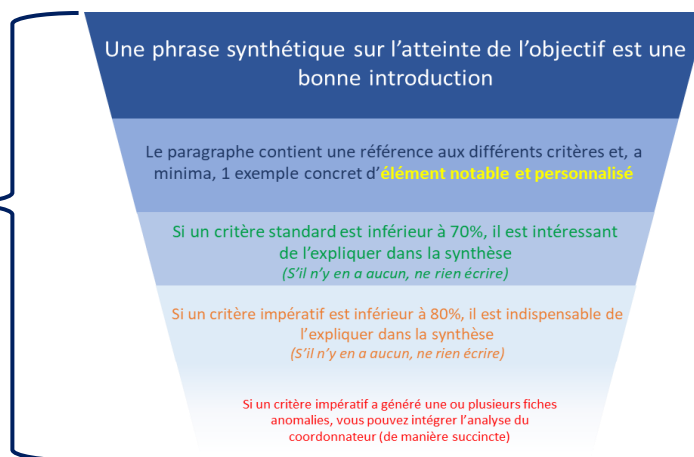
La synthèse explique et illustre les résultats des évaluations faites pendant la visite en support des représentations graphiques produites sous forme de radar. Elle doit être adaptée à chaque cible : que cherche à savoir un patient qui lit la synthèse du chapitre 1 ? Que cherche à savoir une équipe de soins qui lit la synthèse du chapitre 2 ? Que cherche à savoir une gouvernance (administrative, médicale et soignante) qui lit le chapitre 3 ?

Les grands principes :

- les synthèses doivent éclairer la lecture et l'interprétation des résultats ;
- chaque chapitre doit être structuré « objectif par objectif » ;
- chaque objectif est un paragraphe construit sur le modèle de l'entonnoir (cf. schéma n° 1).

schéma n° 1

1 objectif =
1 paragraphe =
1 entonnoir



- la synthèse doit être personnalisée, sans être excessivement détaillée, et doit éviter le copier-coller des intitulés de critères pour privilégier quelques exemples concrets d'illustration propres à l'établissement ;
- les faibles résultats aux critères avancés ne sont pas mentionnés ;
- s'il existe des fiches anomalies, elles n'ont pas vocation à être reprises intégralement dans la synthèse. Un résumé des faits, des risques qu'ils engendrent pour le patient/les professionnels et des actions mises en place par l'établissement pour réduire ces risques suffira viendront alimenter la synthèse.

Quelques règles à respecter

- La synthèse est publiée sur le site Internet de la HAS et donc disponible pour le grand public. Elle doit être rédigée dans un langage précis (pas d'acronyme non détaillé), clair, accessible, mesuré, sans jugement de valeur.
- La synthèse ne doit pas être prescriptive (« L'établissement devrait... », « Il aurait fallu que... »), ni orienter l'établissement sur des méthodes. En effet, cette certification étant orientée vers le résultat, l'établissement est libre d'utiliser la méthode qu'il souhaite pour l'atteindre.
- La synthèse ne doit pas être « méthodologiste » : elle ne doit pas faire référence aux méthodes mobilisées pendant la visite. Ainsi, il faudra éviter les formules « dans le cadre du patient traceur n° 4 », « Lors des audits système, les professionnels... ». Il sera préféré des formulations « Lors de rencontres avec des patients », « Lors de rencontres avec des professionnels du service de pneumologie », etc.

Des délais à respecter



Comment exprimer sa satisfaction sur le déroulement de la visite ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche présente les modalités d'expression de la satisfaction de l'établissement sur le déroulé de la visite à l'issue de sa réalisation.

En pratique

Il s'agit d'un recueil de données provenant de différentes sources (chef de projet, établissement, experts-visiteurs [EV, MPT, coordonnateur] et dont les résultats agrégés et analysés permettront de mesurer la satisfaction des différentes parties prenantes sur la réalisation de la mission.

Ces données sont recueillies sous la forme de questionnaires dans CALISTA à partir du lien qui lui est adressé. Il dispose de 6 semaines pour le renseigner.

Il y a cinq échelles pour les modalités de réponse :

1 – Pas du tout utile, 2 – Peu utile, 3 – Plutôt utile, 4 – Très utile

1 – Pas du tout adapté, 2 – Peu adapté, 3 – Plutôt adapté, 4 – Très adapté

1 – Difficultés très impactantes, 2 – Difficultés moyennement impactantes, 3 – Difficultés peu impactantes,
4 – Aucune difficulté impactante

1 – Pas du tout satisfait, 2 – Plutôt insatisfait, 3 – Satisfait, 4 – Tout à fait satisfait

La satisfaction globale est appréciée selon une échelle à 10 niveaux (0 = pas du tout satisfait à 10 = tout à fait satisfait)

Mesure de la satisfaction de l'établissement

Trois thèmes sont ciblés dans le questionnaire :

- le programme de la visite : respect global, anticipation des ajustements en visite, adaptation
- la pédagogie des experts-visiteurs : appréciation de la clarté des explications (sur les objectifs de la visite, sur les attendus du référentiel, dans les restitutions...);
- les investigations : appréciation sur la conduite des méthodes (respect méthodologique) et sur la communication et la qualité des échanges entre les professionnels et les experts-visiteurs, dans le respect de la charte de déontologie de l'expert-visiteur.

Pour conclure, un commentaire sous forme de texte libre est obligatoire au cas où une appréciation correspond à « pas du tout », « plutôt satisfait » ou si la note de la satisfaction globale est inférieure à 5. Le commentaire est facultatif dans les autres cas.

Mesure de la satisfaction de l'expert-visiteur et du médecin centré patient traceur

À l'issue de la visite, chaque expert-visiteur et chaque médecin centré patient traceur missionnés expriment leur avis sur :

- la qualité des données préparatoires à la visite en évaluant si elles ont été suffisantes pour la bonne conduite des évaluations qui ont été confiées ;

Fiche pratique opératoire_V7

- les informations sur l'utilisation de CALISTA ;
- l'adaptation du dimensionnement de la visite et de la composition de l'équipe ;
- le contexte de la visite (accueil, adhésion, disponibilité des équipes de terrain et encadrantes de l'établissement, conditions de restitution) ;
- les conditions de l'hébergement hôtelier avec commentaire possible ;
- la coordination des séquences d'échanges entre experts-visiteurs ;
- le déroulement global de la visite.

Remplir le questionnaire de satisfaction à l'issue de chaque visite effectuée est un attendu obligatoire de la mission d'expert-visiteur.

Mesure de la satisfaction du coordonnateur de la visite

À l'issue de la visite, le coordonnateur exprime sa satisfaction, comme les autres experts, sur :

- la qualité des données préparatoires à la visite en évaluant si elles ont été suffisantes pour la bonne conduite des évaluations qui ont été confiées ;
- les informations sur l'utilisation de CALISTA ;
- l'adaptation du dimensionnement de la visite et de la composition de l'équipe ;
- le contexte de la visite (accueil, adhésion, disponibilité des équipes de terrain et encadrantes de l'établissement, conditions de restitution) ;
- la disponibilité des personnes à auditer ;
- les conditions de l'hébergement hôtelier avec commentaires possible ;
- le déroulement de la visite.

À ces éléments s'ajoute, pour chaque expert, un éventuel conseil en développement de compétences pour la bonne réalisation de ses prochaines missions (Préparation de visite ; Conduite des méthodes d'évaluation ; Restitution synthétique du résultat des évaluations ; Qualification et argumentation des fiches anomalies ; Communication).

Le coordonnateur peut également recommander un expert pour la mission de coordonnateur et un EV MPT à la mission d'EV. Il dispose d'une case « observations » pour transmettre les informations qu'il juge utile de communiquer.

Les informations recueillies sont analysées :

- par l'équipe Formation pour amender le programme des formations ou inscrire un expert à une formation ;
- par l'équipe Ressources EV pour proposer des changements de niveau.

La complétude du questionnaire par le coordonnateur est une condition à la validation de la visite.

Mesure de la satisfaction du chef de projet HAS (correspondant de l'établissement)

À l'issue de la visite, le chef de projet évalue :

- le respect des délais pour les livrables attendus avant (calendrier...) et après la visite (rapport de visite) ;
- la qualité rédactionnelle des fiches anomalie et des synthèses par chapitre ; l'objectif étant de comprendre la problématique avec le moins d'intervention possible de la part du CP.

À défaut de remplissage du questionnaire, le CP ne pourra pas inscrire le dossier à l'ordre du jour de la CCES.

La HAS agrège les résultats, produit une analyse par visite et en global, et met en place, le cas échéant, des actions pour améliorer la satisfaction de chaque partie prenante.

Comment formuler et adresser ses observations à la HAS ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche précise les attendus en matière d'observations au rapport de visite.

Pour bien commencer

À réception du rapport de visite, l'établissement dispose de 1 mois pour commenter et formuler ses observations sur le rapport de visite des experts-visiteurs. Cette étape se déroule dans CALISTA. Sa mise en œuvre est assujettie à la réponse au questionnaire de satisfaction proposé à l'issue de la visite.

En pratique

L'établissement peut formuler des observations sur les analyses faites par les experts-visiteurs sur chaque chapitre et sur les éventuelles fiches d'anomalies. Les observations doivent avant tout porter sur les éléments contenus dans les synthèses et/ou fiche anomalie éventuelle. Il s'agit de compléter les descriptions et éléments constatés et restitués en visite. Elles éclaireront la HAS dans sa prise de décision.

Les observations ne peuvent pas porter sur les réponses aux grilles d'évaluation complétées pendant la visite.

En cas d'actions définies et déjà mises en œuvre à la suite de la visite, il est possible d'en faire état dans les observations.

Néanmoins, ces éléments complémentaires ne seront pas de nature à supprimer du rapport ce qui a été constaté en visite, mais ils témoigneront d'une dynamique d'amélioration.

La phase d'analyse des observations est conduite par le chef de projet en charge de la démarche en collaboration avec le coordonnateur de la visite et la Commission de certification des établissements de santé afin d'arbitrer si les observations doivent être acceptées, acceptées partiellement ou refusées. Le chef de projet se réserve la possibilité de demander des éléments de preuve s'il le juge nécessaire. Ces derniers sont envoyés par mail au chef de projet et à l'assistante gestionnaire en charge de la démarche.

Nous vous conseillons de structurer vos observations en trois parties :

- votre argumentaire précisant en quoi la formulation est inadéquate ou erronée ;
- votre souhait. Par exemple : suppression de la phrase « XXX », reformulation de la phrase « XXX » en « YYY », ajout de « ZZZ » après/avant la phrase « WWW » ;
- la liste des éventuels documents de preuve liés à votre argumentaire.

Ainsi, le rapport de visite est complété, corrigé ou conforté par les arbitrages faits sur les observations de l'établissement

pour produire un pré-rapport. Ce pré-rapport permet à la commission de certification d'adopter le rapport de certification et rendre sa décision.

Les représentants des usagers dans la certification pour la Qualité des soins

Cibles prioritaires **RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à décrire les éléments de contexte et enjeux relatifs à l'implication des représentants des usagers dans la certification.

Pour bien commencer

« Faire de l'engagement des usagers une priorité » compose l'axe 2 du projet stratégique 2019-2024 de la HAS. Ainsi, l'engagement du patient est un des enjeux structurants du référentiel de la nouvelle version de certification.

Ce qu'il faut savoir

La loi du 22 août 2002 a consacré les droits pour les patients. Au-delà des aspects réglementaires, c'est l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué au cours de ces dernières années. D'un individu passif dans sa prise en charge, celui-ci a évolué vers un patient disposant de droits, puis enfin à un patient partenaire dans sa prise en charge, voire dans certains cas un patient-expert ou un pair aidant.

Cette évolution a été accompagnée, au sein de chaque établissement de santé, par la commission des usagers (CDU), chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la sécurité des soins des patients.

Il est donc essentiel pour la HAS de renforcer l'engagement des patients dans la certification en appréciant les modalités déployées au sein des établissements de santé sur le sujet et en renforçant l'implication des représentants des usagers (RU) dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et à toutes les étapes de la procédure de certification.

Au-delà de cet enjeu sur l'engagement du patient, d'autres enjeux ont guidé le développement de la certification.

Le développement de la culture de la pertinence intéresse les usagers car au-delà des coûts entraînés par les examens et actes inutiles estimés de 25 % à 30 %, il en va de la sécurité du patient si le professionnel lui fait prendre des risques inutilement. L'enjeu est donc individuel et collectif. Après avoir amélioré les soins, les accompagnements et les parcours, les professionnels, au regard des résultats obtenus, doivent se poser maintenant les questions suivantes :

- Les soins délivrés étaient-ils tous utiles ?
- Y avait-il une alternative ?
- Les soins délivrés ont-ils toujours été bénéfiques ?
- Le patient a-t-il participé à la décision ?
- Le patient a-t-il été suffisamment informé ?

Les gouvernances peuvent se poser des questions similaires dans le champ des orientations stratégiques au regard des responsabilités qu'elles ont pour répondre aux besoins de la population.

Le développement du travail en équipe : c'est la partie de l'iceberg que l'utilisateur ne voit pas. Mais bien des études ont montré que les résultats pour le patient dépendent bien de la coordination des professionnels entre eux, du partage des informations et du fonctionnement dans l'équipe.

L'évolution du système de santé conduit aussi à une indispensable coordination territoriale entre offreurs de santé sanitaires et médico-sociaux quels que soient leurs lieux d'exercice, leur statut (public, privé à but lucratif ou pas) ou leur organisation (groupement).

Il est décidé qu'à l'instar de la V2014, la HAS met à disposition des usagers et de leurs représentants des éléments informatifs et méthodologiques concernant le référentiel, les modalités opérationnelles de la procédure, les diverses modalités d'engagement des patients.

Ces éléments complètent la recommandation relative à l'engagement du patient au sein du système de santé « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire ». HAS – Septembre 2020.

Ces fiches pratiques sont élaborées par et pour les représentants des usagers. Mais elles intéressent aussi les professionnels des établissements de santé, ainsi que les experts-visiteurs (EV) lors de la visite de certification.



Un support d'information et de communication synthétique sous forme d'un diaporama est mis à disposition sur le site Internet de la HAS à destination des représentants des usagers.

Oser s'impliquer dans la certification, pourquoi, comment ?

Cibles prioritaires **RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche explique l'intérêt et ce qu'il convient de faire pour s'impliquer dans la certification afin de faire valoir le point de vue des usagers.

L'implication des représentants des usagers : pourquoi ?

La HAS, au fil des précédentes versions, a favorisé l'implication des représentants des usagers puis plus largement d'autres profils d'usagers. Le partenariat est devenu essentiel entre les représentants des usagers, les associations, les professionnels de santé et les responsables managériaux.

Il est indispensable pour la HAS que les représentants des usagers puissent prendre pleinement leur place dans la certification pour que leur engagement dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins garde tout son sens. Cela nécessite d'accompagner cette expression afin qu'elle trouve place non seulement dans la certification mais également dans la démarche et la politique des établissements au quotidien.

L'implication des représentants des usagers dans la procédure de certification contribue à la transparence de la procédure et favorise la confiance en la certification.

La participation des représentants des usagers aux démarches internes d'évaluation et d'amélioration avant la visite renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle permet d'analyser les éléments factuels, certes sur la base d'indicateurs, mais avec des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses.

Le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

À terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le représentant des usagers en légitimité.

L'implication des représentants des usagers dans la certification participe à l'ouverture d'un nouvel espace de dialogue et d'information lié à la démarche qualité et sécurité des soins et à la promotion des approches centrées sur le patient.

L'objectif de la certification vise une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des patients et est de fait en adéquation avec les missions de la CDU.

Les enjeux de la qualité ne se traitent pas uniquement par un abord technique ou professionnel ; ils nécessitent d'être mis en discussion au regard des questions de l'utilisateur, impliquant l'expression d'un point de vue extérieur.

L'implication des représentants des usagers permet d'enrichir la mise en œuvre des méthodes, notamment celle du patient traceur. Porte-parole de l'expérience et des attentes des usagers, les représentants des usagers s'assurent de la prise en compte de l'expression des usagers et de la valeur accordée à leur vécu, lors d'un parcours de soins ou d'une consultation.

L'implication des représentants des usagers dans la certification renforce leur engagement dans les droits collectifs et individuels des usagers.

Elle favorise la construction d'une dynamique pour faire connaître et faire évoluer l'application des droits des usagers dans les cultures professionnelles et les établissements.

Elle favorise la collaboration et le décloisonnement de deux mondes qui doivent mieux se connaître, représentants des usagers et professionnels de l'établissement, pour construire un partenariat autour des enjeux de qualité et de sécurité des soins et avec des valeurs communes (respect mutuel, transparence...) dont la résultante est la confiance.

 **En pratique**

Osez vous impliquer dans la certification !

Étapes	Description
Inscrivez-vous dans une dynamique collective	Tous les représentants des usagers de l'établissement et les bénévoles associatifs sont concernés.
Collaborez avec les professionnels	La démarche de certification, qui conduit à faire un « arrêt sur image » tous les 4 ans avec la visite des experts-visiteurs, permet de renforcer les liens existants et d'en créer de nouveaux en collaborant au quotidien en toute confiance.
Impliquez-vous	N'hésitez pas à interpeller l'institution pour comprendre, pour participer et répondre à ses sollicitations. Impliquez-vous au fil du temps dans les démarches intermédiaires qui préfigurent la visite (recommandations de la commission des usagers [CDU], évaluations internes...).
Faites en fonction de vos objectifs et de vos moyens	Choisissez en priorité dans le référentiel ce pourquoi vous êtes là : <ul style="list-style-type: none"> - la place laissée à l'expression du patient et/ou de ses proches pour permettre leur engagement et leur participation ; - la place laissée à la représentation des usagers et aux associations de patients ou d'accompagnement dans la stratégie mise en place pour répondre aux besoins de santé de la population de son territoire ; - la garantie de l'accessibilité et de la sécurité des soins des usagers.
Assurez-vous d'avoir des données factuelles	Veillez en CDU à avoir les informations qui concernent cette instance et à avoir des données factuelles. Veillez à suivre les évolutions de l'évaluation interne sur les critères que vous aurez priorisés au regard des résultats pour le patient.
Soyez force de proposition dans le cadre de votre mandat	Vous n'êtes pas des professionnels de santé mais vous devez faire valoir vos propres compétences et être en capacité de mettre en évidence des éléments positifs et des dysfonctionnements du point de vue des usagers.

Les sources d'information mobilisables par les représentants des usagers pour pouvoir s'impliquer

L'accès réglementaire et légitime à certaines sources d'information peut nécessiter parfois une argumentation et une négociation avec les professionnels de santé. Sa formalisation dans le règlement intérieur de la CDU facilite les choses. Le précédent guide de la HAS « S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers » (juillet 2015), destiné aux représentants des usagers, fait un inventaire des sources d'information possibles et mobilisables par ces représentants. Ces sources d'information et points de vigilance sont toujours d'actualité.

Au travers des résultats qu'elles produisent et qu'elles reflètent, elles permettent de prendre en compte effectivement les retours d'expérience des usagers et de leurs représentants pour ce qui est de leur place dans la vie institutionnelle :

- engagement des uns rendu possible par les conditions dans lesquelles ils sont placés pour faire face à des situations qui les rendent toujours vulnérables (respect des droits, expression d'une institution bienveillante et pas seulement une manifestation militante utilisée en dernier ressort) ;
- implication des autres dans le cadre d'un engagement citoyen.

L'implication des représentants des usagers est effective si :

- ils sont informés dans un langage accessible ;
- ils sont écoutés et consultés ;
- ils sont sollicités pour participer ;
- ils s'inscrivent dans la dynamique lorsqu'ils sont sollicités ;
- ils sont force de proposition ;
- leur avis est pris en compte ;
- ils ont accès aux résultats.

Le rapport de la CDU d'après les recommandations du ministère comprend deux parties.

L'analyse des données issues de l'expression des usagers :

- les retours d'expérience du patient : courriers, PREMS PROMS, enquêtes... indicateur de satisfaction et d'expérience patient MCO, indicateur de satisfaction et d'expérience patient (chirurgie ambulatoire, enquête de satisfaction dans d'autres secteurs) ;
- les CR de la CDU et le rapport ;
- les observations des associations et les recueils auprès des usagers dans les permanences ;
- les observations des patients experts engagés dans des programmes d'ETP ;
- les résultats de l'évaluation externe HAS ;
- les autres occasions de recueil de l'expression des usagers : les réclamations indemnitaires, les résultats des « patients traceurs » et les actions entreprises.

L'analyse des données issues de l'activité de l'établissement

- les événements indésirables et événements indésirables graves ;
- les IQSS ;
- la prise en charge de la douleur ;
- les résultats des évaluations portant sur le respect des droits diligentés par les professionnels : patients traceurs, analyse des EIAS, recherche de la personne de confiance ou des directives anticipées, taux de remise de la lettre de liaison à la sortie, etc.
- les délais d'attente, etc.

Pour aller plus loin

Un document est à disposition sur le site Internet de la HAS :

- Guide HAS de juillet 2015 à destination des représentants des usagers (RUs), [« S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers »](#)

Implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1

Cibles prioritaires **RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche retrace l'historique de l'implication des représentants des usagers dans la certification depuis la V1.

Pour bien commencer

La HAS a toujours privilégié la promotion des droits des patients et l'association des usagers, des représentants institutionnels, des associations de patients, dans le cadre des différentes versions de la certification, consciente de l'important levier qu'ils représentent en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce qu'il faut savoir

Dès la première version du manuel de certification, tout un chapitre du référentiel portait sur les droits et l'information du patient. Dès la deuxième version, un critère relatif à la participation des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement a été créé.

Quant au manuel V2010, applicable pour la troisième et quatrième version, les exigences ont été renforcées, soutenant une implication des usagers, de leurs représentants et des associations.

Il est attendu que l'implication des usagers soit effective à trois niveaux :

- celui de la représentation institutionnelle, notamment dans le cadre de la CDU ;
- celui de l'action des associations conventionnées avec l'établissement (associations de patients, de visite, d'accompagnement de personnes handicapées, de consommateurs et de familles) ;
- celui de l'écoute et du recueil des attentes des usagers. L'élaboration des projets de l'établissement est l'occasion d'entendre les usagers eux-mêmes selon des modalités qui peuvent être diverses : sondages ou enquêtes spécifiques, focus group, jury citoyen, etc.

Dans le cadre des différentes versions, les consignes méthodologiques transmises aux établissements dans leur phase d'autoévaluation préconisaient puis ont imposé la participation des usagers aux groupes d'autoévaluation ou au compte qualité.

Cette participation était une condition de satisfaction à la procédure pour la deuxième version.

Quant à la visite de certification réalisée par les experts-visiteurs, la participation des représentants des usagers a été renforcée et s'organise de la façon suivante :

- présence à la rencontre d'ouverture et au bilan de fin de visite ;
- un temps de rencontre de 1 heure planifié au début de la visite pour permettre aux représentants des usagers de présenter leur analyse de la situation sur les principales thématiques investiguées en visite ;
- une rencontre lors des audits processus si les représentants des usagers ont été associés au pilotage de la thématique, ce qui peut être le cas notamment pour la thématique « Droits des patients » ;
- présence aux bilans journaliers à l'initiative du directeur.

Une enquête a été réalisée en 2016 auprès des représentants des usagers, des établissements de santé et des experts-visiteurs, pour mieux appréhender les différentes modalités et le niveau d'implication des représentants des usagers dans les démarches qualité en général et dans la certification des établissements de santé en particulier.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2708167/fr/faire-valoir-le-point-de-vue-des-usagers-dans-la-certification

Les résultats ont montré :

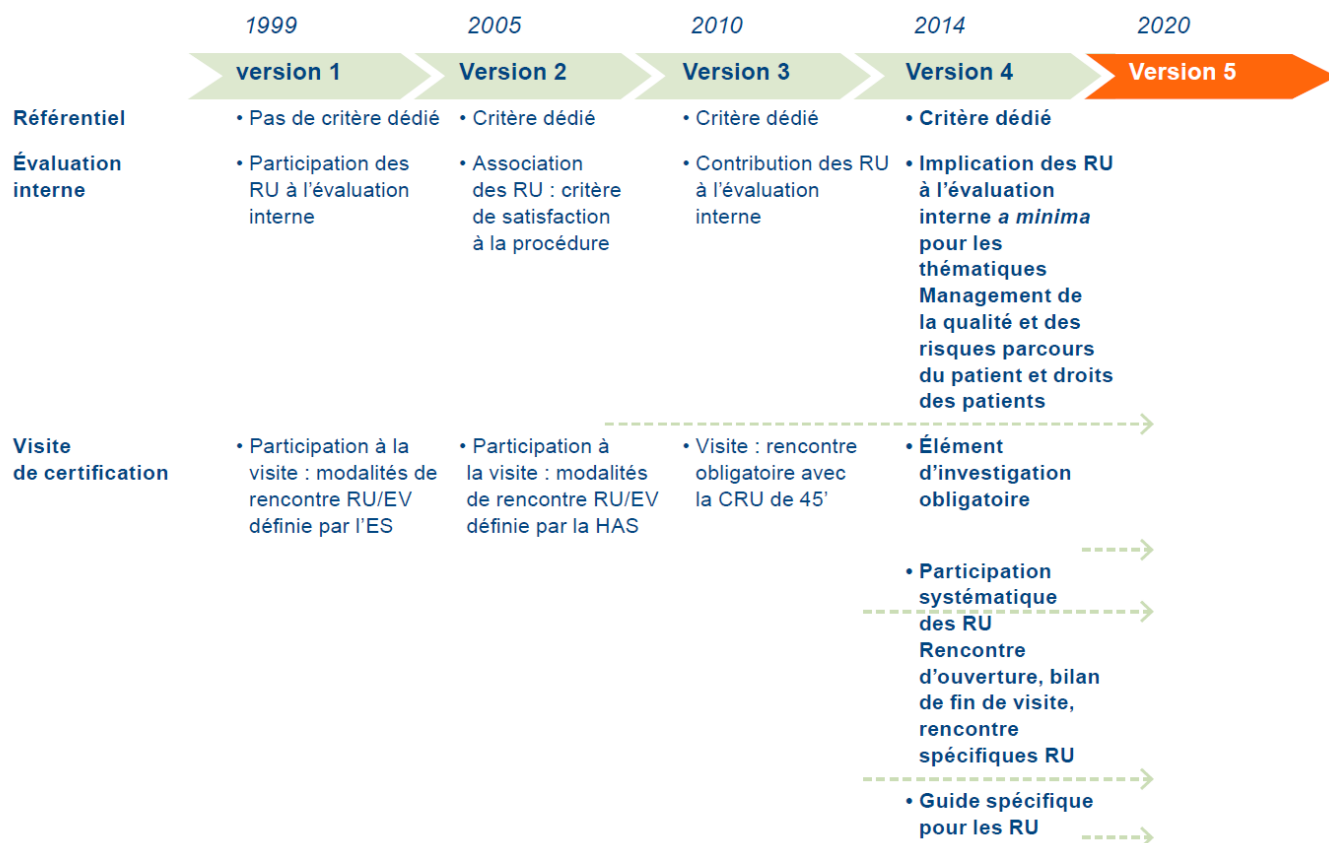
- une participation croissante des représentants des usagers, encore majoritairement ancrée sur la thématique du droit des patients mais qui tend à s'élargir aux thèmes liés au parcours du patient, au management de la qualité et à la gestion des risques, à la douleur et à la fin de vie ;
- un engagement croissant des représentants des usagers dans le processus de certification, mais dont la valorisation reste insuffisante ;
- une convergence de points de vue entre les représentants des usagers et les établissements pour établir un constat positif mais une appréciation plus réservée de la part des experts-visiteurs.

Sur la base de ces résultats, des retours d'expérience, des évolutions sociétales marquées par une implication croissante des usagers, la HAS poursuit ses travaux pour soutenir cette politique et accroître l'implication des représentants des usagers.

Ainsi, dans le cadre de la certification, le développement de l'engagement des patients est un des enjeux structurant le référentiel.

Il est donc essentiel pour la HAS de promouvoir l'engagement des patients dans la certification en appréciant les modalités déployées au sein des établissements de santé sur le sujet et en renforçant l'implication des représentants des usagers (RU) dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et à toutes les étapes de la procédure de certification.

L'implication des représentants d'usagers depuis 1999



Les représentants des usagers à toutes les étapes de la certification pour la qualité des soins

Cibles prioritaires **RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche donne les informations visant à s'approprier la place et le rôle des représentants des usagers dans la certification pour la qualité des soins.

Pour bien commencer

La HAS est convaincue que l'implication des représentants des usagers dans la certification est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Chacun poursuivant ces mêmes objectifs, le partenariat se construit entre les représentants des usagers et les professionnels de santé, les responsables médicaux et managériaux.

Ce qu'il faut savoir

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et de ses faiblesses.

Une réelle implication des représentants d'usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

À terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le représentant des usagers en légitimité.

La participation des représentants des usagers à l'évaluation interne

Les représentants des usagers contribuent à l'évaluation interne au regard des attendus du référentiel.

Ils participent à la cotation de chaque critère applicable à l'établissement. Leur rôle ne se cantonne pas exclusivement aux droits des patients mais à toutes les étapes de la prise en charge qui met en relation un professionnel et un usager.

L'implication des représentants des usagers lors de la visite de certification

La visite des experts-visiteurs mandatés par la HAS se déroule sur une durée de 3 à 5 jours généralement. Leur programme de visite est envoyé à l'établissement quelques semaines auparavant. Il se structure autour de temps d'échanges entre l'équipe des experts-visiteurs et la gouvernance de l'établissement, la mise en œuvre des méthodes d'investigation.

La présence des représentants des usagers est prévue à différents temps.

- Lors de la réunion d'ouverture : la direction, le président de la CME, les représentants des usagers, les experts-visiteurs se présentent. Cette rencontre permet à l'établissement de présenter ses missions et son organisation générale. Les experts-visiteurs rappellent le cadre et les enjeux de la visite.
- Lors de la rencontre spécifique entre les représentants des usagers et un des experts-visiteurs : cet échange de 1 heure a pour objectif de recueillir l'expérience des représentants des usagers et de contribuer de manière complémentaire et spécifique à l'évaluation de certains critères.

Il est conduit sur la base d'un guide d'entretien.

- Les points d'étape : il s'agit de temps de rencontres quotidiens qui permettent aux experts-visiteurs de faire le point sur les constats qu'ils ont pu effectuer la veille, recueillir éventuellement des éléments complémentaires et organiser la journée à venir.
- Lors de la séance de restitution plénière : les représentants d'usagers participent à cette séquence de 1 heure en fin de visite, qui a pour objectif de présenter les résultats quantitatifs et qualitatifs par chapitre du référentiel.
Cette séance est riche d'enseignements sur les forces et les pistes d'amélioration de l'établissement mais ne donne pas lieu à des échanges entre les experts-visiteurs et l'établissement.

Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers

Cibles prioritaires **EV/RU**

À savoir

Les représentants des usagers : qui sont-ils ?

→ Représentants des usagers en CDU

Issus d'associations de patients, familles ou consommateurs, agréées du système de santé.

Ils siègent dans des instances du système de santé et notamment au sein des établissements de santé, où ils veillent, en commission des usagers (CDU), au respect des droits du patient et à l'élaboration de la politique qualité et sécurité des soins.

Ils sont tenus au secret professionnel, du fait de leur mandat.

La réglementation prévoit qu'ils puissent entre autres :

- être contactés directement par les usagers, les accompagner, les informer, les orienter ;
- assister à une médiation, à la demande de l'utilisateur ;

Ils peuvent aussi être associés et participer au comité de pilotage, aux commissions et groupes de travail des établissements de santé publics et privés.

→ Associations de patients

L'action des associations au sein des établissements de santé fait l'objet d'une convention passée entre l'association et l'établissement qui est évaluée régulièrement.

Les bénévoles de l'association de patients peuvent mettre en place des actions d'information, de prévention, de formation (exemple : programme ETP), de soutien et d'accompagnement à destination des usagers.

Les associations conventionnées sont invitées au moins une fois par an en CDU à faire part de leurs observations.

Elles participent au projet des usagers porté par la CDU, s'il existe.

Pour aller plus loin

- [Le représentant des usagers du système de santé](#) (France Assos santé, fiche pratique)
- [Où siègent les représentants des usagers dans les instances de santé ?](#) (France Assos santé, fiche pratique)
- [La commission des usagers : son rôle dans l'examen des plaintes](#) (France Assos santé, fiche pratique)
- Accéder à [toutes les fiches pratiques de France Assos Santé](#)
- [S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers](#), guide HAS 2015
- [Construire et faire vivre le projet des usagers en établissement de santé](#)
- [Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire](#), HAS 2020

Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers

Le guide propose des questions à adapter selon le contexte, lors de la séance d'échanges entre experts-visiteurs (EV) et représentants des usagers (RU), prévue lors de la visite de certification de l'établissement de santé.

Les questions posées sont rattachées aux éléments d'évaluation (EE) du référentiel. Les réponses apportées contribuent à l'évaluation des critères concernés.

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

EE : Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience des patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers.

- Les résultats des différentes enquêtes de satisfaction des patients (indicateur de satisfaction et d'expérience patient et questionnaires de sortie) vous sont-ils communiqués ?
- Contribuez-vous à leur analyse ?
- Participez-vous à l'élaboration d'autres enquêtes de satisfaction ?
Exemples : livret d'accueil, délais d'attente en consultation, sortie du patient, autres selon les structures.
- Êtes-vous associés à l'élaboration et la mise en œuvre des démarches pour recueillir l'avis ou la perception des patients sur leur expérience (PREMS), et les résultats de leurs traitements sur leur santé (PROMS) ?
Exemples : questionnaires pour prothèse totale de hanche ou genou programmée...

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

EE : Des actions mobilisant l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...).

- Participez-vous à :
 - des démarches d'information et de formation de professionnels et/ou de patients ?
 - la construction ou la mise en œuvre de programmes d'ETP ?
 - des démarches de soutien individuel ou collectif de patients en difficulté ?
 - des actions d'améliorations de la qualité et de la sécurité de soins ?
 - des programmes de recherche clinique ?

3.2-11 L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

EE : Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement.

- Considérez-vous avoir été accueillis et intégrés lors de votre arrivée dans cet établissement ?
Si oui, comment ?
Exemples : organisation d'une réunion d'accueil, journée de formation, journée d'information, journée d'intégration, visite de l'établissement et des services, remise de documents utiles en CDU, etc.
- Considérez-vous que l'établissement mette les moyens matériels pour faciliter votre mandat ?
Exemples : badge d'accès, badge d'identification, accès au self à des tarifs préférentiels, place de parking, mise à disposition d'un bureau, connexion Internet, accès à CALISTA, concertation en amont des réunions pour le calendrier de la CDU, accès à la lettre d'informations ou au journal interne de l'établissement.

- Considérez-vous que les modalités organisationnelles facilitent vos échanges avec les équipes : direction, professionnels des secteurs d'activité ?
Exemples : échanges avec les membres de la direction qualité, professionnels ou patients.
- Intervenez-vous lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants ?
- Avez-vous un temps dédié spécifique dans la journée pour présenter les RU ?
Exemples : accueil des internes ou autres professionnels.
- Intervenez-vous lors des formations auprès des étudiants ?
Exemples : interventions en IFSI, écoles de sages-femmes, aides-soignant(e)s.
- Assistez-vous régulièrement aux instances réglementaires ?
Exemples : CS ou CA, CDU, CAL, le cas échéant.
- Êtes-vous associés dans d'autres lieux de concertation au-delà des instances réglementaires
Exemples : CSIRMT, CLIN, CLIAS, CLAN, CLUD, COVIRIS, comité d'éthique.
- Quel rôle avez-vous dans ces comités ?
- Vos propositions sont-elles prises en compte ?
- Êtes-vous associés à des réflexions ou démarches internes ?
Exemples : groupes de travail (exemple : GT prévention des chutes), évaluations internes et préparation de la visite de certification, semaine sécurité du patient, enquêtes, formation des professionnels, groupe de relecture des documents destinés aux patients, développement de la télémédecine, lien ville/ hôpital, etc.
- Êtes-vous associés à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ?
- Comment les associations sont-elles impliquées dans l'établissement ?
 - Les associations conventionnées avec l'établissement ont-elles été impliquées dans l'élaboration du projet des usagers, s'il existe ?
 - La place des bénévoles associatifs intervenant dans les unités de soins auprès du patient est-elle reconnue et facilitée par les équipes ?

EE : Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients par les représentants des usagers et les associations sont favorisées en concertation avec les équipes de soins.

- Mettez-vous en œuvre des actions de sensibilisation et d'information auprès des patients dans le cadre de la prévention et l'éducation dans la santé ?
Exemples : participation à des journées de sensibilisation auprès du public à l'occasion de manifestations internes : semaine sécurité des patients, journées à thème relatives à l'ETP, les dons d'organes, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, la journée internationale du rein, la journée hygiène des mains, etc.

EE : Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueil, locaux, signalisation...).

- Donnez-vous votre avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients ?
Exemples : projet architectural, accueil et accessibilité des usagers vivant avec un handicap, signalisation, hygiène, locaux, repas, prestations diverses, sécurisation des données, etc.

EE : Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves (EIG), des événements indésirables associés aux soins (EIAS), des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'indicateur de satisfaction et d'expérience patient, et participent aux évaluations des actions entreprises.

- Avez-vous accès dans un délai raisonnable aux courriers, plaintes et réclamations ? Si non pourquoi ?
- Êtes-vous informés des réponses apportées par l'établissement ?

- Avez-vous connaissance des événements indésirables graves, des événements indésirables associés aux soins, des résultats des enquêtes de satisfaction, d'indicateur de satisfaction et d'expérience patient ?
- Êtes-vous associés à l'analyse de ces retours d'expérience des patients et usagers ?
- Participez-vous aux évaluations des plans et actions entreprises et à leur suivi ?

Cadre réglementaire

L'article R. 1112-80 du code de la santé publique précise que :

« I. La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

À cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. [...]

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. À cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ; [...]

Les membres de la CDU peuvent donc accéder, à leur demande, à l'intégralité d'une plainte et à la réponse apportée mais la transmission de ces plaintes n'est pas systématique, contrairement à la synthèse annuelle des réclamations et plaintes reçues par l'établissement.

Concernant les EIGS, l'article R. R. 1112-80 prévoit que la CDU reçoit :

« f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

Les informations mentionnées au f et au g sont délivrées dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés. Elles ne comportent notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge. »

La CDU est informée de l'existence de chaque EIGS et de leur analyse dans le respect de l'anonymat des personnes concernées mais ne participe pas à cette analyse.

EE : Le projet des usagers est formalisé et articulé avec le projet médical et soignant.

- Existe-t-il un projet des usagers ?
- Est-il en lien avec les autres projets : projet médical, projet soignant, etc. ?

EE : Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge.

- Participez-vous à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge ?
Si oui, comment ?

Êtes-vous associés à l'organisation des parcours de soins dans l'établissement et au sein du territoire, au bénéfice du patient ?

Si oui, comment ?

- Quelles sont vos contributions ?

Exemples : participation au rapport annuel de la CDU, organisation des parcours de soins, développement de la notion d'expérience du patient, etc.

3.4-04 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnaire éthique par l'ensemble des acteurs

EE : Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au sein de l'établissement.

- Avez-vous été sensibilisés au questionnement éthique ?
- Avez-vous connaissance des problématiques éthiques auxquelles sont confrontés les professionnels ?
- Avez-vous connaissance d'un cadre opérationnel dédié à la réduction des ces problématiques ? Y participez-vous ?

3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

EE : Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.

- La politique institutionnelle s'appuie-t-elle sur la place des patients et des proches dans l'établissement ?
- Comment êtes-vous associés avec l'ensemble des professionnels pour participer au recueil d'expression des patients et engager des actions innovantes ?
Exemple : journées des patients et usagers au sein de l'institution.
- Avez-vous le sentiment que votre contribution est prise en compte ?
Exemples : recommandations et propositions d'amélioration intégrées et suivies dans le plan d'amélioration institutionnel, analyse des questionnaires de sortie, des plaintes, rapport annuel, etc.

3.7-03 Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

EE : Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont présentés à la commission des usagers.

- Avez-vous connaissance des indicateurs qualité et sécurité des soins ?
- Vous sont-ils présentés en CDU ?
- Participez-vous à leur analyse et leur suivi ?
- Les usagers peuvent-ils prendre connaissance de ces indicateurs au sein de l'établissement ? Si oui, comment (affichage, QualiScope – le service d'information en ligne de la HAS) ?

3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

EE : La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves et des presque accidents déclarés par l'établissement.

- Avez-vous connaissance des événements indésirables graves déclarés par l'établissement ?
- Avez-vous connaissances des presque accidents qui ont eu lieu ?
- Avez-vous connaissance des causes relatives à ces événements indésirables graves et du suivi des actions

Fiche pratique informative_IU5
mises en place ?

Comment formuler une demande de recours gracieux sur votre décision de certification ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche vise à préciser dans quelles conditions un recours gracieux est recevable, les étapes que vous devez accomplir et les étapes de l'instruction jusqu'à la notification d'une nouvelle décision.

Pour bien commencer

Le recours gracieux est recevable dès lors que deux conditions cumulatives sont réunies :

- l'établissement réalise sa demande *via* CALISTA dans les 2 mois qui suivent la réception du rapport de certification ;
- le recours gracieux porte sur les éléments qui ont fondé la décision de la Commission de certification des établissements de santé ou du Collège (fiche anomalie) ou le respect du processus décisionnel.

En pratique

À réception du rapport de certification, l'établissement de santé dispose d'un délai de 2 mois pour formuler son recours gracieux *via* CALISTA.

Comment formuler votre recours gracieux *via* CALISTA ?

Trois étapes :

- identifier la ou les fiches anomalies faisant l'objet de votre recours ou les règles du processus décisionnel qui n'auraient pas été respectées ;
- argumenter votre recours ;
- envoyer par mail au chef de projet et à l'assistante gestionnaire en charge de la démarche les éléments de preuve afin d'appuyer chaque argument.

Quelles sont les étapes de l'instruction de votre demande ?

Recevabilité de votre demande de recours gracieux

À réception de votre recours gracieux, la Haute Autorité de santé valide sa recevabilité, c'est-à-dire le respect des conditions cumulatives précitées.

Le recours gracieux n'est pas suspensif. La décision objet du recours gracieux continue de produire ses effets (délai, diffusion publique...).

Proposition de décision par la Commission de certification

La Commission de certification examine votre demande et émet une proposition en vue de l'acceptation, partielle ou totale, ou du rejet du recours. Cette proposition est transmise au Collège.

Délibération par le Collège de la Haute Autorité de santé

Le Collège de la Haute Autorité de santé délibère sur la base de la proposition de la sous-commission et peut accepter, totalement ou partiellement, ou rejeter le recours gracieux.

La décision vous est ensuite notifiée dans les 3 semaines environ qui suivent la délibération.

Le rapport de certification, éventuellement modifié, et la nouvelle décision sont publiés sur le site Internet de la Haute Autorité de santé et transmis à l'autorité de tutelle compétente.

Lexique

Libellé	Définition
Accréditation des médecins et des équipes médicales	Méthode volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Elle permet aussi de réaliser des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de formation.
Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie préventive)	Vise à réduire le risque d'infection bactérienne chez un patient donné. Elle peut être utile après une exposition à un pathogène (infections invasives à méningocoque, coqueluche, etc.), avant ou pendant une chirurgie, après une infection pour en éviter la 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 surréservation 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.
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	Indicateur évaluant la conformité traçable des pratiques de précautions complémentaires contact mises en œuvre chez les patients porteurs ou infectés par une entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE), bactérie hautement résistante émergente (BHRE), <i>staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM), le <i>clostridium difficile</i> ou la gale.
Confidentialité	Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
Consentement éclairé	Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient.

Libellé	Définition
Consultation avancée	Activité de consultation externe réalisée par des praticiens d'un établissement de santé dans un autre établissement de santé, ces consultations peuvent permettre d'élargir l'accès aux consultations médicales de spécialité à l'hôpital dans des territoires périphériques ou isolés et d'opérer une gradation de la prise en charge en établissement en fonction de la complexité de la situation du patient et des soins qui lui sont apportés.
Contention mécanique	Utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.
Check-list « Sécurité du patient »	Outil d'amélioration des pratiques visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de tous les éléments considérés comme essentiels avant, pendant et après un acte interventionnel.
Conciliation des traitements médicamenteux	Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle 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	Développement répondant aux besoins actuels sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.
Dépendance iatrogène	Perte de capacité fonctionnelle que vont présenter les personnes âgées hospitalisées à la suite de cette hospitalisation. Elle est due en partie au terrain du patient, à la pathologie qui le mène à l'hospitalisation et surtout aux soins qui lui sont apportés pendant cette hospitalisation. Les soins qu'on apporte aux personnes âgées pendant leur séjour peuvent être plus délétères que bénéfiques.
Directives anticipées	Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.
Dispositif médical	Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.
Dossier médical partagé (DMP)	Dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients... Un dossier médical partagé peut être créé pour tout bénéficiaire de l'Assurance maladie après recueil de son consentement exprès ou de celui de son représentant légal. Une fois son dossier créé, le bénéficiaire de l'Assurance maladie en devient le titulaire.

Libellé	Définition
Dossier médical	<p>Dossier constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment : <ol style="list-style-type: none"> a) la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-1 ; b) les motifs d'hospitalisation ; c) la recherche d'antécédents et de facteurs de risque ; d) les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; e) le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ; f) la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ; g) les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ; h) les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ; i) le dossier d'anesthésie ; j) le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ; k) le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ; l) la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ; m) les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; n) le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ; o) les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ; p) les correspondances échangées entre professionnels de santé ; q) les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice. 2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment : <ol style="list-style-type: none"> a) la lettre de liaison remise à la sortie prévue par l'article R. 1112-1-2 ; b) la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; c) les modalités de sortie (domicile, autres structures) ; d) la fiche de liaison infirmière. 3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. <p>Sont seules communicables les informations énumérées aux 1 et 2.</p>
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.
Événement indésirable	Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles les précurseurs, les presque accidents, les accidents.

Libellé	Définition
Événement indésirable associé aux soins (EIAS)	Événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.
Événement indésirable grave (EIG)	Tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre V bis – pharmacovigilance.
e-Satis	Dispositif français de mesure de la satisfaction 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	Demande aux patients d'évaluer des aspects objectifs de leur prise en charge ou interroger les patients sur une prestation de soin.
Filières de soins	Mode de prise en charge médicale et financière du patient, qui organise la trajectoire du patient dans le système de soins pour faciliter l'accès aux soins et en assurer la continuité.
Gestion documentaire	Ensemble de règles générales définissant principalement : le mode d'élaboration et d'évolution des documents ; la gestion de références (documentation source) ; l'élaboration de critères d'identification et de classification ; la rédaction de procédures de vérification, de validation, de mise à disposition des documents ; les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents. Pour mettre en œuvre la gestion documentaire, il convient d'établir une typologie fonctionnelle, de définir le plan de gestion documentaire et de spécifier le système d'information.
Gestion des lits	Gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation...), sous contrainte de ressources. La gestion des lits permet une fluidification des parcours patients en hospitalisation programmée et non programmée pour générer une hospitalisation « au bon endroit » et pour une juste durée avec la localisation de lits d'hospitalisation disponibles, et fluidité du transfert.
GMT au regard des types d'autorisations	Terme employé dans le cadre de la tarification et de la cotation. Le groupe médico-tarifaire est un tarif correspondant au groupe médico-économique (GME). Généralement un GMT par GME sauf pour les GME de soins palliatifs auxquels correspondent deux GMT par GME.
Groupement hospitalier de territoire (GHT)	A pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.
Gouvernance	Collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement à la suite à la loi HPST du 21 juillet 2009, la nouvelle gouvernance des établissements repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance. Appliqué à la visite de certification, la gouvernance s'entend par direction, présidence de la CME 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 décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mode d'hospitalisation permettant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Libellé	Définition
Identification des risques	Processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les événements, les conséquences et la probabilité.
Identification du patient	Opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient, notamment dans le cadre de l'identitovigilance.
Identitovigilance	Système de surveillance et de gestion des risques liés à l'identification des patients. Il vise à garantir l'identification correcte des patients tout au long de leur prise en charge à l'hôpital et dans les échanges de données médicales et administratives. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en fiabilisant les données.
Indicateur	Outil de mesure permettant de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à intervalles définis. Les indicateurs doivent être élaborés en relation avec les objectifs d'un projet.
Interopérabilité (des systèmes d'information)	Capacité que possède un produit ou un système informatique à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes existants ou futurs. C'est, en d'autres mots, la possibilité qu'ont des systèmes à fonctionner ensemble, à « communiquer » entre eux. Pour permettre cette communication, il est donc nécessaire d'utiliser un langage commun. Rendre des systèmes interopérables, c'est en résumé leur permettre de parler un langage commun pour travailler ensemble.
Indicateur de qualité et sécurité des soins (IQSS)	Outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision développés par la HAS. Ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers.
Leadership	Processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun. Un leadership approprié favorise la performance, la sécurité et le bien-être de l'équipe.
Lettre de sortie ou Lettre de liaison	Élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge, elle comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital ville (ou structure d'aval). Elle est destinée au patient (« lettre de sortie », remis en main propre) et/ou aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé = lettre de liaison.
Maîtrise du risque	Actions de mise en œuvre des décisions de management du risque. La maîtrise du risque peut impliquer la surveillance, la réévaluation et la mise en conformité avec les décisions.
Maltraitance	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 de respecter des règles spécifiques concernant la publicité.

Libellé	Définition
Obstination déraisonnable	L'établissement de l'obstination déraisonnable suppose la prise en compte d'éléments de nature médicale (notamment gravité et irréversibilité de l'état de santé privant le patient de toute autonomie) et d'éléments de nature non médicale relatifs, notamment à l'expression de la volonté du patient. Le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable. La loi du 2 février 2016 reprend et clarifie la notion déontologique, déjà consacrée par la loi de 2005, d'obstination déraisonnable, autorisant le médecin à ne pas mettre en œuvre ou à interrompre des actes médicaux répondant à certains critères.
Parties prenantes (ou parties intéressées)	Dans tous les cas, la partie prenante est représentative d'un intérêt associatif, économique ou professionnel. Sont ainsi reconnus comme parties prenantes : <ul style="list-style-type: none"> – au titre des intérêts associatifs : les associations de patients – au titre des intérêts économiques : tout acteur économique dans le domaine des produits de santé – au titre des intérêts professionnels : les sociétés savantes, les syndicats professionnels, les collèges de spécialité, les conseils nationaux des professions de santé, qui regroupent tout ou partie des trois catégories précédentes.
Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)	Programme visant à faire de la sécurité du patient une priorité d'équipe, intégrée à la pratique des professionnels afin de diminuer la survenue des événements indésirables grâce au travail en équipe, de sécuriser l'organisation de la prise en charge du patient en faisant de l'équipe une barrière de sécurité.
Pair-aidance	Entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance.
Parcours de soins	Juste enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi 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 Expérience Mesures (PREMS)	Questionnaire s'intéressant à la manière dont le patient vit l'expérience des soins : satisfaction (information reçue), vécu subjectif (attention portée à la douleur) et objectif (délais d'attente), relations avec les prestataires de soins.
Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	Questionnaire évaluant les résultats des soins. Les PROMS génériques sont des questionnaires généraux qui explorent des questions importantes pour l'ensemble des patients, quel que soit leur problème de santé. Les questions portent sur l'impact sur la vie globale, sur leur qualité de vie ou sur des dimensions plus spécifiques comme le fonctionnement physique. Ces PROMS génériques sont forcément moins sensibles à des variations modestes – mais cliniquement pertinentes – des résultats de certaines interventions. C'est pourquoi des PROMS spécifiques complètent le dispositif et mesurent les résultats touchant à une pathologie particulière (diabète) ou à un groupe de pathologies (le cancer), un domaine (douleur), une population (enfants), ou une partie du corps (yeux).
Patient traceur	Méthode d'évaluation permettant d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. Elle permet de recueillir, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches. C'est pourquoi le profil du patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que l'expression de son vécu soit la plus large possible. L'évaluateur se fait présenter la situation du patient par le médecin référent du patient ou son représentant puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient. Cette méthode est pratiquée, pour les évaluations externes, exclusivement par les experts-visiteurs médecins dont les médecins centrés patient traceur.
Personne 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.

Libellé	Définition
Personne de confiance (la)	La réglementation (article L. 1111-6 du CSP) attribue deux rôles à la personne de confiance : si le malade le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté. La consultation de la personne de confiance est requise pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté : dans les situations hors fin de vie : pour toute intervention ou investigation ; dans les situations de fin de vie : pour la limitation ou l'arrêt de traitement. L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsqu'une personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.
Pertinence des soins (revue de)	Méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.
Plan blanc	Niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. : afflux de victimes potentiellement contaminées).
Plan de prévention	Démarche de prévention globale qui permet de repérer les facteurs de risque propres à chaque activité et qui implique de mettre en place des moyens de prévention adaptés. Il s'applique aux professionnels travaillant en établissement de soins (hôpital ou clinique) qui sont potentiellement exposés à des risques infectieux, à des produits chimiques, aux risques physiques, aux risques psychosociaux (RPS), aux troubles musculosquelettiques (TMS).
Politique qualité	Orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires.
Prévention	Ensemble des moyens médicaux, médicosociaux et sanitaires destinés à prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire) ou à en empêcher sa propagation (prévention secondaire).
Précarité sociale	Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.
Presque accident	Un « presque'accident » est défini comme un EIAS qui n'a pas provoqué de dommage. Le « presque'accident » est parfois également appelé « presque'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.
Protocole de soins	Description étape par étape d'une thérapie, scientifiquement validée, pour traiter une maladie. Il fournit une réponse standard face à des symptômes précis d'une maladie. Il résulte d'un consensus de professionnels de la santé et revient à officialiser une bonne pratique, pour un acte aussi bien médical que paramédical. Sous l'angle de l'Assurance maladie, le protocole de soins désigne le formulaire qui justifie une prise en charge de certaines dépenses de santé à 100 % de type ALD (affection de longue durée). En savoir plus : https://bonne-assurance.com/mutuelle/lexique/protocole-de-soins .

Libellé	Définition
Projet médical partagé (PMP)	<p>Chaque GHT élabore un projet médical partagé qui comprend notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée. Il définit, pour chacune de ces filières, les principes d'organisation des activités avec leur déclinaison par établissement, pour chaque modalité de prise en charge, à savoir : la permanence et la continuité des soins, les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées, les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle, les plateaux techniques, la prise en charge des urgences et soins non programmés, l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, les activités d'hospitalisation à domicile, les activités de prise en charge médico-sociale.</p> <p>Le cas échéant, le projet médical partagé précise également l'organisation des équipes médicales communes et la nouvelle répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques. Enfin, le projet médical partagé définit les modalités d'association au CHU pour la coordination des quatre missions hospitalo-universitaires : enseignement, recherche, recours et démographie médicale.</p>
Projet de soins personnalisé (PPS)	<p>Plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.</p> <p>N.B. : le programme personnalisé de soins (PPS) (mesure 31 du plan cancer) est un document simple et informatif permettant d'exposer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Établi à un moment précis de cette dernière, il est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé. Il permet aussi une prise en charge optimale par un médecin ne connaissant pas la personne malade (quand le médecin traitant est indisponible, par exemple).</p>
Qualité de vie au travail (QVT)	<p>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.</p>
Radioprotection	<p>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.</p>
Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles)	<p>Propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par la HAS, les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc.</p>
Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)	<p>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.</p>
Référentiel	<p>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.</p>
Régulation médicale	<p>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.</p>
Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	<p>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.</p>
Représentants des usagers	<p>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.</p> <p>A Monaco, il s'agit de membres bénévoles issus d'associations monégasques partenaires avec l'établissement de santé concerné sur le territoire monégasque qui participent à certaines groupes de travail et/ou instances, projets, et actions visant l'amélioration de l'expérience patient. Ces derniers n'ont pas de statut réglementaire à Monaco.</p>

Libellé	Définition
Réseaux de santé	Ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
Retours d'expériences (REX)	Démarche visant à détecter et analyser les anomalies, les écarts et tout événement, qu'il soit positif ou négatif, en recherchant les causes et les enchaînements et en retirant des enseignements.
Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)	Lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C). L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient. Ces réunions se développent également dans d'autres spécialités.
Revue de morbidité-mortalité (RMM)	Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
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 soin.
Risque	Prend en compte deux éléments tels que la probabilité que survienne un élément dangereux et la sévérité de ses conséquences.
Service d'aide médicale d'urgence (SAMU)	Centre d'appel qui répond 24 heures sur 24 aux besoins de santé de tous. Le SAMU effectue une régulation qui a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient, selon les différents niveaux de gravité et d'urgence. Celle-ci peut aller du simple conseil à l'envoi d'une équipe SMUR en passant par une consultation médicale ou aux urgences. Les SAMU participent également à la prise en charge sanitaire des victimes impliquées dans une situation exceptionnelle comme « les accidents graves multi-victimes ou les attentats », suivant les plans d'organisation des secours définis. En vertu de l'article R-6311-2 du Code de la santé publique, les SAMU : assurent une écoute médicale permanente ; déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ; organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; veillent à l'admission du patient.
Service d'urgence (SU ou SAU)	Service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers, SAMU SMUR...).
Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)	Assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
Secteurs d'activité	Unités d'œuvre. Les secteurs d'activité sont définis par l'établissement. L'HAD constitue une unité d'œuvre. Elle est par conséquent, au sein de ce référentiel, considérée comme un secteur d'activité.
Sécurité	État dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques.
Signalement d'événements indésirables	Action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.
Situation de crise	Situation mettant en danger des personnes ou une organisation et nécessitant des prises de décisions adaptées dans l'urgence (échelle de crise : incident mineur, incident majeur ou accident grave, événement catastrophique).
Soins critiques	Appelés « réanimation », « soins intensifs » et « soins continus », sont souvent des endroits différents et la gravité des patients qui y sont admis est aussi différente.
Soins de réhabilitation psychosociale	Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Libellé	Définition
Soins palliatifs	Soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.
Système d'information	Employé dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage. Le système d'information peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation, de mémorisation et de traitement, nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement en relation avec ses activités métier et son environnement. Ces informations sont échangées entre des acteurs. Ces échanges nécessitent une collaboration et une coordination étroite entre l'ensemble des partenaires.
Tableau de bord	Rassemble une sélection d'indicateurs clés renseignant périodiquement, sur plusieurs dimensions, une politique ou un programme. Son objectif est de pouvoir suivre le déploiement ou l'état d'avancement de cette politique ou de ce programme et d'évaluer la pertinence de cette politique ou de l'efficacité de ce programme. Outils de pilotage, les tableaux de bord ont pour objet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.
Tension hospitalière	Résulte d'une inadéquation entre le flux entrant de patients et les capacités immédiates de prise en charge de l'établissement. Elle peut être générée par un problème structurel et/ou conjoncturel.
Traçabilité	Possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.
Traceur ciblé	Méthode d'évaluation consistant à investiguer sur le terrain la mise en œuvre réelle d'un processus et à s'assurer de sa 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.
Télesanté-télémedecine	Forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémedecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.
Vigilances sanitaires réglementaires	Concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, addicto-, hémato-, matério-, bio-, cosméto-, réactovigilances), l'assistance médicale à la procréation, le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections associées aux soins et les événements significatifs en radioprotection. Les vigilances sont organisées autour de processus continus de recueil, d'analyse et de diffusion standardisées de données portant sur des événements sanitaires, indésirables. Elles ont une finalité d'alerte, de gestion et de prévention des risques.
Urgences vitales	Situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. Le terme peut correspondre à celui d'urgence absolue en triage médical. Toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement rentre dans ce cadre.

Sigles

ALARM	<i>Association of litigation and risk management</i>
AMSN	Agence Monégasque de Sécurité Numérique
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSSI	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATBIR	Indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie
AUTODIAG SI-RH	Outil d'autoévaluation de la maturité du SI-RH
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CDU	Commission des usagers
CHU	Centre hospitalier universitaire
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CME	Commission médicale d'établissement
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CREX	Comité de retour d'expérience
CNPP	Conseil national professionnel de psychiatrie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
CSP	Code de la santé publique

Sigles

DASA	Direction de l'action sanitaire du gouvernement princier de la Principauté de Monaco
DCI	Dénomination commune internationale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DM	Dispositifs médicaux
DMS	Dispositifs médicaux stériles
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DP	Dossier pharmaceutique
DPC	Développement professionnel continu
DRM	Dossier de régulation médicale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EI	Événement indésirable
EIAS	Événement indésirable associé aux soins
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
EHESP	École des hautes études en santé publique
Ehpad	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
e-Satis	Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures
ETE-ORTHO	Événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FORAP	Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé
FFP	Fédération française de psychiatrie
GEM	Groupes d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GMT	Groupe médico-tarifaire
GREP HH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière

Sigles

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HOP'EN	Hôpital numérique ouvert sur son environnement
HPP	Hémorragie post-accouchement
HPPI	Hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IAP	<i>International Accreditation Program</i>
ICSHA	Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques
IDE	Infirmière diplômée d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IDEL	Infirmière diplômée d'État libérale
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ISQua	<i>International Society for Quality in health care</i>
IUD	Dispositif intra utérin (anglais <i>intra uterin device</i>)
JACIE	<i>Joint Accreditation Committee-International Society for Cellular Therapy</i>
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCOCA	Médecine, chirurgie, obstétrique, chirurgie ambulatoire
MDS	Médicaments dérivés du sang
MODD	Mon observatoire du développement durable
MRP	Médicaments radiopharmaceutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OA CHIRPED	Organisme agréé en chirurgie pédiatrique

Sigles

OAP	Œdème aigu pulmonaire
ORFEE HAD	Outil de représentation des flux entre établissements
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
PAERPA (programme)	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS	Permanence d'accès aux soins généralistes ou spécialisées
PCC	Précautions complémentaires contact
PPS	Plan personnalisé de santé
PREMS	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PROMS	<i>Patient Reported Outcom Measures</i>
Propias	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRS	Projet régional de santé
PSL	Produits sanguins labiles
PTH /PTG	Prothèse de hanche/prothèse de genou
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QVT	Qualité de vie au travail
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
REMED	Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés
RETEX	Retours d'expériences en santé
RGPD	Règlement général de protection des données
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RREVA	Réseau régional d'évaluation, de vigilance et d'appui
RU	Représentant des usagers

SAMU-SMURS	Service d'aide médicale urgente-service mobile d'urgence et de réanimation
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SFAP	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SHA	Solutions hydroalcooliques
SIGAPS	Système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SI-RH	Système d'information de gestion des ressources humaines
SLD	Soins de longue durée
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
SMR	Soins médicaux de réadaptation (ex soins de suite et de réadaptation)
TACO	<i>Transfusion Associated Circulatory Overload</i>
TRALI	<i>Transfusion Related Acute Lung Injury</i>
UE	Union européenne
USLD	Unité de soins de longue durée
VAG	Vaccination antigrippale

Suivi des modifications du référentiel

1. Structuration par critère

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel Monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
1.1-14	<u>Critère</u> : Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	41	Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Patient traceur
1.1-15	<u>EE n°2</u> : En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.	42	Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient. Suppression du terme directives anticipées.	Parcours traceur
1.1-16	<p><u>Critère</u> : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile</p> <p><u>Chapô</u> : Les patients et leurs proches et/ou aidants peuvent bénéficier de l'appui des représentants des usagers et/ou des associations de patients bénévoles (dans l'établissement ou non). Elles peuvent intervenir dans divers champs : information, accueil, entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades, des familles et des professionnels, information et éducation thérapeutiques, accompagnement et accès aux soins et aux droits. Pour faciliter le retour à domicile, les préconisations relatives aux aides techniques et humaines adaptées à ses besoins et leur mise en place sont conseillées au patient et à ses proches. L'établissement se doit d'informer le patient de leur existence et faciliter l'accès à ces dernières en amont de sa sortie.</p> <p><u>EE n°1</u> : Le patient est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner</p> <p><u>EE n°2</u> : Le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées, permanence, ...)</p> <p><u>EE n°4</u> : Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.</p>	43	<p>Le patient est informé sur les associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile. Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>Le patient est informé des structures et des personnes, et/ ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner... Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>Modification EE1 Le patient est informé des associations de bénévoles qui peuvent intervenir au sein de l'établissement. Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>En cas d'intervention des associations, le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées). Ajout du texte : En cas d'intervention des associations et Suppression du terme permanence.</p> <p>Les contacts des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site internet. Suppression de la notion de représentant des usagers</p>	<p>Patient traceur</p> <p>Patient traceur</p> <p>Observation</p>

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel Monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
1.1-17	<p><u>EE n°2</u> : Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).</p> <p><u>EE n°4</u> : Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS).</p>	44	<p>Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (questionnaires de satisfaction). Suppression du terme e-Satis.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Patient traceur
1.1-18	<p><u>EE n°5</u> : Le patient sait que son équipe de soin va alimenter et pourra consulter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci.</p>	45	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Patient traceur
2.1-02	<p><u>Critère</u> : La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval.</p>	68	<p>Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Traceur ciblé
2.2-01	<p><u>Critère</u> : Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale</p>	75	<p>Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Traceur ciblé
2.2-05	<p><u>EE n°5</u> : Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical de Mon espace santé (DMP) et/ou le dossier pharmaceutique du patient selon les cibles définies par la CME, notamment via le service du « WebPS DMP ».</p>	84	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
2.2-14	<p><u>EE n°1</u> : La réhospitalisation des patients en urgence est organisée avec le SAMU.</p>	87	<p>La réhospitalisation en urgence des patients est organisée avec l'établissement de recours. Remplacement du mot SAMU par établissement de recours.</p>	Parcours traceur
2.3-19	<p><u>Chapô</u> : Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc opératoire et interventionnel, la radiothérapie et la médecine nucléaire. Les conditions doivent être conformes aux exigences de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) pour le patient et les professionnels, notamment les décisions ASN DC-0585 relative à la formation des professionnels à la radioprotection des patients et DC-0660 relative aux obligations d'assurance qualité en imagerie médicale. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues.</p> <p><u>EE n°2</u> : 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.</p>	115	<p>Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues. Suppression de la référence à l'ASN.</p> <p>Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel. Suppression de la référence à l'ASN.</p>	Parcours traceur

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
2.4-02	<p><u>EE n°4</u> : Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration.</p>	121	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Parcours traceur
2.4-09	<p><u>EE n°3</u> : Tous les patients déclarés en mort encéphalique font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes.</p> <p><u>EE n°4</u> : Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes ou de tissus évaluent leurs pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action®.</p> <p><u>EE n°5</u> : Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et sont engagés dans le programme d'accréditation JACIE.</p> <p><u>EE n°6</u> : Les équipes de greffes d'organes ou de tissus évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine.</p> <p><u>EE n°7</u> : L'établissement et les équipes de prélèvement et de greffe d'organes ou de tissus mettent en œuvre les recommandations issues des audits réalisés par l'Agence de la biomédecine.</p> <p><u>EE n°8</u> : Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques mettent en œuvre des plans d'actions dont les effets sont mesurés.</p>	128	Ces EE ne sont pas applicables à la Principauté de Monaco.	Parcours traceur
3.1-01	<p><u>EE n°1</u> : Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé.</p> <p><u>EE n°3</u> : L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télémagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.</p>	130	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p> <p>L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller – vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux à l'échelle de son territoire. Suppression de la dernière partie de l'EE sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télémagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles. Remplacé par « à l'échelle de son territoire. »</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.1-02	<p><u>EE n°2</u> : L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.</p> <p><u>EE n°3</u> : L'établissement contribue au développement des communautés professionnelles territoriales de santé de son territoire.</p>	131	<p>L'établissement utilise, lorsqu'elles existent, des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Suppression de la deuxième partie de l'EE II peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.1-03	<p><u>EE n°1</u> : L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.</p> <p><u>EE n°3</u> : Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les structures disponibles en matière d'aide à domicile ; – les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels 	132	<p>L'établissement est actif dans l'élaboration du plan de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.</p> <p>Remplacement du terme projet territorial de santé mentale par plan de santé mentale.</p> <p>Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés (les structures disponibles en matière d'aide à domicile, les conseils locaux de santé, le Conseil de santé mentale en Principauté ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> – les structures disponibles en matière d'aide à domicile ; - les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. <p>Ajout d'une partie « (les structures disponibles en matière d'aide à domicile, les conseils locaux de santé, le Conseil de santé mentale en Principauté ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. »</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.1-07	<p><u>EE n°5</u> : L'établissement a cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée citoyenne de Mon espace santé</p> <p><u>EE n°6</u> : L'établissement a mis en œuvre un plan d'action lui permettant d'améliorer son taux d'alimentation du dossier médical de Mon espace santé (DMP).</p>	137	<p>L'établissement a cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée Medimail. Remplacement du terme « citoyenne de Mon espace santé » par Medimail.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.1-08	<p><u>EE n°4</u> : Lorsqu'il existe un émargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions, etc..., il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.</p>	140	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.2-01	<p><u>EE n°2</u> : Les mesures promouvant la participation des patients à e-Satis sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra-établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national e-Satis.</p> <p><u>EE n°4</u> : L'exploitation des résultats e-Satis ou autre indicateur de satisfaction et d'expérience patient est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité.</p> <p><u>EE n°5</u> : Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art. R. 1112-80).</p>	141	<p>Les mesures promouvant la participation des patients à e-SATIS, ou son équivalent, sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national E-Satis, ou son équivalent. Ajout du terme ou son équivalent.</p> <p>L'exploitation des résultats e-Satis, ou son équivalent, est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. Ajout du terme ou son équivalent.</p> <p>Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et, le cas échéant, présentés à la commission des usagers. Ajout du terme « le cas échéant »</p>	Audit système
3.2-03	<p><u>EE n°3</u> : Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la commission des soins, le cas échéant, et à la commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</p> <p><u>EE n°5</u> : Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-Satis), pour améliorer sa stratégie de diffusion.</p>	143	<p>Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la Commissions des soins, le cas échéant. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Suppression du terme commission des usagers.</p> <p>Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-satis, ou son équivalent) pour améliorer sa stratégie de diffusion. Ajout du terme ou son équivalent.</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.2-09	<p><u>Chapô</u> : Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à la plate-forme d'échange électronique des données de santé et à son usage.</p> <p><u>EE n°4</u> : L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à la plate-forme d'échange électronique des données de santé et à son usage.</p> <p><u>EE n°5</u> : L'établissement informe le patient que son équipe de soin va alimenter son dossier médical de la plate-forme d'échange électronique des données de santé dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci et qu'il pourra le consulter.</p>	149	<p>Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 15 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.</p> <p>Changement du délais réglementaire de communication.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.2-11	<p><u>EE n°4</u> : Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations des actions entreprises.</p> <p><u>EE n°5</u> : Le projet des usagers est formalisé et articulé avec le projet médical et soignant</p>	151	<p>Les représentants des usagers ont connaissance des résultats aux enquêtes de satisfaction et participent aux démarches qualités de l'établissement.</p> <p>Suppression de « des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis »</p> <p>Remplacé par « aux enquêtes de satisfaction »</p> <p>Les associations partenaires de l'établissement, qui le souhaitent, sont impliquées dans les démarches qualités.</p> <p>Remplacement de 'EE par la phrase Les associations partenaires de l'établissement, qui le souhaitent, sont impliquées dans les démarches qualités.</p>	Audit système
3.3-01	<p><u>EE n°2</u> : La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</p>	153	<p>La CME, l'encadrement, les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</p> <p>Suppression du terme les représentants des usagers</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.4-02	EE n°1 : Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).	160	Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (exemple : Accréditation en Equipe, autre(s) dispositif(s)..) Suppression du terme PACTE.	Audit système
3.4-04	EE n°6 : Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement.	162	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.5-02	EE n°6 : Les professionnels connaissent les dispositifs de résolution des conflits à l'extérieur de l'établissement.	165	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.6-01	EE n°2 : Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORSAN élaboré par l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne).	167	Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORMOSE élaboré avec l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne). Remplacement du terme ORSAN par le terme ORMOSE.	Audit système
	EE n°10 : Le ou les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels, représentants des usagers).	168	Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels). Suppression du terme représentants des usagers.	
3.6-02	EE n°6 : 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.	169	Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'AMSN. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'AMSN (Agence Monégasque de Sécurité Numérique), pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité sont mises en œuvre. Remplacement du terme Agence du numérique en santé par le terme Agence Monégasque de Sécurité Numérique.	Audit système
3.7-03	EE n°6 : Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers si existante.	177	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.7-04	EE n°5 : La commission des usagers, si existante, est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves dont les presque accidents déclarés par l'établissement.	178	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Traceur ciblé
3.7-06	Critère : L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	180	Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco	Audit système
Lexique	<u>Représentants des usagers</u> 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.	266	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. A Monaco, il s'agit de membres bénévoles issus d'associations monégasques partenaires avec l'établissement de santé concerné sur le territoire monégasque qui participent à certains groupes de travail et/ou instances, projets, et actions visant l'amélioration de l'expérience patient. Ces derniers n'ont pas de statut réglementaire à Monaco. Ajout d'une phrase pour expliquer la spécificité monégasque.	/

1. Structuration par méthode d'évaluation

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
1.1-14	<p><u>Critère</u> : Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées</p>	41	<p>Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Patient traceur
1.1-16	<p><u>Critère</u> : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile</p> <p><u>Chapô</u> : Les patients et leurs proches et/ou aidants peuvent bénéficier de l'appui des représentants des usagers et/ou des associations de patients bénévoles (dans l'établissement ou non). Elles peuvent intervenir dans divers champs : information, accueil, entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades, des familles et des professionnels, information et éducation thérapeutiques, accompagnement et accès aux soins et aux droits. Pour faciliter le retour à domicile, les préconisations relatives aux aides techniques et humaines adaptées à ses besoins et leur mise en place sont conseillées au patient et à ses proches. L'établissement se doit d'informer le patient de leur existence et faciliter l'accès à ces dernières en amont de sa sortie.</p> <p><u>EE n°1</u> : Le patient est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner</p> <p><u>EE n°2</u> : Le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées, permanence, ...)</p>	43	<p>Le patient est informé sur les associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile. Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>Le patient est informé des structures et des personnes, et/ ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner... Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>Le patient est informé des associations de bénévoles qui peuvent intervenir au sein de l'établissement. Suppression de la notion de représentant des usagers</p> <p>En cas d'intervention des associations, le patient est informé sur les modalités pour les contacter (coordonnées). Ajout du texte : En cas d'intervention des associations et Suppression du terme permanence.</p>	<p>Patient traceur</p> <p>Patient traceur</p>

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
1.1-17	<p><u>EE n°2</u> : Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).</p> <p><u>EE n°4</u> : Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS).</p>	44	<p>Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (questionnaires de satisfaction). Suppression du terme e-Satis.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Patient traceur
1.1-18	<p><u>EE n°5</u> : Le patient sait que son équipe de soin va alimenter et pourra consulter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci.</p>	45	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Patient traceur
1.1-15	<p><u>EE n°2</u> : En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient.</p>	42	<p>Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient. Suppression du terme directives anticipées.</p>	Parcours traceur
2.2-14	<p><u>EE n°1</u> : La réhospitalisation des patients en urgence est organisée avec le SAMU.</p>	87	<p>La réhospitalisation en urgence des patients est organisée avec l'établissement de recours. Remplacement du mot SAMU par établissement de recours.</p>	Parcours traceur
2.3-19	<p><u>Chapô</u> : Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc opératoire et interventionnel, la radiothérapie et la médecine nucléaire. Les conditions doivent être conformes aux exigences de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) pour le patient et les professionnels, notamment les décisions ASN DC-0585 relative à la formation des professionnels à la radioprotection des patients et DC-0660 relative aux obligations d'assurance qualité en imagerie médicale. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues.</p> <p><u>EE n°2</u> : 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.</p>	115	<p>Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée. Le patient est informé des doses qu'il a reçues. Suppression de la référence à l'ASN.</p> <p>Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel. Suppression de la référence à l'ASN.</p>	Parcours traceur

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
2.4-02	<u>EE n°4</u> : Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration.	121	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Parcours traceur
2.4-09	<u>EE n°3</u> : Tous les patients déclarés en mort encéphalique font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes. <u>EE n°4</u> : Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes ou de tissus évaluent leurs pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action®. <u>EE n°5</u> : Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et sont engagés dans le programme d'accréditation JACIE. <u>EE n°6</u> : Les équipes de greffes d'organes ou de tissus évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine. <u>EE n°7</u> : L'établissement et les équipes de prélèvement et de greffe d'organes ou de tissus mettent en œuvre les recommandations issues des audits réalisés par l'Agence de la biomédecine. <u>EE n°8</u> : Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques mettent en œuvre des plans d'actions dont les effets sont mesurés.	128	Ces EE ne sont pas applicables à la Principauté de Monaco.	Parcours traceur
2.1-02	<u>Critère</u> : La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval.	68	Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Traceur ciblé
2.2-01	<u>Critère</u> : Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	75	Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Traceur ciblé
3.7-04	<u>EE n°5</u> : La commission des usagers, si existante, est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves dont les presqu'accidents déclarés par l'établissement.	178	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Traceur ciblé
2.2-05	<u>EE n°5</u> : Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical de Mon espace santé (DMP) et/ou le dossier pharmaceutique du patient selon les cibles définies par la CME, notamment via le service du « WebPS DMP ».	84	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.1-01	<u>EE n°1</u> : Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé. <u>EE n°3</u> : L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télémagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.	130	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco. L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller – vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux à l'échelle de son territoire. Suppression de la dernière partie de l'EE sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télémagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles. Remplacé par « à l'échelle de son territoire. »	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.1-02	<p><u>EE n°2</u> : L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.</p> <p><u>EE n°3</u> : L'établissement contribue au développement des communautés professionnelles territoriales de santé de son territoire.</p>	131	<p>L'établissement utilise, lorsqu'elles existent, des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge.</p> <p>Suppression de la deuxième partie de l'EE Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.1-03	<p><u>EE n°1</u> : L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.</p> <p><u>EE n°3</u> : Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les structures disponibles en matière d'aide à domicile ; – les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels 	132	<p>L'établissement est actif dans l'élaboration du plan de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.</p> <p>Remplacement du terme projet territorial de santé mentale par plan de santé mentale.</p> <p>Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés (les structures disponibles en matière d'aide à domicile, les conseils locaux de santé, le Conseil de santé mentale en Principauté ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> – les structures disponibles en matière d'aide à domicile ; - les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. <p>Ajout d'une partie « (les structures disponibles en matière d'aide à domicile, les conseils locaux de santé, le Conseil de santé mentale en Principauté ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. »</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.1-07	<p><u>EE n°5</u> : L'établissement a cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée citoyenne de Mon espace santé</p> <p><u>EE n°6</u> : L'établissement a mis en œuvre un plan d'action lui permettant d'améliorer son taux d'alimentation du dossier médical de Mon espace santé (DMP).</p>	137	<p>L'établissement a cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée Medimail. Remplacement du terme « citoyenne de Mon espace santé » par Medimail.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.1-08	<p><u>EE n°4</u> : Lorsqu'il existe un émargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions, etc..., il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.</p>	140	<p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.2-01	<p><u>EE n°2</u> : Les mesures promouvant la participation des patients à e-Satis sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra-établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national e-Satis.</p> <p><u>EE n°4</u> : L'exploitation des résultats e-Satis ou autre indicateur de satisfaction et d'expérience patient est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité.</p> <p><u>EE n°5</u> : Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art. R. 1112-80).</p>	141	<p>Les mesures promouvant la participation des patients à e-SATIS, ou son équivalent, sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national E-Satis, ou son équivalent. Ajout du terme ou son équivalent.</p> <p>L'exploitation des résultats e-Satis, ou son équivalent, est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. Ajout du terme ou son équivalent.</p> <p>Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et, le cas échéant, présentés à la commission des usagers. Ajout du terme « le cas échéant »</p>	Audit système
3.2-03	<p><u>EE n°3</u> : Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la commission des soins, le cas échéant, et à la commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</p> <p><u>EE n°5</u> : Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-Satis), pour améliorer sa stratégie de diffusion.</p>	143	<p>Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la Commissions des soins, le cas échéant. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Suppression du terme commission des usagers.</p> <p>Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-satis, ou son équivalent) pour améliorer sa stratégie de diffusion. Ajout du terme ou son équivalent.</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.2-09	<p><u>Chapô</u> : Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 8 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents. L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à la plate-forme d'échange électronique des données de santé et à son usage.</p> <p><u>EE n°4</u> : L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à la plate-forme d'échange électronique des données de santé et à son usage.</p> <p><u>EE n°5</u> : L'établissement informe le patient que son équipe de soin va alimenter son dossier médical de la plate-forme d'échange électronique des données de santé dans le cadre de sa prise en charge sauf en cas d'opposition de celui-ci et qu'il pourra le consulter.</p>	149	<p>Dans le cadre prévu par la réglementation, le patient ou son représentant légal, ou, si le patient est décédé, son ayant droit est en droit de consulter et d'obtenir copie de son dossier médical. Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de ce droit et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient et/ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentant légal, ayant droit) au plus tard dans les 15 jours suivant la demande et dans les 2 mois si le dossier a plus de 5 ans. Les frais de délivrance de ces copies sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.</p> <p>Changement du délais réglementaire de communication.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p> <p>Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.</p>	Audit système
3.2-11	<p><u>EE n°4</u> : Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations des actions entreprises.</p> <p><u>EE n°5</u> : Le projet des usagers est formalisé et articulé avec le projet médical et soignant</p>	151	<p>Les représentants des usagers ont connaissance des résultats aux enquêtes de satisfaction et participent aux démarches qualités de l'établissement.</p> <p>Suppression de « des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis »</p> <p>Remplacé par « aux enquêtes de satisfaction »</p> <p>Les associations partenaires de l'établissement, qui le souhaitent, sont impliquées dans les démarches qualités.</p> <p>Remplacement de 'EE par la phrase Les associations partenaires de l'établissement, qui le souhaitent, sont impliquées dans les démarches qualités.</p>	Audit système
3.3-01	<p><u>EE n°2</u> : La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</p>	153	<p>La CME, l'encadrement, les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</p> <p>Suppression du terme les représentants des usagers</p>	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
3.4-02	<u>EE n°1</u> : Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).	160	Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (exemple : Accréditation en Equipe, autre(s) dispositif(s)..) Suppression du terme PACTE.	Audit système
3.4-04	<u>EE n°6</u> : Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement.	162	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.5-02	<u>EE n°6</u> : Les professionnels connaissent les dispositifs de résolution des conflits à l'extérieur de l'établissement.	165	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.6-01	<u>EE n°2</u> : Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORSAN élaboré par l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne).	167	Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORMOSE élaboré avec l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne). Remplacement du terme ORSAN par le terme ORMOSE .	Audit système
	<u>EE n°10</u> : Le ou les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels, représentants des usagers).	168	Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels). Suppression du terme représentants des usagers.	
3.6-02	<u>EE n°6</u> : 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.	169	Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'AMSN. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'AMSN (Agence Monégasque de Sécurité Numérique), pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité sont mises en œuvre. Remplacement du terme Agence du numérique en santé par le terme Agence Monégasque de Sécurité Numérique.	Audit système
3.7-03	<u>EE n°6</u> : Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers si existante.	177	Cet EE n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système
3.7-06	<u>Critère</u> : L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	180	Ce critère n'est pas applicable à la Principauté de Monaco.	Audit système

Suivi des modifications du référentiel

Critère	Version française du manuel 2024	Page manuel monégasque	Version adaptée à la Principauté de Monaco (Version 2024)	Méthode d'évaluation
1.1-16	EE n°4 : Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.	43	Les contacts des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site internet. Suppression de la notion de représentant des usagers	Observation
Lexique	<u>Représentants des usagers</u> 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.	266	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. A Monaco, il s'agit de membres bénévoles issus d'associations monégasques partenaires avec l'établissement de santé concerné sur le territoire monégasque qui participent à certaines groupes de travail et/ou instances, projets, et actions visant l'amélioration de l'expérience patient. Ces derniers n'ont pas de statut réglementaire à Monaco. Ajout d'une phrase pour expliquer la spécificité monégasque.	/

Références HAS

Références HAS ajoutées dans le référentiel 2024

Nature de la publication	Nom de la publication	Date de publication	Critère du référentiel 2024 en lien avec la publication
Guides d'amélioration des pratiques	Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l'entourage	Septembre 2022	Critère 1.1-01
Guides d'amélioration des pratiques	Diagnostic en psychiatrie adulte - Mieux comprendre et être accompagné	Septembre 2022	Critère 1.1-01
Flash Sécurité du patient	Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir	Avril 2022	Critère 1.1-05
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité	Juillet 2022	Critère 1.1-05
Recommandation de santé publique	La notification au(x) partenaire(s)	Mars 2023	Critère 1.1-05
Recommandation de bonne pratique	Bon usage des opioïdes antalgiques - Prévention et prise en charge du mésusage et des surdoses d'opioïdes	Mars 2022	Critère 1.2-08
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Guide Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte	Décembre 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Obésité de l'adulte : prise en charge de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} niveaux	Juin 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Gestion du capital sanguin en pré, per et post opératoire	Juillet 2022	Critère 2.1-07
Guide Parcours de soins	Guide du parcours de soins : surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)	Mars 2022	Critère 2.2-06
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé	Mars 2022	Critère 2.2-06
Guide Parcours de soins	Parcours douleur chronique et outils d'implémentation	Janvier 2023	Critère 2.2-06
Guide Parcours de soins	Parcours de soins surpoids et obésité de l'adulte	Février 2023	Critère 2.2-06
Guide Parcours de soins	Guides du parcours de santé de l'adulte et de l'enfant avec épilepsie	Juin 2023	Critère 2.2-06
Flash Sécurité du patient	Les médicaments en pédiatrie... Ce n'est pas un jeu d'enfant	Mai 2023	Critère 2.3-03
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Revue de mortalité et de morbidité, actualisation	Octobre 2022	Critère 2.4-04
Recommandation de bonne pratique	Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage	Juin 2023	Critère 2.4-05

Références HAS ajoutées dans le référentiel 2024 (suite)

Nature de la publication	Nom de la publication	Date de publication	Critère du référentiel 2024 en lien avec la publication
Flash Sécurité du patient	Téléconsultation : à distance, redoubler de vigilance	Décembre 2022	Critère 3.1-06
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire.	Juillet 2023	Critère 3.2-09
Etudes et rapports	Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé	Novembre 2022	Critère 3.3-01
Flash Sécurité du patient	L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ?	Mai 2023	Critère 3.3-02
Page internet	Comprendre l'accréditation des médecins	Juillet 2023	Critère 3.7-06

Références HAS « Pour aller plus loin »

Nature de la publication	Nom de la publication	Date de publication	Critère du référentiel 2024 en lien avec la publication
Recommandation de bonne pratique	Diagnostic et prise en charge de l'hypertonie oculaire et du glaucome primitif à angle ouvert	Janvier 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Diagnostic et prise en charge des enfants ayant ingéré une pile bouton ou une pile plate	Février 2022	Critère 2.1-01
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Pertinence de l'imagerie dans l'exploration d'une gonalgie chez l'adulte	Juin 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : Pertinence, indications et modalités	Juin 2022	Critère 2.1-01
Fiche pertinence des soins	Douleur au genou chez l'adulte - Quelle imagerie ?	Juin 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Ponction biopsie rénale dans le diagnostic des maladies rénales chez l'adulte	Juillet 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Prévention, diagnostic et prise en charge du syndrome du nez vide	Novembre 2022	Critère 2.1-01
Outils d'amélioration des pratiques professionnelles	Dégénérescence maculaire liée à l'âge	Novembre 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Traitement non médicamenteux du fibrome utérin	Novembre 2022	Critère 2.1-01
Recommandation de bonne pratique	Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte: hypothyroïdie et hyperthyroïdie chez l'adulte	Décembre 2022	Critère 2.1-01
Réponse rapide dans le cadre de la COVID-19	Symptômes prolongés par suite d'une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge	Janvier 2023	Critère 2.1-01
Guide Parcours de soins	Guide du parcours de soins de patients présentant une suspicion de borréliose de Lyme	Mars 2022	Critère 2.2-06

Remerciements

La Haute Autorité de santé remercie tout particulièrement M^{me} Anne-Marie Armanteras de Saxcé, membre du Collège de la HAS et présidente de la Commission de certification des établissements de santé jusqu'au 29 février 2020, pour son extrême engagement et sa capacité de mobilisation de l'ensemble des acteurs dans le développement de la future certification.

La Haute Autorité de santé salue l'engagement du D^r Catherine Grenier, M^{mes} Anne Chevrier et Muriel Jakubowski 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 les celles qui ont contribué à l'élaboration de la version 2020 du manuel de certification pour la qualité des soins.

Membres du Collège de la Haute Autorité de santé

Pr Dominique Le Guludec, présidente
de la Haute Autorité de santé
D^r Isabelle Adenot
M^{me} Catherine Geindre, présidente de la Commission
de certification des établissements de santé

Pr Elisabeth Bouvet
D^r Cédric Grouchka
L. Christian Saout
Pr Christian Thuillez

Comité stratégique de la certification

M^{me} Anne-Marie Armanteras de Saxcé, présidente de
la Commission de certification des établissements de
santé, jusqu'au 29 février 2020

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

D^r Pierre Gabach, adjoint à la directrice de la direction
de l'amélioration de la qualité et de la sécurité
des soins, chef du service bonnes pratiques
professionnelles

M^{me} Catherine Geindre, présidente de la Commission
de certification des établissements de santé depuis
le 1^{er} juin 2020

D^r Catherine Grenier, directrice de la direction de
l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

D^r Marie-Claude Hittinger, cheffe de projet, direction
de l'amélioration de la qualité et de la sécurité
des soins

M^{me} Muriel Jakubowski, cheffe de projet, direction de
l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

M. Franck Jolivaldt, chef du service
de la transformation numérique et logistique

M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service
certification des établissements de santé

D^r Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service
évaluations et outils pour la qualité et la sécurité
des soins

D^r Marie-Hélène Rodde-Dunet, cheffe du service
évaluation de la pertinence des soins et amélioration
des pratiques et des parcours

M. Judicaël Thevenard, chef de projet, service
de la transformation numérique et logistique

Commission de certification des établissements de santé

M^{me} Anne-Marie Armanteras de Saxcé, présidente
de la Commission de certification des établissements
de santé, jusqu'au 29 février 2020

D^r Yvonnick Bezie, pharmacien chef de service,
groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph

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

M. Pascal Bonafini, directeur général, centre
hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc

M. Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, centre
hospitalier Henri-Laborit

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

Pr Jean-Pierre Canarelli, PU PH chirurgien
pédiatrique, centre hospitalier universitaire
d'Amiens M^{me} Chantal Cateau, représentante des
usagers, union régionale des associations agréées
du système de santé Centre-Val-de-Loire,
association Le Lien D^r Anne Curan, responsable
du pôle activités médicales et soins, groupe pro –
BTP

M^{me} Marie Deugnier, directrice générale adjointe,
centre hospitalier universitaire de Lille

M^{me} Catherine Geindre, présidente de la
Commission de certification des établissements de
santé depuis le 1^{er} juin 2020

Pr Stéphanie Gentile, PU-PH cellule d'évaluation médicale, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
D^r Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin
D^r Jean Halligon, angiologue, cabinet phlébologie – médecine vasculaire
M^{me} Isabelle L'Hôpital-Rose, directrice, clinique La Châtaigneraie
M. Stéphane Michaud, directeur des soins – coordonnateur général centre hospitalier de Niort, centre hospitalier universitaire de Poitiers
M^{me} Annie Morin, présidente association des usagers, CISS Languedoc-Roussillon

M. Stéphane Pardoux, directeur, institut Gustave-Roussy
M. Philippe Peridont, directeur, centre hospitalier intercommunal de Castres Mazamet, centre hospitalier de Revel, Castres
D^r Pierre Perucho, anesthésiste-réanimateur et médecin coordonnateur HAD, centre hospitalier Perpignan
M^{me} Véronique Pozza, présidente Association des usagers, CISS Pays de la Loire
M^{me} Michèle Torres, coordonnatrice des soins, cliniques de Neuilly-sur-Seine Ambroise Paré, Pierre-Cherest, Hartmann,

Groupe de travail thématiques

M^{me} Isabelle Adam-Cesari, cadre supérieur, centre Philippe-Paumelle
M^{me} Stéphanie Aftimos, responsable de l'offre aux utilisateurs, Agence nationale d'appui à la performance
M^{me} Isabelle Agostino-Gaschard, directrice des soins, hôpital gériatrique Les Magnolias
D^r Pascal Alfonsi, chef de service d'anesthésie, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
D^r Shaghayegh Ameloot, médecin libéral, clinique d'Argonay
M^{me} Nicole Andrieux, représentante des usagers, centre médico-chirurgical Wallerstein
D^r Catherine Auclair, retraitée, hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
D^r Sophie Aufort, radiologue, clinique du Parc
M^{me} Isabelle Balardy, directrice qualité et partage de l'information, association d'accompagnement, éducation, l'insertion des personnes en situation de handicap
M^{me} Catherine Barette, cadre supérieur de santé, service de santé des armées
Pr Emmanuel Barranger, chef du pôle de chirurgie sénologie et gynécologie, centre Antoine Lacassagne
M^{me} Anne Barrault, directrice des soins adjointe, institut de cancérologie de l'Ouest
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé HAS
D^r Brigitte Barrois, médecin, retraitée, centre hospitalier public
D^r Guillaume Baudin, chef de service de la radiologie, centre Antoine-Lacassagne
M^{me} Eun-Ha Beasse, directrice adjointe, centre hospitalier Estran
Pr Marc Beaussier, médecin, institut mutualiste Montsouris
D^r Éric Benfrech, chirurgien libéral, clinique de Cognac

D^r Leila Benmoussa, médecin coordonnateur des vigilances et de la gestion des événements indésirables, centre hospitalier universitaire de Limoges
D^r Maurice Bensoussan, président CNQSP/CNPP (Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
M. François Berard, directeur associé, Agence nationale d'appui à la performance
D^r Emmanuel Bernigaud, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Nantes
M^{me} Anne-Cécile Berthet, directrice adjointe, pôle gériatrique Nord-Sarthe
M^{me} Marie Bertin, représentante des usagers, retraitée, association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux
M. Pierre Besnard, président de la Commission des usagers et CAL, pôle santé Sarthe-et-Loir et pôle santé Sud au Mans
D^r Véronique Binet-Decamps, responsable système management prise en charge médicale, responsable du secteur qualité EPP, certification, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
D^r Patrick-Yves Blanchard, praticien hospitalier, hôpital de Villeneuve-Saint-Georges
M. Jean-Yves Boisson, directeur, EPSM Georges-Daumezon
D^r Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, membre de la Commission de certification des établissements de santé HAS, hôpital privé Natecia
M^{me} Marie-Claude Borg, cadre supérieur de santé, centre Antoine-Lacassagne
M^{me} Béatrice Borrel, bénévole, vice-présidente, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
M^{me} Angélique Bounseng, ingénieure qualité et des risques, hôpital américain de Paris

M^{me} Aude Bourden, conseillère nationale santé médico-sociale, Association des paralysés de France
M^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé HAS
M^{me} Martine Bouyssie, directrice qualité et coordonnateur des risques, institut Paoli-Calmettes
D^r Laurence Bozec, cheffe de service, institut Curie – hôpital René-Huguenin
M^{me} Marie-Pierre Brassard, directrice régionale, groupe Clinéa
P^r Jean Breaud, chirurgien pédiatre, hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval
M^{me} Aurélie Bringtown, responsable qualité et gestion des risques, centre hospitalier des Marches de Bretagne
M^{me} Anne-Marie Briquet, directrice régionale, groupe Orpéa-Clinéa
M^{me} Catherine Bussy, directeur qualité, institut Gustave-Roussy
P^r Jean-Pierre Canarelli, PU-PH chirurgien pédiatrique, membre de la Commission de certification des établissements de santé HAS, centre Hospitalier universitaire d'Amiens
P^r Gilles Capellier, chef de service réanimation médicale, chef de pôle Urg-SAMU-Réa Med, centre hospitalier universitaire de Besançon, hôpital Jean-Minjoz
M. François Caplier, directeur adjoint, EPSM de l'agglomération lilloise
P^r Denis Castaing, PU-PH, hôpital Paul-Brousse, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Sylvie Castelain, cadre de santé (oncologie), centre Henri-Becquerel
M. Benoit Cenuit, directeur du pôle médecine et SSR, Capiro clinique des Cèdres
D^r Emmanuelle Chaleat Valayer, médecin, centre les Massues
D^r Marie-Paule Chauveheid, PH présidente de CVRIS, M^{me} Martine Chauviere, sage-femme coordinatrice, centre hospitalier René-Pleven
D^r Bahram Chaybany, médecin, SAMU 59
M^{me} Laurence Chazalotte, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Catherine Claveau, chef de projet, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
D^r Florentin Clere, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, centre hospitalier universitaire de Reims
M^{me} Sophie Cloutot, responsable qualité et gestion des risques, siège Ramsay Générale de santé
D^r Isabelle Cojean-Zelek, oncologue, centre hospitalier intercommunal de Créteil
D^r Nathalie Contentin, médecin hématologue et responsable qualité et gestion des risques, centre Henri-Becquerel
D^r Emmanuel Corbillon-Schramm, chef de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
M^{me} Marine Corbucci, directrice générale adjointe, Fondation Lenval, hôpital universitaire pédiatrique
D^r Jérôme Corti, médecin coordonnateur, clinique Madeleine-Rémuzat
M^{me} Margaux Coster, gestionnaire qualité, siège Ramsay Générale de santé
D^r Armelle Courtois, présidente de CME, centre hospitalier Ancenis
M^{me} Nadine Cousin, responsable qualité et gestion des risques, hôpital gériatrique Les Magnolias
M. Patrick Cretinon, directeur d'établissements sanitaires sociaux et médicosociaux, Ehpad
D^r Anne Curan, responsable du pôle activités médicales et soins groupe Pro – BTP, siège BTP RMS
M^{me} Isabelle Dadon, directrice adjointe, direction qualité, hospices civils de Lyon
M^{me} Anne De Conto, coordonnatrice générale des soins, centre hospitalier de Boulogne
M. Bruno Delattre, gestionnaire, MGEN
M. Didier Delavaud, opération qualité, groupe Vivalto santé
M^{me} Rose-Marie Derenne, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Alain Derniaux, médecin, centre médical le Rio-Vert
D^r Nadine Deshormiere, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Montpellier
D^r Jean Pascal Devailly, praticien hospitalier, centre hospitalier Bichat – Claude-Bernard, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M. Vincent Devin, directeur, centre de soins de suite et de réadaptation de Thionville
D^r Mario Di Palma, directeur médical, hôpital américain de Paris
M. Jean-Louis Di Tommaso, directeur, centre hospitalier de Bligny
M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Pascal Dufour, coordonnateur général des soins, expert-visiteur, hôpitaux de Chartres
M^{me} Evelyne Dufour-Fremin, directeur, centre de soins de suite et de réadaptation, Loire-Atlantique
M. Gerard Dumont, membre de l'Union régionale des associations agréées d'usagers du système de santé, Fédération nationale des associations de retraités

M^{me} Delphine Dupre-Leveque, conseillère technique, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
D^r Laurence Duteille, responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse, HAD France
M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Mounir El Mhamdi, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
P^r Olivier Farges, PU-PH, hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M. Didier Febvre, coordinateur qualité, centre hospitalier universitaire de Nice
M. Laurent Fidry, ergothérapeute, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
M^{me} Claude Finkelstein, présidente, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
M^{me} Pascaline Fradelizi, cadre de santé rééducation, hospices civils de Lyon, groupement hospitalier Est, hôpital P. Wertheimer, hôpital L. Pradel
M^{me} Danielle Fregosi, directrice d'établissement de santé, centre hospitalier du pays d'Apt
M^{me} Florence Fries, directrice, centre hospitalier Clermont l'Hérault
M. Marc Fumey, adjoint au chef de service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
D^r Nicolas Gandrille, médecin HAD, fondation santé service
M^{me} Sarah GARIDI, responsable système d'information, qualité, centre de soins de suite et de réadaptation de Thionville
D^r Cynthia Garignon, praticien hospitalier, présidente de la commission médicale d'établissement, centre hospitalier Yves-le-Foll
M. Pierre-François Gasco-Finidori, directeur, HAD de Clara Schumann, clinique les Lauriers
M^{me} Francine Gaston-Carrere, directrice adjointe, clinique du château de Vernhes
M. Henri Gatka, expert-visiteur HAS
M^{me} Dany Gaudalet, cadre supérieur de santé, centre hospitalier de Charleville-Mézières
M. Sébastien Gayet, directeur qualité, gestion des risques et relation usagers, centre hospitalier universitaire de Reims
D^r Claire Georges, responsable médical PASS, hôpital Saint-Louis, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Doris Gillig, déléguée régionale adjointe FHF Grand Est, Centre hospitalier d'Erstein
M^{me} Lorène Gilly, responsable du suivi des politiques publiques, France Alzheimer et maladies apparentées

M^{me} Anna Goar, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Thierry Godeau, praticien hospitalier – président de la Commission médicale d'établissement, groupe hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis
D^r David Gouraud, médecin, polyclinique de l'Atlantique
D^r Amandine Grain, présidente de la Commission médicale d'établissement, centre hospitalier Saint-Marcellin
M^{me} Anne-Sophie Grossemy, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
M^{me} Christine Gueri, directrice département qualité gestion des risques, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Valérie Guerreiro, cadre de santé, réanimation/USIC, hôpital américain de Paris
D^r Florence Guillou, directrice médicale, institut Robert-Merle d'Aubigne
M. Benjamin Guiraud-Chaumeil, président, clinique d'Aufrey
D^r Jean Halligon, angiologue, vice-président de la Commission de certification des établissements de santé, HAS
D^r Michel Hanau, gestionnaire de l'accréditation des ORL, Conseil national professionnel d'oto-rhinolaryngologie
M. Gilbert Hangard, directeur, Fondation Bon-Sauveur
D^r Ghada Hatem-Gantzer, médecin-chef de la Maison des femmes
D^r Sylvie Haulon, médecin cheffe de service, hôpital Émile-Roux
M^{me} Michèle Herzog, cadre de santé, responsable qualité et gestion des risques, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
D^r Christophe Hoareau, praticien hospitalier, centre hospitalier de Bourg-St-Maurice
D^r Didier Honnart, praticien hospitalier, hôpital François Mitterrand, centre hospitalier universitaire de Dijon
D^r Karine Humbert, cheffe de service urgences-USC, polyclinique de la Clarence
M^{me} Anne-Marie Huot, cadre de santé, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
M. Pascal Jacob, président, association handidactique
D^r Hélène Jaillot, pneumologue, centre hospitalier de Bligny
M^{me} Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
M^{me} Odile Janiaut, représentante des usagers, centre hospitalier universitaire de Dijon
D^r Marie-Claude Jars-Guinestre, praticien hospitalier, hôpital Raymond-Poincaré, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Christiane Jean-Bart, cheffe du service recommandations, HAS

D^r Paul Jean-François, praticien hospitalier, groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif
M^{me} Marie-Claire Jouan, cadre supérieur d'anesthésie, hôpital Necker-Enfants malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
D^r Yves Jouchoux, praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur, urgentiste, délégué à la protection des données, centre hospitalier universitaire d'Amiens
D^r Pierre Kalfon, chef de service, centre hospitalier de Chartres
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Johanne Kerloc'h, directrice qualité, LADAPT
M^{me} Chantal Klein, responsable qualité et gestionnaire de risques, HAD Nantes et région
D^r Jean-Michel Klein, président, Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie
M^{me} Maryvonne Kling, directrice des soins, Fondation AUB santé
D^r Nelly Kotzki, présidente de la commission médicale d'établissement, LADAPT Drôme Ardèche
D^r Karim Lachgar, président de la commission médicale d'établissement, chef de service, centre hospitalier Simone Veil
D^r Christophe Lamisse, représentant du Conseil national pour les hospitaliers, centre hospitalier d'Argenteuil
M. Vincent Landi, directeur général, association Écho (activité de dialyse et néphrologie)
D^r Hélène Lanic, praticien spécialiste, centre Henri-Becquerel
M^{me} Corinne Laurat-Valette, coordonnatrice qualité des soins, Groupe LNA santé
M^{me} Marie Laurent-Daspas, représentante des usagers, vice-présidente du conseil de surveillance et directrice de la Ligue contre le cancer de Gironde, centre hospitalier universitaire de Bordeaux, institut Bergonie, réseau de cancérologie d'Aquitaine
Pr Christèle Le Guen, PU-PH, centre hospitalier universitaire de Nantes
M. Alain Le Henaff, représentant des usagers, UFC Que Choisir Pays de la Loire
D^r Catherine Le Rouzic-Dartoy, praticien hospitalier, chirurgien infantile, centre hospitalier universitaire de Brest
M^{me} Christine Le Tollec, responsable qualité pôle santé France, groupe Korian
D^r Christine Lefort, leader de l'équipe accréditation gastro médical team, hôpital privé Jean-Mermoz, Ramsay Générale de santé
D^r Corinne Lejeune-Fremond, praticien hospitalier, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, hôpitaux Champagne Sud, centre hospitalier de Troyes
D^r Pascal Leroux, chef de pôle, pédiatre, centre hospitalier Le Havre
D^r Anne Lesur, responsable parcours, institut de cancérologie de Lorraine
M^{me} Isabelle L'Hôpital, directeur, clinique la Chataigneraie Elsan Beaumont
D^r Catherine Liermier, psychiatre, centre Philippe-Paumelle
M. Frederic Limouzy, directeur d'établissement, centre hospitalier intercommunal Fréjus-Saint-Raphaël
M. Georges-Henri Lion, directeur qualité, parcours patient, centre hospitalier universitaire de Grenoble
M^{me} Elsa Luiggi, sage-femme, centre hospitalier de Valence
D^r Gilles Macaigne, chef de service gastroentérologie, Grand hôpital de l'est francilien, Marne-la-Vallée
M^{me} Pauline Maisani, directrice générale adjointe, Hôpital Bichat, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Pr Jean-Marc Malinovsky, anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier universitaire de Reims
D^r Caroline Marquis, médecin, hôpital américain de Paris
M^{me} Monique Mazard, directrice d'hôpital, centre hospitalier universitaire de Nice
D^r Anne Mebazaa, radiologue, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
M. Patrick Mechain, directeur, animateur qualité du GHT Rhône-Vivarais, centre hospitalier de Valence, centre hospitalier de Crest, centre hospitalier de Die, centre hospitalier de Tournon
D^r Denis Mechali, médecin, hôpital Saint-Louis
D^r Anne Melard, pharmacienne, HAD soins et santé
D^r Elodie Menage, radiologue, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
M^{me} Fabienne Menot, cheffe de projet, DAQSS, HAS
D^r Hervé Mentec, praticien hospitalier, médecine intensive-réanimation, centre hospitalier Victor-Dupouy
D^r Jean Baptiste Meric, médecin, centre hospitalier de Bligny
M^{me} Aline Metais, conseillère technique, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
M^{me} Fatiha Mezi, cadre de santé formateur, institut de formation en soins infirmiers de Marseille
Pr Bertrand Millat, président du conseil scientifique, Caisse nationale d'assurance maladie
M. Alain Monnier, administrateur, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
M^{me} Annie Morin, représentante des usagers, centre hospitalier universitaire de Montpellier
M. Abdel Aziz Moudjed, infirmier diplômé d'État, centre hospitalier régional et universitaire de Nancy

M. Gilbert Mounier, responsable qualité gestion des risques, établissement public de santé de Ville-Évrard
Dr Thierry Mulsant, manager, Agence nationale d'appui à la performance
Dr Simone Nerome, médecin praticien hospitalier, hôpital Beaujon, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Thai Binh Nguyen, praticien hospitalier, rhumatologue, gériatre, coordonnateur des risques associés aux soins, centre hospitalier universitaire de Limoges
M^{me} Émilie Odorico, directrice qualité et gestion des risques, polycliniques Navarre et Marzet
M^{me} Sophie Ollivier, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Dominique Osu, directrice qualité patientèle et politiques sociales, centre hospitalier universitaire de Tours
Dr Jean-Christophe Paquet, praticien hospitalier, chef de pôle, centre hospitalier de Longjumeau
Pr Dominique Pateron, chef de service urgences adultes, centre hospitalier universitaire de Saint-Antoine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Sabine Paysant, sage-femme coordinatrice, centre hospitalier Le Cateau
M^{me} Véronique Peltier Chevillard, cadre supérieure socio-éducatif, centre hospitalier universitaire de Rennes
M^{me} Brigitte Penhoet, cadre de santé, centre hospitalier universitaire de Rennes
Dr Tina Perez, directrice d'établissement, centre hospitalier intercommunal Caux-Vallée-de-Seine
Dr Sylvie Peron, présidente de la Commission médicale d'établissement, centre hospitalier Laborit à Poitiers
Pr Paul Perrin, attaché à la direction générale, hospices civils de Lyon
Dr Pierre Perucho, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, centre hospitalier de Perpignan
M. Roger Picard, directeur, Association de préfiguration Fondation Denise Picard, Les Bruyères
M^{me} Marie-Françoise Pilet, représentante des usagers, pilote formation responsabilité, vice-présidente groupe technique santé soins, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Pr Gérard Ponsot, retraité, vice-président du comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées
M. Pierre Portigliatti, directeur, clinique de soins de suite gériatrique La Pagerie
M^{me} Nathalie Poutignat, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Véronique Pozza, présidente France Assos santé Pays de la Loire, Fédération des acteurs de la solidarité, Pays de la Loire
M^{me} Amélie Prigent, cheffe de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
Dr Evelyne Ragni-Ghazarossian, praticien hospitalier, urologue, présidente du Comité qualité sécurité des soins, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
M^{me} Valérie Raoul Lancry, directrice adjointe, centre hospitalier universitaire de Caen
Dr Pierre Raynal, praticien hospitalier maternité, coordonnateur de la gestion des risques, centre hospitalier de Versailles
Pr Gérard Reach, référent hospitalité et CGRAS (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins), hôpital Avicenne – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M. Yannick Réaux, directeur des projets, de l'organisation et de la qualité, Fondation de la maison du diaconat de Mulhouse
M. Samir Reragui, président, Familles de France Pyrénées-Orientales
M^{me} Patricia Renier, cadre de soins, centre de soins de suite et réadaptation LADAPT Haut de Seine
M^{me} Nelly Reveillard, chargée de mission qualité, siège de la Croix-Rouge française
M^{me} Karine Riguet, assistante chef de pôle psychiatrie adulte, EPSM de la Sarthe
M^{me} Céline Rocard, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Jean Michel Rochet, médecin coordonnateur, clinique Samcellemoz
M^{me} Régine Rouet, cadre de pôle, centre hospitalier sud francilien
M^{me} Jacqueline Ruault, représentante des usagers, Familles de France nationale
Dr Josh Rubenovitch, directeur qualité gestion des risques, centre hospitalier universitaire de Montpellier
Dr Isabelle Runge, praticien hospitalier en médecine intensive et réanimation, centre hospitalier régional d'Orléans
Dr Marie-Odile Saby, présidente de la CME, praticien hospitalier, centre hospitalier de Muret
Dr Thierry Saint-Val, vice-président du collectif national des PASS, centre hospitalier de Bayonne
Dr Jean-François Sallustrau, psychiatre, centre Philippe-Paumelle
Dr Albert Scemama, chef de projet, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Pr Stéphane Schneider, nutritionniste, centre hospitalier universitaire de Nice
Dr Stéphanie Schramm, adjointe au chef du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
M^{me} Nathalie Sonzogni, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
Dr Philippe Souchois, directeur des opérations adjoint, directeur qualité et soins, siège Ramsay-Générale de santé
Dr Lilia Soufir, anesthésiste-réanimateur, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph
M^{me} Alice Tan, chef de projet, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, HAS
Dr Caroline Telion, praticien hospitalier, hôpital Necker-Enfants malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Daniel Terral, président de la commission parcours patient, praticien hospitalier, pédiatre, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
M^{me} Nadège Tessier, ingénieure qualité gestion des risques, centre hospitalier régional d'Orléans
M. Damien Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Stéphane Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Michel Thumerelle, directeur général, centre hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux
Dr Laurence Timsit, médecin qualité du groupe hospitalier de territoire, groupe hospitalier de territoire Aisne-Nord, Haute Somme
M. Christophe Torrens, centre hospitalier Simone Veil
M^{me} Michèle Torres, coordonnatrice des soins, cliniques de Neuilly-sur-Seine : Ambroise Paré, Pierre-Cherest, Hartmann

M. Bruno Tournevache, directeur, centre hospitalier intercommunal du pays de Revermont
Dr Jean Tourres, médecin, polyclinique de l'Atlantique
M^{me} Joelle Tracol, cadre hygiéniste, cadre stérilisation, qualité, Clinique Synergia Luberon
Dr Valery Trosini-Desert, praticien hospitalier, hôpitaux universitaires Pitié Salpêtrière – Charles Foix –, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Anaïs Valencas, directrice, établissement d'accueil du jeune enfant
M^{me} Béatrice Vanuxem, directrice, centre hospitalier universitaire de Nîmes
Dr Philippe Vassel, médecin chef d'établissement, centre de rééducation Le Parc, résidences médico-sociales – BTP
Dr Françoise Vendittelli, gynécologue obstétricien, centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
M^{me} Murielle Vermeersch, directrice, centre hospitalier de Caussade et de Nègrepelisse
M^{me} Sylvie Vernois, cadre de santé, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
M^{me} Caroline Veronet, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Alexis Vervialle, chargé de mission offre de soins, France assos santé
M. Jean-Pierre Vidal, directeur adjoint, centre hospitalier Montperrin
M^{me} Corinne Vieules, cadre de santé, responsable développement, Santé relais domicile Toulouse
Dr Jean Marc Villatte, psychiatre, RAQ, président CME, clinique du Grand Pré
Dr Frederic Zadegan, médecin, institut mutualiste Montsouris

Groupe de travail dispositif

Dr Yvonnick Bezie, pharmacien, chef de service, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
M. Pascal Bonafini, directeur général, centre hospitalier Saint – Joseph et Saint-Luc
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Marie Citrini, vice-présidente de Créteil Respirer à cœur – CRAC – membre de la FFAAIR
Dr Marie-Pierre Dilly, praticien hospitalier, anesthésiste réanimateur, directrice qualité et gestion des risques, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Dr Catherine Grenier, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

M^{me} Anne-Sophie Grossemy, cheffe de projet, service évaluations et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
M^{me} Marie-Claude Hittinger, cheffe de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS
M^{me} Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
M. Loïc Kerbin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
Dr Laurence Luquel, médecin cheffe gériatre, hôpital privé les Magnolias
M^{me} Monique Mazard, directrice du pôle parcours patient, centre hospitalier universitaire de Nice

M^{me} Sandrine Morin, adjointe à la cheffe de service évaluations et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
M^{me} Françoise Planckeel, coordonnateur gestion des risques, clinique du Millénaire
M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Evelyne Ragni-Ghazarossian, praticien hospitalier, urologue, présidente du comité qualité sécurité des soins, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
D^r Georges Romero, anesthésiste réanimateur, responsable qualité et gestion des risques, centre Léon Bérard
Groupe de Travail DIM

D^r Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, centre hospitalier Henri-Laborit, Poitiers
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
D^r Stéphanie Gathion, médecin de santé publique, responsable de la production de l'information médicale, Ramsay santé, Générale de santé
D^r Nicolas Jay, médecin de santé publique, université de Lorraine
Pr Patrick Jourdain, médecin chef de service de cardiologie, centre hospitalier universitaire de Bicêtre – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
D^r Claire Lauérière, médecin de santé publique, centre hospitalier universitaire de Lille

Groupe de travail système d'information

M^{me} Marie-Laure Barbotin, adjointe au chef de service de la transformation numérique et logistique, HAS
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Frédérique Blarel, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Philippe Boulogne, directeur des systèmes d'information directeur délégué du pôle imagerie, hôpital Foch
M^{me} Florence Bulte, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
M. Frédéric Capuano, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Muriel Jakubowski, cheffe de projet, DAQSS, HAS
M. Frank Jolivaldt, chef du service de la transformation numérique et logistique, HAS
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS

M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
D^r Hélène Mathieu-Daude, médecin DIM, Institut du cancer de Montpellier
D^r Victorio Menoyo-Calonge, médecin DIM, hôpital Saint-Jacques de Nantes
M^{me} Isabelle Metzger, directrice qualité et gestion des risques, centre hospitalier de Versailles
M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Judicaël Thevenard, chef de projet, service de la transformation numérique et logistique, HAS
M^{me} Nathalie Vidal, responsable, coordonnateur de la démarche qualité, adjoint au directeur de l'organisation, de la qualité gestion des risques et des relations avec les usagers, pôle politique médicale et parcours de soins – qualité – recherche, centre hospitalier universitaire de Limoges

Groupe de travail implication des usagers dans la certification des établissements de santé pour la qualité des soins

M^{me} Fany Alves, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Joëlle André-Vert, cheffe du service engagement des usagers, HAS
M^{me} Mathilde Bruneau, cheffe de projet, service engagement des usagers, HAS
M^{me} Chantal Cateau, représentante des usagers, Association Le Lien
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Marie Citrini, vice-présidente de Créteil Respire A Cœur (CRAC), membre de la FFAAIR
M^{me} Annie Morin, représentante des usagers Association France rein
M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Véronique Pozza, représentante et déléguée régionale de la Fédération TRANSHEPATE

Expérimentations visite de certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Établissements de santé expérimentateurs :

Groupe hospitalier Paris-Nord-Val-de-Seine
(Bichat – Beaujon)
Centre hospitalier privé Sainte-Marie
Centre hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc
Centre hospitalier Sainte-Anne
HAD France – Châlons-en-Champagne
Centre hospitalier de Versailles
Centre hospitalier de Sully-sur-Loire

Centre hospitalier universitaire de Nice
Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion
Clinique de Turin
Centre régional de lutte contre le cancer
Oscar-Lambret
Clinique du pont de Chaume
Centre hospitalier de Plaisir

Experts-visiteurs et observateurs ayant participé aux expérimentations

M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, pilote des expérimentations de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS
M^{me} Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, pilote des expérimentations de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, HAS
D^r Cécile Di Santolo, expert-visiteur
M^{me} Christine Feisthammel, expert-visiteur
D^r Karine Humbert, expert-visiteur
M^{me} Liliane Alliot Bironneau, expert-visiteur
D^r Muriel Arthus, expert-visiteur
M. Jérôme Austoni, expert-visiteur
M. Yann Barreau, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Catherine Barette, expert-visiteur
D^r Thomas Baum, expert-visiteur
D^r Marie-Françoise Beck, expert-visiteur
M^{me} Christine Belinga-Bayo, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Anne Bencteux, expert-visiteur
M^{me} Céline Biche, expert-visiteur
D^r Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia
M. Pascal Bonafini, directeur général, centre hospitalier Saint-Joseph et Saint-Luc
M. Roland Bouet, praticien hospitalier DIM, CHS Henri Laborit
M^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Marie-Claude Borg, expert-visiteur
D^r Romain Carron, expert-visiteur
M^{me} Chantal Cateau, représentant des usagers, Union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val de Loire, Association Le Lien
D^r Hélène Catenoix, expert-visiteur
M^{me} Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
M. Daniel Chiche, expert-visiteur

D^r Jean-David Cohen, expert-visiteur
D^r Philippe Dailland, expert-visiteur
M^{me} Tien Danh, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Julien Deranlot, expert-visiteur
M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Patrick Dumas, expert-visiteur
D^r Mounir El Mhamdi, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Henri Gatka, expert-visiteur
D^r Catherine Grenier, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
D^r Jean Halligon, angiologue, cabinet phlébologie – médecine vasculaire
M^{me} Marie-Joseph Hoarau Martin, expert-visiteur
D^r Sylviane Huet Crepon, expert-visiteur
M. Loïc Keribin, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Christine Kiener, conseillère technique, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Maryvonne Kling, expert-visiteur
D^r Fatima Laki, expert-visiteur
M. Philippe Laly, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
D^r Corinne Lejeune-Fremond, expert-visiteur
D^r Anne Lesur, expert-visiteur
M^{me} Isabelle L'Hôpital-Rose, directrice, Clinique La Châtaigneraie
D^r Laurence Luquel, expert-visiteur
M^{me} Charlène Manceau, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Patrick Mechain, expert-visiteur
M^{me} Annie Morin, présidente Association des usagers, CISS Languedoc-Roussillon
D^r Simone Nerome, expert-visiteur
M^{me} Sophie Ollivier, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Marie-Hélène Painchaud, expert-visiteur
D^r Éric Parietti, expert-visiteur

D^r Pierre Perucho, anesthésiste réanimateur et médecin coordonnateur HAD, centre hospitalier Perpignan
M^{me} Vanessa Polonia, assistante de gestion, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Pierre Portigliatti, expert-visiteur
D^r Gilbert Pouliquen, expert-visiteur
D^r Geneviève Robles, expert-visiteur

M^{me} Céline Rocard, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
D^r Georges Romero, expert-visiteur
M^{me} Nelly Rubbens, expert-visiteur
M^{me} Nathalie Sonzogni, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M. Stéphane Thibault, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS
M^{me} Caroline Veronet, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

Fédérations, associations, et autres organismes concertés

Agence de la biomédecine
Agence de sûreté nucléaire
Agence nationale d'appui à la performance
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Agence régionale de santé
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Association d'accompagnement, éducation pour l'insertion des personnes en situation de handicap
Association des directeurs d'hôpitaux
Association des établissements du service public de santé mentale
Association des paralysés de France
Association des représentants des usagers dans les cliniques, les associations et les hôpitaux
Association ECHO (activité de dialyse et néphrologie)
Association française de chirurgie ambulatoire
Association française des directeurs des soins
Association française des experts visiteurs de la HAS
Association française des gestionnaires de risques sanitaires
Association française d'ostéopathie
Association handidactique
Association nationale des centres hospitaliers locaux
Association régionale pour l'intégration
Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée
Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
Collège de bonnes pratiques de réanimation médicale
Collège de la médecine générale
Collège de pharmacie d'officine et de pharmacie hospitalière
Collège français de médecine d'urgence
Collège français des anesthésistes-réanimateurs
Collège français de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Collège infirmier français
Collège national des gynécologues et obstétriciens français

Collège national des sages-femmes de France
Collège national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques
Collège national professionnel de chirurgie vasculaire
Collège professionnel des gériatres français
Commission de certification des établissements de santé
Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance
Conférence des directeurs de centre hospitalier
Conférence des directeurs d'hôpitaux MCO de la FEHAP
Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire et HCL
Conférence des présidents de CME privé à but non lucratif
Conférence des présidents de CME HP
Conférence des présidents de CME privé à but lucratif (ESPIC)
Conférence des présidents de CME privé à but non lucratif (ESPIC)
Conférence des présidents de CME de CH
Conférence des présidents de CME de CHS
Conférence des présidents de CME de CHU
Conseil national de l'Ordre des infirmiers
Conseil national de l'Ordre des médecins
Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
Conseil national de l'urgence hospitalière
Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie
Conseil national professionnel – Fédération française d'infectiologie
Conseil national professionnel d'allergologie et d'immunologie
Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
Conseil national professionnel de biologie des agents infectieux – hygiène hospitalière
Conseil national professionnel de biologie médicale
Conseil national professionnel de cardiologie
Conseil national professionnel de chirurgie de l'enfant

Conseil national professionnel de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive
Conseil national professionnel de dermatologie
Conseil national professionnel de génétique clinique, chromosomique et moléculaire
Conseil national professionnel de gynécologie – obstétrique
Conseil national professionnel de médecine du sport
Conseil national professionnel de médecine du travail
Conseil national professionnel de médecine nucléaire
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
Conseil national professionnel de médecine vasculaire
Conseil national professionnel de néphrologie
Conseil national professionnel de nutrition
Conseil national professionnel de psychiatrie
Conseil national professionnel de psychiatrie – Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
Conseil national professionnel de radiologie et d'imagerie médicale (G4)
Conseil national professionnel de radiothérapie oncologique
Conseil national professionnel de rhumatologie
Conseil national professionnel de santé publique
Conseil national professionnel de stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale
Conseil national professionnel de vigilance et thérapeutique transfusionnelles, tissulaires et cellulaires
Conseil national professionnel des internistes
Conseil national professionnel des pathologistes
Conseil national professionnel d'hématologie
Conseil national professionnel d'oncologie médicale
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie
Conseil national professionnel d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico faciale
Conseil national professionnel d'urologie
Conseil national professionnel – Fédération française de neurologie
Conseil national professionnel médecine intensive réanimation
Conseil national professionnel de neurochirurgie
Contrôleur général des lieux de privation de liberté
Défenseur des droits
Direction générale de la santé
Direction générale de l'offre de santé
Directoire professionnel des plasticiens
Établissement d'accueil de jeunes enfants
Établissement français du sang
Familles de France nationales
Familles de France Pyrénées Orientales
Fédération de chirurgie viscérale & digestive
Fédération de l'hospitalisation privée
Fédération de l'hospitalisation privée – médecine, chirurgie obstétrique
Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie
Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie
Fédération de l'Hospitalisation privée – soins de suite et de réadaptation
Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne
Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques
Fédération des spécialités médicales
Fédération française d'addictologie
Fédération française de pneumologie
Fédération française de psychiatrie – Conseil national professionnel de psychiatrie
Fédération hospitalière de France
Fédération nationale des associations de retraités
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
Fédération Unicancer
France Alzheimer et maladies apparentées
France Assos santé
Haute Autorité de santé
Institut de formation en soins infirmiers de Marseille
Institut national du Cancer
L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
Le Collège de la masso kinésithérapie
Mutuelle générale de l'Éducation nationale
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
Représentante des usagers de l'AP-HP
SAMU 59
Santé publique France
School of medicine, Paris-Descartes University
Service de santé des armées
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
Société française de gestion des risques en établissements de santé
Société française de l'évaluation
Société française de pédiatrie
UFC Que Choisir Pays de la Loire
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Union nationale des cliniques psychiatriques de France

Autres collaborateurs de la HAS ayant participé au développement de la certification

M^{me} Isabelle Alquier, conseillère technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Bruno Bally, adjoint du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M^{me} Emmanuelle Bara, directrice de la direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers
D^r Philippe Cabarrot, conseiller technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Philippe Chevalier, conseiller technique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Pierre De Montalembert, chef de cabinet
M^{me} Christine Devaud, adjointe à la cheffe du service documentation et veille
D^r Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
M^{me} Florence Gaudin, cheffe du service presse
M^{me} Véronique Ghadi, directrice de la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

M^{me} Marie Gloanec, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
D^r Camille Leandre, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M. Daniel Ludet, déontologue
M^{me} Laure Menanteau Bendavid, cheffe du service communication et information
M^{me} Anne-Françoise Pauchet-Traversat, cheffe de projet service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
M^{me} Ludivine Protin, chargée de communication, service communication et information
M^{me} Ariane Sachs, chargée de mission auprès du secrétariat général et du service juridique
M^{me} Yasmine Sami, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
D^r Olivier Scemama, adjoint au chef du service évaluation économique et santé publique
M^{me} Christine Vincent, adjointe à la directrice chargée du secrétariat général, cheffe du service juridique

Et l'ensemble des membres du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, du service des bonnes pratiques professionnelles, de la direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers, du secrétariat général.

Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS

M^{me} Fany Alves, assistante de gestion
M. Bora Aygul, assistant de gestion
M. Yann Barreau, chef de projet
M^{me} Aurélie Baude, assistante de gestion
M^{me} Saïda Belferroum, assistante de gestion
M^{me} Christine Belinga-Bayo, cheffe de projet
M^{me} Nora Ben Hamidouche, assistante de gestion
M^{me} Frédérique Blarel, cheffe de projet
M^{me} Catherine Bourgneuf, cheffe de projet
M^{me} Betty Bressan, assistante de gestion
M^{me} Véronique Brosseau Roulier, assistante de gestion
M^{me} Florence Bulte, assistante de gestion
M. Frédéric Capuano, chef de projet
M^{me} Ella Chabanne, assistante de gestion
M^{me} Anne Chevrier, cheffe de service
M^{me} Élise Costeja, assistante de gestion
M^{me} Ghislaine Couespel, assistante de gestion
M^{me} Tien Danh, cheffe de projet
M^{me} Rose-Marie Derenne, cheffe de projet
M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet
M^{me} Susie Dubois, assistante de projet
M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet

D^r Mounir El Mhamdi, chef de projet
M^{me} Charlotte Giral, assistante de gestion
M^{me} Céline Grimeau, assistante de gestion
M^{me} Yasmina Hagag, assistante de gestion
M^{me} Audrey Hagège, cheffe de projet
M^{me} Nathalie Hurvoas, assistante de gestion
M. Loïc Keribin, adjoint au chef de service
M^{me} Christine Kiener, conseillère technique
M^{me} Chantal Laaroussi, assistante de gestion
M. Philippe Laly, adjoint au chef de service
M^{me} Magali Leclerc, assistante de gestion
M. Daniel Lemoigne, assistant de gestion
M^{me} Marie Level, cheffe de projet
M. Mohammed Makhoukh, chef de projet
M^{me} Laura Malvoisin, assistante de gestion
M^{me} Charlène Manceau, cheffe de projet
M^{me} Isabelle Mauras, cheffe de projet
M. Frédéric Micouin, chef de projet
D^r Simone Nerome, cheffe de projet
M^{me} Sophie Ollivier, cheffe de projet
M^{me} Véronique Peirac, assistante de gestion
M^{me} Vanessa Polonia, assistante de gestion

Remerciements

M^{me} Florence Pouvesle, cheffe de projet
M^{me} Patricia Prouvay, assistante de gestion
M^{me} Céline Rocard, cheffe de projet
M^{me} Katell Rochefort Smida, cheffe de projet
M^{me} Christiane Rossatto, conseillère technique

M^{me} Nathalie Sonzogni, cheffe de projet
M. Stéphane Thibault, chef de projet
M^{me} Caroline Veronet, cheffe de projet
M^{me} Vesna Virijevic, assistante de gestion
M. Wesley Zelphin, assistant de gestion

Conseil pour l'engagement des usagers HAS

M. Christian Saout, président
M. François Blot, médecin en réanimation médicale
M^{me} Julia Boivin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M^{me} Agnès Bourdon-Busin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Nicolas Brun, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M^{me} Véronique Cornu, directrice d'établissement médico-social
M. Christophe Demonfaucon, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M^{me} Eve Gardien, enseignant-chercheur, sociologue
M^{me} Olivia Gross-Khalifa, enseignant-chercheur en sciences de l'éducation
M^{me} Julie Haesebaert, médecin de santé publique
M. Arnaud Lacquit, infirmier en établissement de santé spécialisé en psychiatrie

M^{me} Francine Laigle, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M^{me} Sylvie Le Moal, directrice adjointe de l'accueil et des relations avec les usagers en établissement de santé
M. Cyril Martin, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Etienne Minvielle, médecin de santé publique, directeur de recherche en gestion et management des organisations de santé
M^{me} Fabienne Ragain-Gire, usager des systèmes de soins, sociaux ou médico-sociaux
M. Thomas Sannié, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Claude Séverac, usager des systèmes de soins sociaux ou médico-sociaux
M. Patrick Vuattoux, médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle

Autres professionnels ayant participé à la relecture

Pr Jean-Claude Carel, chef du service d'endocrinologie diabétologie pédiatrique, AP-HP
M. Laurent Beaumont, ingénieur qualité, centre hospitalier Le Vinatier, président de l'Association nationale des responsables qualité en psychiatrie
M. Pascal Benard, directeur, EPSM du Morbihan
M^{me} Dominique De Wilde, directrice générale du centre hospitalier universitaire de Reims, membre de la Commission de certification des établissements de santé jusqu'en juillet 2019, HAS
M^{me} Céline Descamps, secrétaire générale, communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole

Dr Christian Espagno, directeur associé, Agence nationale d'appui à la performance
Dr Yvan Halimi, psychiatre, président du comité de suivi « psychiatrie santé mentale », HAS
M. Pascal Mariotti, directeur, centre hospitalier Le Vinatier, président de l'Association des établissements du service public de santé mentale
M^{me} Laurence Nivet, directrice, HAD AP-HP
M^{me} Marine Plantevin, directrice, centre hospitalier Césame

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

