



Évaluation du parcours intrahospitalier

Selon le référentiel

Juin 2025

Le parcours de soins représente pour le patient un enchaînement optimal des séquences de soins, où la maîtrise des interfaces entre chaque séquence est cruciale. La coordination des professionnels est essentielle pour favoriser les échanges d'informations entre tous les acteurs, facilitée par un système d'information ergonomique et accessible. Cette démarche intègre diverses dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique, accessibilité, continuité et expérience du patient.

Cette fiche traite des grandes étapes du parcours intrahospitalier, incluant l'identification du patient à chaque étape. Les spécificités liées à l'accès aux soins et à l'organisation des soins dans différents secteurs (maternité, chirurgie, psychiatrie, soins critiques, SMR, HAD, urgences, etc.), ainsi que l'urgence vitale, sont détaillées dans des fiches spécifiques.

Définitions

L'identité nationale de santé et identification secondaire

L'identité nationale de santé (INS) est un référentiel clé de la feuille de route Ma santé 2022, permettant une identification numérique des patients dans les systèmes d'information. Obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2021, elle assure une identification fiable des patients par les professionnels de santé. Couplée à une démarche d'identitovigilance, l'INS améliore la qualité et la sécurité des soins. Des opérations d'identification secondaire, incluant des dispositifs physiques d'identification et des vérifications régulières, garantissent que les soins sont administrés au bon patient.

Le projet de soins

Un projet de soins est un plan d'action créé par une équipe soignante pluridisciplinaire en collaboration avec le patient et sa famille. Il inclut une approche diagnostique et une stratégie thérapeutique, visant à offrir des soins de qualité, adaptés et centrés sur le patient, en tenant compte des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et spirituels. Ce projet est dynamique et évolue selon l'état de santé et les besoins du patient. Il comprend la formulation d'objectifs, la détermination des interventions et l'évaluation des actions, tout en respectant les bonnes pratiques pour éviter l'errance diagnostique.

En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées (1.1-04)
- Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante (1.1-06)
- Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (1.1-09)
- Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge (1.2-04)
- Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie (1.3-04)
- Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (1.3-05)
- Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins (1.3-11)
- Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins (1.4-04)
- Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation (2.1-01)
- Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté (2.1-02)
- Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (2.1-03)
- Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative (2.1-05)
- Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients (2.1-06)
- Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients (2.1-13)
- Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins (2.1-14)
- Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (2.2-01)
- Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales (2.2-12)
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique (2.4-06)
- Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie (2.4-09)
- L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté (3.3-02)
- L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient (3.4-04)

En quoi les indicateurs répondent-ils aux enjeux du thème ?

L'ensemble des indicateurs qualité et sécurité des soins validés ou en cours de développement sont consultables sur le site internet de la HAS.

Les points clés de l'évaluation

En condition de visite de certification, l'évaluateur est un expert-visitateur. Lors d'une évaluation interne, l'établissement peut désigner comme évaluateur toute personne qu'il estimera compétente.

L'accueil administratif recueille une adresse mail pour l'envoi des questionnaires e-Satis et informer le patient sur l'objet de ce recueil.

Dès l'accueil, l'identification du patient à chaque étape de sa prise en charge est cruciale pour relier ses données et assurer la délivrance des actes prescrits à la bonne personne. **Vous vous assurerez que :**

- **à l'entrée :**
 - les règles d'identification sont appliquées conformément au référentiel national d'identitovigilance pour tous les patients, y compris les cas particuliers (patient non communicant non identifiable, nouveau-né, personne étrangère, patient voulant rester anonyme, afflux massif de patients),
 - le personnel est formé à la qualification de l'identité nationale de santé et aux procédures en mode dégradé,
 - le personnel impliqué dans l'accueil est formé à la prévention des erreurs d'identification et à leur déclaration ;
- **pendant le séjour, les professionnels :**
 - sont formés à la prévention des erreurs d'identification,
 - vérifient la concordance entre l'identité, la prescription et l'acte,
 - impliquent le patient dans la procédure de sécurité et l'informent des règles à suivre,
 - signalent tout événement porteur de risques ou indésirable,
 - appliquent les règles d'identification secondaire, en utilisant un dispositif d'identification si nécessaire (ex. : bracelet, photographie, tout autre dispositif respectant la confidentialité et la dignité du patient...) et en informant le patient de ses objectifs.

Dans les secteurs de consultations et de soins externes, **vous questionnerez** les professionnels quant à :

- **l'organisation des rendez-vous en :**
 - vérifiant le processus de prise de premier rendez-vous, notamment le suivi du taux de décroché pour les appels téléphoniques,
 - assurant un accompagnement pour la prise de rendez-vous d'examens complémentaires ou avec d'autres professionnels, afin de faciliter l'accès aux soins et réduire la fracture numérique pour les patients vulnérables ;
- **la mise à disposition des comptes-rendus** dans le dossier hospitalier du patient et dans son dossier médical de Mon espace santé, correctement identifiés avec l'INS du patient ;
- **l'adaptation de la prise en charge hospitalière** (notamment matériels nécessaires) et des moyens de communication pour les patients en situation de handicap ;
- **la collaboration entre professionnels** sur les difficultés et la recherche de solutions pour fluidifier et renforcer l'efficacité de la prise en charge des patients.

Dans les établissements sans secteur de consultations ou de soins externes, ou si les consultations sont assurées par des médecins libéraux, **seuls deux éléments d'évaluation sont applicables :**

- la disponibilité des comptes-rendus de consultation dans le dossier médical de l'établissement et leur versement dans le dossier médical partagé de Mon espace santé ;
- la mise en œuvre d'actions d'amélioration par les secteurs de consultations et de soins externes, pour donner suite aux échanges avec les autres intervenants du parcours intrahospitalier.

1. S'assurer de l'identité du patient de son entrée jusqu'à sa sortie

Règles d'identification du patient définies et appliquées

Vérification de la concordance entre l'identité, la prescription et l'acte

2. Organiser l'accès aux soins

Organisation des rendez-vous/ Gestion des comptes-rendus/ Prise en compte des aptitudes des patients/Coordination entre professionnels

En début de prise en charge, le projet de soins doit être établi en collaboration avec le patient et/ou sa personne de confiance. **Vous vous assurez que :**

• **il est élaboré par une équipe qualifiée :**

- des professionnels qualifiés dans les disciplines concernées, en interne ou sur le territoire, incluant des professionnels en soins de support,
- si le patient n'est pas dans l'unité adaptée, le projet est élaboré avec l'équipe qui aurait dû l'accueillir, en lien avec l'équipe qui l'héberge,
- la place des aidants et de la personne de confiance est évaluée en lien avec le patient ;

• **il intègre :**

- une évaluation globale de la situation du patient (clinique, psychologique, autonomie, rééducation, conditions de vie),
- une analyse des bénéfices et risques de la prise en charge,
- l'adhésion du patient aux parcours envisageables,
- la prise en compte des besoins du patient, notamment pour les patients en situation de handicap ou de précarité, ses préférences et son expérience,
- des expertises internes ou externes et des avis spécialisés, éventuellement grâce à la télésanté,
- les connaissances scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques ;

• **il prévoit :**

- des actions de prévention tenant compte des facteurs de risque de chaque patient,
- une prise en charge nutritionnelle pour les patients le nécessitant, avec identification de la dénutrition,
- la prise en compte des directives anticipées du patient ou de la trace du refus d'en rédiger,
- la place des aidants, notamment pour les patients en situation de handicap ou en hospitalisation à domicile,
- le point de vue des éventuels patients partenaires.

L'ensemble de ces éléments est tracé dans le dossier du patient.

Le **projet de soins** s'adapte aux changements de l'état de santé, des besoins, des préférences, de l'expérience du patient, ainsi qu'aux bénéfices et risques associés. Tous les ajustements sont documentés dans le dossier du patient. Pour suivre la prise en charge, les professionnels impliqués doivent pouvoir, selon leurs habilitations :

- accéder aux données du patient contenues dans son dossier ;
- documenter tous les éléments nécessaires à la prise en charge : les examens cliniques, les prescriptions, les résultats de bilans, les allergies et les bactéries multirésistantes.

Pour les transports intrahospitaliers, visant à acheminer le patient au bon moment et au bon endroit en toute sécurité, il est essentiel de :

- former les professionnels (identitovigilance, gestes d'urgence, maîtrise du risque infectieux) et informer le patient des destinations et horaires ;
- respecter la dignité, l'intimité, le confort et la confidentialité du patient ;
- adapter les délais et modalités de transport à la qualité et à la continuité des soins ;
- définir des modalités spécifiques pour les patients non communicants ;
- assurer la continuité de l'activité en cas d'absence de fonction brancardage, grâce à une coordination efficace.

3. Se coordonner pour définir un projet de soins adapté

Élaboration du projet de soins

4. Se coordonner pour le suivi de la prise en charge

Accès permanent au dossier du patient

Transport intrahospitalier

Pour assurer une sortie du patient sans rupture de parcours, que ce soit vers son domicile ou une autre entité, **vous vous assurez que** l'équipe :

- évalue les difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques du patient, en tenant compte de ses conditions de vie ;
- garantit que le patient (ou sa famille) peut se procurer les médicaments et équipements nécessaires, quels que soient le jour ou l'heure de sortie ;
- verse les documents utiles au dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient ;
- remet et explique une lettre de liaison au patient, et l'adresse au médecin traitant après accord du patient.

Dans les services confrontés à des décès, **vous vous assurez que** les professionnels :

- **sont formés à l'annonce d'un décès et à l'accompagnement** psychologique et pratique (socialement et administrativement) de l'entourage et des aidants – intégrant le cas spécifique du deuil périnatal ;
- **connaissent les conduites à tenir en cas de décès :**
 - constat de décès,
 - durée de présence du corps dans l'unité de soin,
 - prise en compte des volontés et convictions du défunt,
 - gestion des affaires personnelles,
 - information du médecin traitant ou d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient décédé ;
- **connaissent les modalités de conservation et de transfert du corps :**
 - transfert du corps entre le lieu de décès et la chambre mortuaire,
 - conditions de conservation et de présentation aux familles respectueuses de la dignité du défunt et des personnes présentes,
 - identification des corps pour prévenir toute erreur de présentation ou de remise de corps.

Pour garantir une prise en charge adaptée et pertinente, vous vous assurez que les équipes mesurent l'impact de leurs pratiques et s'engagent dans des actions d'amélioration. Voici les points clés à assurer :

- **suivi et analyse des indicateurs de pratiques cliniques**, ainsi que des indicateurs qualité et sécurité des soins, notamment les IQSS nationaux recueillis par la HAS, particulièrement ceux liés à la satisfaction et à l'expérience des patients (e-Satis) ;
- **analyse et amélioration des événements indésirables associés aux soins (EIAS)** déclarés et mise en œuvre des actions nécessaires pour améliorer les pratiques ;
- à partir de l'analyse de ces modes d'évaluation, mise en œuvre des **actions d'amélioration** pour améliorer les résultats.

5. Organiser la sortie

Prendre en compte les difficultés du patient

Assurer l'accès aux médicaments et équipements/Verser les documents dans Mon espace santé/Remettre la lettre de liaison

6. Organiser la prise en charge du décès

Formation à l'annonce du décès et à l'accompagnement/Conduite à tenir/Conservation et transferts du corps

Conduite à tenir/Conservation et transferts du corps

Conservation et transferts du corps

7. Évaluer ses pratiques, analyser ses résultats et s'améliorer

Indicateurs de pratiques cliniques et IQSS/Analyse des EIAS/Amélioration

Amélioration des pratiques

L'évaluation du parcours intrahospitalier

Aide au questionnement

Ces exemples de questions sont indicatifs et non exhaustifs. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Avec les professionnels

- **Aux consultations**, pouvez-vous m'expliquer le dispositif de prise de rdv proposé aux patients ? Comment accompagnez-vous les patients pour la prise de rendez-vous pour des examens complémentaires ? Pouvez-vous me montrer un compte-rendu de consultation ? Qui peut le consulter ? Est-il versé dans Mon espace santé ? Comment pouvez-vous consulter le dossier médical de Mon espace santé ? Si le patient nécessite un avis médical au sein d'un centre de référence, vers qui l'adressez-vous ? Réalisez-vous des analyses de pratique conjointe avec d'autres services ? Avez-vous identifié des actions d'amélioration à la suite de ces analyses ? (2.1-01)
- **Pour les admissions programmées**, lorsque le patient est en provenance d'un autre établissement (sanitaire ou médico-social), comment récupérez-vous les éléments utiles à sa prise en charge, notamment pour éviter la redondance de certains examens ? Lorsqu'un patient est admis après une consultation, en ville ou en interne, comment récupérez-vous les éléments utiles à votre prise en charge ?
- **Pour les admissions post-urgences**, comment récupérez-vous les éléments recueillis aux urgences et utiles à la prise en charge du patient (examen clinique, prescriptions, résultats de bilan...) ? (2.2-01)
- Dans le dossier du patient, pourriez-vous me montrer son **projet de soins** ? Comment avez-vous déterminé les objectifs de ce projet de soins ? Sur la base de quelles informations propres aux patients : évaluation globale, bénéfices attendus et risques, besoins du patient, préférence, expérience ? (1.3-01) Pourriez-vous me montrer où sont tracés, par exemple, les antécédents, l'examen clinique, les prescriptions, les résultats de bilan, les allergies, l'existence d'une bactérie multirésistante... ? Comment l'ensemble des professionnels impliqués (médecins, paramédicaux, soins de support, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, brancardier...) dans la prise en charge du patient y accèdent-ils ? Avez-vous accès aux informations générées par les logiciels métier des autres spécialités : anesthésie, surspécialités ? (2.1-02)
- Qui a participé à sa définition ? Les soins de support étaient-ils présents ? (2.1-03) Les imageurs (en oncologie, maladies infectieuses chroniques) ? (2.4-09) Avez-vous eu recours à des expertises ou spécialités, en interne ou en externe (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie...) ? Qui ? Comment les contactez-vous (par exemple, la télésanté) ? (2.1-03) Lorsque le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité d'accueil (suractivité occasionnelle), comment associez-vous l'équipe qui l'héberge à l'élaboration du projet de soins ? (2.1-03)
- À l'appui de quelles références de spécialités, nationales, internationales, etc. (connaissances scientifiques, recommandations de bonnes pratiques) ? (2.4-01)
- Comment faites-vous évoluer le projet de soins du patient ? Comment assurez-vous le suivi de son état de santé, de ses besoins, de ses préférences, de son expérience, l'évolution des bénéfices et des risques ? (1.3-01)
- Quels sont les circuits de programmation pour demander un examen en biologie, anatomopathologie et imagerie ? Comment procédez-vous en cas de demande d'examen en urgence ? En moyenne, quels sont les délais de rendez-vous pour ces examens ? Pour ce patient, le délai entre la demande d'examen et l'examen vous semblait-il répondre à ses besoins ? En moyenne, quels sont les délais entre l'examen et le compte-rendu ? Pour ce patient, ce délai vous semblait-il adapté ? Les prélèvements respectent-ils les bonnes pratiques ? La réalisation des examens d'imagerie est-elle conforme aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie ? Comment analysez-vous les événements indésirables en lien avec les activités de laboratoire et d'imagerie ? (2.4-09)
- Lorsque la prise en charge est compatible avec l'HAD, le transfert est-il étudié ? Si oui, au regard de quelles informations : autonomie du patient, domicile, adhésion des proches et des aidants ? Un avis a-t-il été demandé à une structure d'HAD ? Si oui, pouvez-vous me montrer, dans le dossier, la trace de votre demande et le retour de la structure d'HAD ? (2.1-03)
- Sur l'**identification des patients** : quels sont les lieux où s'effectue l'identification des patients (par exemple, les admissions) ? Savez-vous contacter les référents de la cellule d'identitovigilance ? Avant tout acte, comment vous assurez-vous de la concordance entre le patient, la prescription et l'acte ? Les patients savent pourquoi vous leur demandez régulièrement leur identité ? (2.2-01) Comment identifiez-vous un patient en cas de panne informatique ? (2.2-01)
- **À la fin du séjour dans l'unité** (mutation intrahospitalière ou transfert extrahospitalier), quelles informations transmettez-vous au service ou à l'établissement d'aval qui va assurer la continuité de la prise en charge : identité complète du patient, ses antécédents, ses facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens, les prescriptions ? (Crit. 2.1-14)
- Aux brancardiers et aux personnes en charge du transport intrahospitalier, avez-vous été formés à l'identitovigilance, aux gestes d'urgence, à la maîtrise du risque infectieux ? Comment les patients sont-ils informés de l'heure à laquelle vous allez venir les chercher et de la destination ? (2.1-13)

- **À la fin du séjour hospitalier**, comment vous assurez-vous que le patient peut se procurer les médicaments et les équipements nécessaires à son retour à domicile ou son entrée en établissement médico-social ? Comment cela fonctionne-t-il pour les sorties le week-end et les jours fériés ? Aux médecins, quels sont les types de documents du dossier du patient que vous avez reversés au dossier médical de Mon espace santé et au dossier pharmaceutique ? (2.1-14)
- Pourriez-vous me montrer la lettre de liaison du patient ? Pouvez-vous me montrer le bilan thérapeutique ? (2.1-14.) Quand lui a-t-elle été remise ? Comment expliquez-vous au patient le contenu de cette lettre ? A-t-elle été adressée au médecin traitant ? Quand ? Comment ? (2.1-14)
- Concernant la **culture de l'analyse des résultats** : sur ce parcours, avez-vous identifié des potentiels d'amélioration ? Lesquels ? Pourriez-vous me présenter une évaluation de pratiques professionnelles ? Quelles sont les conclusions d'une analyse des résultats cliniques que vous avez obtenus sur un échantillon de patients concernés par cette prise en charge ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mises en œuvre après cette analyse ? (2.4-01, 3.1-01)
- Avez-vous des indicateurs qui vous permettent de vous assurer de la qualité et de la sécurité de vos prises en charge ? Si oui, lesquels ? Quels sont les résultats ? Connaissez-vous les IQSS qui vous concernent, par exemple, la lettre de liaison à la sortie ? Connaissez-vous la valeur de ces IQSS ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mises en place pour améliorer vos indicateurs ? (2.4-06 3.1-01)
- Comment mesurez-vous la satisfaction et l'expérience de vos patients ? Connaissez-vous les résultats ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mises en place pour améliorer la satisfaction et l'expérience de vos patients ? (1.4-02, 14-03)
- Déclarez-vous des événements indésirables ou des presque accidents ? Pourriez-vous me donner un exemple, idéalement en lien avec ce parcours ? Sur la base de ces événements indésirables, réalisez-vous des RMM (revues de mortalité et de morbidité), des CREX (comptes-rendus d'expérience), etc. ? Pourriez-vous me transmettre un compte-rendu ? Quelles méthodes d'analyse des causes utilisez-vous ? Participez-vous à la définition des actions d'amélioration ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mises en place pour réduire la répétition de cet événement indésirable ? (3.1-04)
- Avez-vous des indicateurs partagés avec la biologie, l'anatomopathologie et l'imagerie sur la qualité des prescriptions, des prélèvements, du délai d'examen, de compte-rendu ? Jugez-vous que les résultats des indicateurs sont bons ? Si non, partagez-vous avec eux les résultats de ces indicateurs et les actions à mettre en place pour les améliorer ? (2.4-09)

Pour aller plus loin

Références HAS

- Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2018.
- Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé, 2018.
- Patient et professionnels de santé : décider ensemble, 2013.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – Principes généraux, 2012.
- Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018.
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, 2018.
- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.
- Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte, 2019.
- Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus, novembre 2021.
- 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.
- Éducation thérapeutique du patient (ETP) : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques, 2018.
- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016.
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, 2006.
- L'essentiel de la démarche palliative, 2016.
- Sortie du patient hospitalisé, 2010.
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2018.
- Accès aux soins : un guide de référence des établissements et services sanitaires et médico-sociaux pour les personnes en situation de précarité, 2024.

Références légales et réglementaires

- Charte de la personne hospitalisée, 2002.
- Instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.
- Circulaire DH/AF 1 n° 99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé.
- Décret n° 2000-318 du 7 avril 2000 relatif à la partie réglementaire du Code général des collectivités territoriales.
- Référentiel national d'identitovigilance, 2022.

Autres références

- Charte Romain Jacob.



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Patients, soignants, un engagement partagé



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS : www.has-sante.fr



has-sante.fr/qualiscope