



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

REFERENTIEL

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Version 2027

Descriptif de la publication

Titre	Certification des établissements de santé
Méthode de travail	Groupes de travail et co-construction
Cibles concernées	Professionnels et représentants des usagers des établissements de santé, agences régionales de santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Validation par le Collège le 25 juin 2026
Immatriculation interne	ACDC_CED_R004_M

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

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

Haute Autorité de santé – service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2026 – n° ISBN978-2-11-155620-1

Sommaire

Le référentiel

Les fiches critères

Lexique

Remerciements

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

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

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

A contrario :

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

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

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

Cette démarche est réalisée selon des standards internationaux : la HAS est elle-même évaluée par l'*International Society for Quality in Health Care (ISQua)* via l'*International Accreditation Program (IAP)*, le programme inter- national qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. En février 2023, la HAS a été accréditée par l'ISQua pour la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble de la procédure de certification des établissements de santé (référentiel, organisation pour le déploiement de la certification, programme de formation des experts-visiteurs. Cette reconnaissance internationale est un gage de rigueur et de qualité du dispositif HAS et constitue une marque de confiance qui a conduit d'autres établissements de pays francophones à conventionner volontairement avec la HAS pour être évalués selon la méthode et le référentiel français. Une transposition du référentiel de certification français aux spécificités de ces pays a été réalisée.

En évolution constante depuis 25 ans...

La démarche de certification des établissements de santé a débuté il y a 25 ans. Elle s'inscrivait dans le cadre d'une volonté générale – en France et à l'international, dans le domaine sanitaire comme d'autres secteurs d'activité – de sécuriser au mieux les processus de production. Elle répondait également à une attente légitime de plus grande transparence sur la qualité du service rendu, pour les patients et leurs représentants, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels de santé. Elle a permis de stimuler une démarche collective visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médicaliser pour 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

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 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.

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.

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

Le développement du partenariat avec les patients

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

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

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

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

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

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

L'adaptation aux évolutions du système de santé

Le référentiel évolue en continu pour rester aligné avec un système de santé en transformation rapide. Il intègre, depuis la fin du 5^e cycle, l'innovation et le numérique, notamment l'intelligence artificielle. Avec la transformation des pratiques se posent de nouveaux enjeux éthiques et de sécurité que le référentiel traduit dans son contenu. Le référentiel de certification tient compte des évolutions sociétales, avec des patients plus acteurs et des attentes accrues en transparence et en qualité. L'innovation managériale n'est pas oubliée permettant de mieux prendre en compte la santé des professionnels à travers des dispositifs de veilles, de formations et de signalements. De même, face au changement climatique, le référentiel encourage des organisations de soins attentives à leur environnement en développant des approches écoresponsables.

Le référentiel de certification est ainsi un référentiel de bonnes pratiques visant l'amélioration continue au service d'un système de santé plus durable et centré sur les besoins des populations.

.

Le référentiel

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

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

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

Conformément aux dispositions de la procédure de certification parue au Journal officiel, ce référentiel décline le système de la certification sur ses différents aspects :

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

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

Un référentiel structuré en 12 objectifs répartis en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement

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

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 Le patient	1.1 – Le respect des droits du patient
	1.2 – L'information du patient
	1.3 – L'engagement du patient dans son projet de soins
	1.4 – L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

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

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

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

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

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

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

Un référentiel modulable en fonction de l'établissement de santé

Le référentiel contient 76 critères génériques, qui s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, et 25 critères spécifiques liés à des champs d'application relevant :

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

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

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

- 74 critères **standards** qui correspondent aux attendus de la certification.
- 22 critères **impératifs** qui correspondent à des exigences fondamentales dans tous les établissements de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement ; elle pourra avoir un impact sur le niveau de décision.
- 5 critères **avancés** qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standards de demain.

La démarche de certification en pratique

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

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

S'inscrire dans le dispositif et personnaliser sa démarche

L'engagement dans la démarche s'effectue par entité juridique, sauf conventionnement particulier avec la HAS.

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

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

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

Cette étape d'engagement consiste aussi à identifier le profil de l'établissement qui permet ainsi de définir :

- les critères spécifiques du référentiel qui lui sont applicables. En effet, les critères génériques sont applicables à tout établissement alors que les critères spécifiques dépendent des activités, des modes de prise en charge ou du type de population accueillie ;
- le nombre et les méthodes d'évaluation qui seront réalisées lors de la visite (nombre et profils des patients traceurs, parcours traceurs...).

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

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

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

**Un référentiel
adapté à chaque
établissement**

**Calista :
une plateforme
collaborative**

Des méthodes d'évaluation proches du terrain

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



**Le patient
traceur**



**Le parcours
traceur**



**Le traceur
ciblé**



**L'audit
système**



L'observation

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

Patient traceur

Le patient traceur évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. Il recueille, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches.

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

L'évaluateur rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient.

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

Parcours traceur

Le parcours traceur évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe. Il apprécie aussi la culture qualité et sécurité des soins. L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la prise en charge.

*Une évaluation de la
coordination des
services*

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

Traceur ciblé

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

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

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

Une évaluation de la stratégie jusqu'au terrain

Audit système

L'audit système consiste à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. L'évaluation part du processus jusqu'à la vérification, sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels. Pour ce faire, l'évaluateur consulte, dans un premier temps, l'ensemble des éléments constitutifs du processus. Puis, dans un deuxième temps, il rencontre la direction, la présidence du conseil médical, la direction des soins ou équivalent, les responsables en charge d'une structure spécifique, les représentants des usagers. Enfin, le troisième temps consiste à évaluer, avec les professionnels et leurs encadrants médicaux et paramédicaux, comment le processus est décliné sur le terrain.

Observations

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

Une méthode tout au long de la visite

En pratique

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

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

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

Ces grilles sont structurées selon les cibles à rencontrer ou les observations à réaliser.

Calista : un outil pour générer ses grilles d'évaluation

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

Une évaluation ciblée sur les résultats

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

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

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

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

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

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

Les résultats des critères avancés n'entrent pas dans cette cotation.

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

Une évaluation interne à la main de l'établissement

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

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

Pour ne pas mobiliser l'énergie des professionnels au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients, il n'y a plus lieu de transmettre l'évaluation interne de l'établissement à la HAS.

Une évaluation externe confiée à des experts-visiteurs

Les équipes d'experts-visiteurs sont :

- pluriprofessionnelles et composées d'experts-visiteurs issus d'établissements de santé différents. Elles comportent impérativement un médecin ;
- conduites par un coordonnateur désigné et formé par la HAS à cette fonction, du fait de sa maîtrise de la procédure et de ses qualités pédagogiques, d'organisation et de management ;
- dimensionnées en fonction de la taille de l'établissement de santé, de la localisation des sites géographiques à évaluer, du nombre et du type d'évaluations à réaliser ;
- parfois renforcées par des médecins centrés patients traceurs pour la réalisation de patients traceurs ;
- depuis janvier 2024, les équipes sont systématiquement renforcées par une compétence sur le numérique.

Les experts-visiteurs sont choisis en fonction :

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

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

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

La préparation de la visite

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

Le programme de visite est élaboré par la HAS en collaboration avec le coordonnateur selon le profil de l'établissement (activités, résultats d'autres évaluations externes : IQSS, inspections/contrôles, conclusions des précédentes visites de certification). Il liste l'ensemble des évaluations à réaliser (méthodes appliquées et personnes rencontrées). Un calendrier en précise l'ordonnancement.

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

La visite

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

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

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

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 réalisées en visite avec les résultats des IQSS.

L'après-visite

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

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

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

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

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

La décision

La décision de la HAS est notifiée dans le rapport de certification. La HAS base sa décision sur :

- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus sur les chapitres, objectifs et critères, particulièrement les critères impératifs ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients

et/ou les professionnels ;

- la récurrence d'insuffisances évoquées lors des précédentes certifications ou confirmées par le résultat des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement.

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour rendre plus lisibles ses décisions, la HAS s'appuie sur des lignes directrices qui mesurent l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus sur les chapitres, objectifs et critères, particulièrement les critères impératifs.



Sont proposés à la **certification avec mention**, les ES qui cumulent ces 4 conditions :

- $\geq 80\%$ des impératifs = à 100%
- Tous les impératifs $\geq$ à 80%
- Tous les objectifs $\geq$ à 80%
- Tous les standards $\geq$ à 75%



Sont proposés à la **certification**, les ES qui cumulent ces 3 conditions :

- $\geq 80\%$ des impératifs $\geq$ à 80%
- Tous les objectifs $\geq$ à 60%
- $\geq 90\%$ standards $\geq$ à 75%



Sont proposés à la **certification sous condition**, les ES qui cumulent ces 2 conditions :

- Plus de 50% des impératifs $\geq$ à 80%
- Plus de 50% des objectifs $\geq$ à 80%



Sont proposés à la **non-certification**, les ES qui ont :

- Plus de 50% des impératifs $<$ à 80%
- Ou, plus de 50% des objectifs $<$ à 80%

Ces lignes directrices ne déterminent pas la décision. Elles sont un système d'aide à la décision ; la HAS reste **souveraine** et peut y déroger, notamment en cas :

- D'écarts de pratiques ou d'organisation présentant un risque pour les patients et/ou les professionnels, en particulier lorsqu'ils concernent des critères impératifs ;
- D'écarts répétés, déjà constatés lors de précédentes certifications ou confirmés par les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

La publication et la diffusion des résultats

Diffusion publique accessible aux usagers

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

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

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

Diffusion au sein de l'établissement de santé

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

Information des tutelles

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

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

Les critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.1 Le respect des droits du patient	Critère 1.1-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	Tout l'établissement	27
		Critère 1.1-02 Le patient mineur bénéficie d'une prise en charge adaptée, continue et coordonnée intégrant ses besoins familiaux et éducatifs	Tout l'établissement	28
		Critère 1.1-03 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	Tout l'établissement	29
		Critère 1.1-04 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout l'établissement	30
		Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	Tout l'établissement	31
		Critère 1.1-06 Le patient est protégé contre toute forme de maltraitance	Tout l'établissement	32
		Critère 1.1-07 Les maltraitances dont le patient peut être victime en dehors de l'établissement sont déclarées et prises en charge	Tout l'établissement	33
		Critère 1.1-09 Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	Tout l'établissement	34
		Critère 1.1-10 Les mesures restrictives de libertés (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels...) respectent les bonnes pratiques	Tout l'établissement	35
	1.2 L'information du patient	Critère 1.2-01 Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	Tout l'établissement	37
		Critère 1.2-02 Le patient connaît les informations liées à sa prise en charge	Tout l'établissement	38
		Critère 1.2-04 Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	Tout l'établissement	39
		Critère 1.2-06 Le patient est informé de ses droits et obligations	Tout l'établissement	40
		Critère 1.2-07 Le patient est informé de tout évènement indésirable associé aux soins dans une démarche de transparence fondée sur sa déclaration et son analyse	Tout l'établissement	41

Chapitre	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1. Le patient	1.3 L'engagement du patient dans son projet de soins	Critère 1.3-01 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins personnalisé et ses modalités de prise en charge	Tout l'établissement	43
		Critère 1.3-03 Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	Tout l'établissement	44
		Critère 1.3-04 Le patient vulnérable (plus de 75 ans, situation de handicap) bénéficie d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement adapté au maintien de son autonomie et du lien social	Tout l'établissement	45
		Critère 1.3-09 Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet personnalisé de soins qui favorise notamment son inclusion sociale	Santé mentale et psychiatrie	46
		Critère 1.3-10 La prise en charge du patient intègre une démarche de prévention visant à réduire les facteurs de risques qui lui sont propres et à améliorer son état de santé à court et long terme	Tout l'établissement	47
		Critère 1.3-11 Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	Tout l'établissement	48
		Critère 1.3-12 Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	Hospitalisation à domicile	49
		Critère 1.3-13 La prise en charge du patient intègre une prévention ciblée des consommations de tabac, d'alcool et autres substances psychoactives, visant à réduire les risques et à favoriser l'accès à une aide adaptée	Tout l'établissement	50
	1.4 L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	Critère 1.4-02 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	Tout l'établissement	52
		Critère 1.4-03 Le patient évalue les résultats de ses soins à l'aide de questionnaires	Tout l'établissement	53
		Critère 1.4-04 Les patients et des patients partenaires contribuent à l'amélioration des pratiques, des organisations et des parcours	Tout l'établissement	54
		Critère 1.4-05 Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement	55
		Critère 1.4-06 La commission des usagers dispose des informations utiles à ses missions	Tout l'établissement	56

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	2.1 La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	Critère 2.1-01 Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	Tout l'établissement	58
		Critère 2.1-02 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins personnalisé grâce à un système d'information adapté et partagé	Tout l'établissement	59
		Critère 2.1-04 Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	Tout l'établissement	60
		Critère 2.1-05 Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Tout l'établissement	61
		Critère 2.1-06 Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	Tout l'établissement	62
		Critère 2.1-07 Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	Chirurgie et interventionnel	63
		Critère 2.1-08 Les équipes de maternité accompagnent les parents dans leur parcours de parentalité	Maternité	64
		Critère 2.1-09 Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	Hospitalisation à domicile	65
		Critère 2.1-11 Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	Santé mentale et psychiatrie	66
		Critère 2.1-12 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Santé mentale et psychiatrie	67
		Critère 2.1-13 Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	Tout l'établissement	68
		Critère 2.1-14 Les équipes se coordonnent en amont de la sortie pour assurer la continuité du parcours de soins	Tout l'établissement	69
	2.2 La maîtrise des risques liés aux pratiques	Critère 2.2-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement	71
		Critère 2.2-02 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	Tout l'établissement	72
		Critère 2.2-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	73
		Critère 2.2-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	Tout l'établissement	74
		Critère 2.2-05 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	75
		Critère 2.2-06 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse	Tout l'établissement	76

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins		Critère 2.2-07 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Tout l'établissement	77
		Critère 2.2-08 Les équipes appliquent les précautions standard d'hygiène	Tout l'établissement	78
		Critère 2.2-09 Les équipes appliquent les précautions complémentaires d'hygiène	Tout l'établissement	79
		Critère 2.2-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	Tout l'établissement	80
		Critère 2.2-11 Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Tout l'établissement	81
		Critère 2.2-12 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	Tout l'établissement	82
		Critère 2.2-13 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	Tout l'établissement	83
		Critère 2.2-14 Les équipes maîtrisent les risques liés aux prélèvements de liquides et tissus biologiques	Tout l'établissement	84
	2.3 La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie, radiothérapie)	Critère 2.3-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	SAMU/SMUR	86
		Critère 2.3-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU/SMUR	87
		Critère 2.3-03 L'équipe des urgences oriente chaque patient vers le circuit de prise en charge le plus adapté, dans des délais compatibles avec son état de santé	Urgences	88
		Critère 2.3-04 Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	Chirurgie et interventionnel	89
		Critère 2.3-06 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	Chirurgie et interventionnel	90
		Critère 2.3-07 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	Chirurgie et interventionnel	91
		Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	Chirurgie et interventionnel	92
		Critère 2.3-09 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	Chirurgie et interventionnel	93
		Critère 2.3-10 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	Maternité	94
		Critère 2.3-11 Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	Maternité	95
		Critère 2.3-12 Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	Soins critiques	96

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins		Critère 2.3-13 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Soins critiques	97
		Critère 2.3-14 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Santé mentale et psychiatrie	98
		Critère 2.3-16 Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	Radiothérapie	99
		Critère 2.3-17 Les équipes des unités de néonatalogie (unité de réanimation néonatale, unité de soins intensifs néonataux, unité de néonatalogie et unité kangourou) assurent une prise en charge coordonnée, sécurisée et centrée sur le nouveau-né et sa famille	Maternité	100
	2.4 La culture de la pertinence et de l'évaluation	Critère 2.4-01 Les équipes améliorent la qualité des soins délivrés aux patients à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'évaluations	Tout l'établissement	102
		Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Tout l'établissement	103
		Critère 2.4-04 Les équipes mettent en œuvre des soins écoresponsables	Tout l'établissement	104
		Critère 2.4-10 Les équipes de santé mentale et psychiatrie améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	Santé mentale et psychiatrie	105

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.1 Le management global par la qualité et la sécurité des soins	Critère 3.1-01 L'établissement déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Tout l'établissement	107
		Critère 3.1-02 L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	Tout l'établissement	108
		Critère 3.1-03 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités	Tout l'établissement	109
		Critère 3.1-05 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement	110
		Critère 3.1-06 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	Tout l'établissement	111
		Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	Tout l'établissement	112
		Critère 3.1-08 L'identification des utilisateurs dans le système d'information est sécurisée	Tout l'établissement	113
	3.2 La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	Critère 3.2-01 La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	Tout l'établissement	115
		Critère 3.2-03 L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement	116
		Critère 3.2-04 L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	Tout l'établissement	117
		Critère 3.2-05 Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	Tout l'établissement	118
		Critère 3.2-06 L'établissement a une politique de santé de ses professionnels	Tout l'établissement	119
		Critère 3.2-07 L'établissement a une politique de sécurité de ses professionnels	Tout l'établissement	120
		Critère 3.2-08 L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	Tout l'établissement	121
		Critère 3.2-10 L'établissement a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement	122
		Critère 3.2-11 L'établissement favorise le travail en équipe	Tout l'établissement	123
		Critère 3.2-12 L'établissement met en œuvre une politique active de prévention, de repérage, de signalement et de traitement des violences sexistes et sexuelles entre professionnels	Tout l'établissement	124

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.3 Le positionnement territorial	Critère 3.3-01 L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté sur le territoire	Tout l'établissement	126
		Critère 3.3-03 En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	Santé mentale et psychiatrie	127
		Critère 3.3-04 L'établissement organise les prises en charge non programmées	Tout l'établissement	128
		Critère 3.3-05 L'établissement évite les passages des personnes âgées aux urgences	Patient âgé	129
		Critère 3.3-06 L'établissement est aisément joignable par les professionnels adresseurs	Tout l'établissement	130
		Critère 3.3-07 L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	Tout l'établissement	131
		Critère 3.3-08 L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	Tout l'établissement	132
	3.4 L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	Critère 3.4-01 L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	Tout l'établissement	134
		Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique	Tout l'établissement	135
		Critère 3.4-04 L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	Tout l'établissement	136
		Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle	Tout l'établissement	137
		Critère 3.4-06 L'établissement utilise des systèmes d'intelligence artificielle sans finalité médicale pour améliorer son organisation	Tout l'établissement	138

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.1

Le respect des droits du patient

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

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

L'établissement met en place des mesures qui garantissent, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits (disponibilité des sanitaires...), d'attente dans les couloirs, de contention (accessibilité de l'appel malade...), la propreté et l'entretien des locaux... Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels (mise du lit en position basse...). Il convient d'être très vigilant pour éviter l'infantilisation des personnes lors des soins prodigués. Dans le respect de la Charte Romain Jacob et de son évaluation, les professionnels seront particulièrement attentifs si le patient vit avec un handicap (physique, mental ou sensoriel), ou s'il s'agit d'une personne vulnérable. Enfin, il importe d'assurer aux patients et à leurs proches une accessibilité effective des équipements et services de l'établissement (espaces d'attente adaptés, chambres équipées, matériel spécialisé, modalités de communication adaptées). L'accessibilité de l'information au patient est aussi à prévoir (la signalétique, par exemple).

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Soins critiques Personne en situation de handicap
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

Critère 1.1-02 Le patient mineur bénéficie d'une prise en charge adaptée, continue et coordonnée intégrant ses besoins familiaux et éducatifs

Le mineur hospitalisé a des besoins spécifiques qui influencent directement sa sécurité, son confort et son évolution. Son accueil doit se faire, autant que possible, dans un environnement adapté à son âge. Si une prise en charge en service adulte est nécessaire, elle doit être organisée pour garantir des conditions sécurisantes, avec des professionnels formés. La présence et l'implication des parents, facilitée sur la durée si besoin, soutiennent l'enfant et participent aux soins. Des activités éducatives et adaptées à l'âge (mise à disposition de livres, jeux de société, dispositif ludique d'accompagnement au bloc opératoire...), ainsi qu'une continuité du parcours (y compris le passage à l'âge adulte), contribuent au bien-être et à la qualité de la prise en charge.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Patient - Des solutions d'accueil, voire d'hébergement pour les hospitalisations longues ou itératives, sont proposées aux parents pour qu'ils puissent s'impliquer dans les soins 24h/24, sauf décision médicale motivée dans le projet personnalisé de soins. - Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, une prise en charge éducative et scolaire adaptée aux besoins est proposée au mineur en lien avec ses parents. Professionnels - Dans les services accueillant des mineurs, y compris dans un service d'adultes, les professionnels sont formés aux spécificités de cette prise en charge.	Patient traceur
Professionnels - Lorsque le mineur atteint d'une maladie chronique entre dans la phase de transition de l'adolescence vers l'âge adulte, l'équipe pédiatrique/pédopsychiatrique se coordonne avec l'équipe prenant en charge les patients adultes afin d'assurer la continuité du parcours de soins. - Avant la sortie du mineur, l'équipe met à jour son carnet de santé pour les informations utiles à son suivi.	Parcours traceur
Observations Dans les services accueillant des mineurs, y compris dans un service d'adultes, les bonnes pratiques sont appliquées : locaux respectueux de l'intimité, de la dignité et de la sécurité, activités ludiques et éducatives adaptées à l'âge...	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Enfants et adolescents Secteurs interventionnels
---------------------	---

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

Le respect du secret professionnel est un droit fondamental dont bénéficie tout patient dans le cadre de sa prise en charge. Il garantit la confidentialité des informations personnelles et médicales partagées avec les professionnels de santé. Ce principe permet de protéger la vie privée du patient en interdisant la divulgation non autorisée des données le concernant, sauf en cas d'exception légale. Des contrôles réguliers de ces accès au dossier patient sont opérés, afin d'identifier ceux susceptibles d'être frauduleux ou illégitimes. L'utilisation du mode « bris de glace » est encadrée et réservée aux urgences. Le secret professionnel renforce la relation de confiance entre le patient et les soignants, essentielle à une prise en charge de qualité. Les professionnels sont attentifs à ce que la confidentialité du patient soit respectée mais ne compromette pas la sécurité de ses soins. Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - En cas de fuite des données, la procédure d'information des patients victimes de la fuite de leurs données est mise en œuvre. A défaut d'y avoir été confrontée, la procédure existe. - Sur la base d'un suivi des contrôles, l'établissement démontre qu'il a éradiqué les connexions illégitimes au dossier patient qui constituent une violation du secret médical. A défaut d'y avoir été confrontée, la procédure existe. Professionnels - L'équipe connaît les risques engendrés par des connexions illégitimes au dossier du patient et les sanctions pouvant en découler. - Les documents de santé intégrant des données médicales à caractère personnel ne sont pas conservés sur le poste de travail.	Audit système
Patient Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel sont respectés.	Patient traceur
Observations La confidentialité et le secret professionnel sont respectés (absence de nom des patients sur des tableaux, écran d'ordinateur verrouillé...).	Observation

🔍 Pour vous accompagner	
Fiche pédagogique	Télésanté Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

Critère 1.1-04 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées

Le patient a le droit de faire connaître à l'avance ses souhaits concernant ses soins. Les professionnels l'informent clairement de cette possibilité et lui expliquent en quoi ces directives peuvent être utiles si ses choix ne peuvent plus être exprimés. Ils l'accompagnent, s'il le souhaite, pour formuler ses volontés de façon simple et compréhensible. Cette information peut être donnée à l'hôpital comme en ville, dans un contexte de suivi habituel. Cette démarche renforce le respect des choix du patient et contribue à des décisions de soins plus adaptées à sa situation.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement mène des actions avec ses correspondants externes pour informer les patients, en amont de leur hospitalisation, de l'importance de rédiger des directives anticipées. • L'établissement met en place des ressources internes (consultations ou temps dédiés) ou externes pour accompagner les patients qui le souhaitent dans le recueil des directives anticipées et la réflexion sur la fin de vie. • Le livret d'accueil fait mention des droits du patient en incluant celui de formuler des directives anticipées.	Audit système
Professionnels • L'équipe mobilise des ressources internes ou externes pour être accompagnée, si nécessaire, dans le recueil des directives anticipées, et pour aider les patients qui le souhaitent dans la rédaction, la conservation et la communication de leurs directives. • Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, et qu'il les a transmises à l'équipe soignante, celles-ci sont accessibles dans le dossier patient pour toutes les équipes impliquées dans la prise en charge. Le refus de les rédiger est également tracé.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Soins critiques Personne en situation de handicap
---------------------	---

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

La douleur influence directement le confort, la récupération et l'état général du patient. Elle doit être recherchée, évaluée à l'aide d'outils adaptés à l'âge, à son état clinique (patient en situation de handicap ou en situation de vulnérabilité) et à la compréhension du patient et prise en charge le plus tôt possible. Les soins visent à prévenir son apparition lorsque cela est possible et à la soulager rapidement lorsqu'elle est présente. Pour cela, les professionnels de santé ont l'obligation d'adapter les traitements et d'utiliser les techniques les plus appropriées pour soulager rapidement et durablement la souffrance que ces dernières soient médicamenteuses ou non. Une attention régulière portée à la douleur permet d'adapter les traitements et d'améliorer la qualité des soins, en tenant compte du ressenti du patient.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Patient Le patient est incité à exprimer sa douleur, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de la douleur et à une amélioration de son bien-être et/ou de sa qualité de vie.	Patient traceur
Professionnels - L'équipe trace, à l'appui d'une échelle adaptée, l'évaluation de la douleur même si le patient n'est pas douloureux. - Le suivi de l'efficacité de la thérapeutique repose sur des réévaluations tracées dans le dossier et les bonnes pratiques de traitement (respect des recommandations, paliers...). - L'équipe identifie les opportunités de substitution par des interventions non médicamenteuses, lorsque c'est adapté.	
Professionnels Les équipes améliorent leurs pratiques au regard des résultats de leurs indicateurs de prise en charge de la douleur.	Parcours traceur

🔍 Pour vous accompagner	
Fiches pédagogiques	Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Personne en situation de handicap
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Évaluation de la prise en charge de la douleur

Critère 1.1-06 Le patient est protégé contre toute forme de maltraitance

La bientraitance vise à garantir au patient respect, dignité et sécurité tout au long de son parcours. Elle repose sur des gestes concrets : répondre aux besoins essentiels, préserver l'intimité, se présenter et communiquer clairement, même en situation de tension. Elle implique une évaluation régulière de l'autonomie et une vigilance active face à toute forme de maltraitance, y compris les violences sexistes et sexuelles. Les professionnels doivent savoir repérer les signes, signaler et prendre en charge sans délai. En assurant un environnement sûr et respectueux, ils protègent le patient, renforcent la confiance et contribuent directement à la qualité et à la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Les maltraitances internes qui relèvent d'une infraction pénale, dont les violences sexuelles et sexistes commises contre des patients, sont déclarées aux autorités compétentes. Professionnels - Les professionnels connaissent les signes d'alerte qui peuvent indiquer qu'un patient est victime d'une maltraitance interne (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...), à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le repérage. - Les professionnels savent signaler une suspicion de maltraitances internes (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...). - Les professionnels connaissent les actions à mettre en place pour protéger les patients victimes de maltraitance interne suspectée ou avérée (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...).	Audit système
Patient - Du point de vue du patient, les pratiques professionnelles sont bientraitantes (réponses aux besoins élémentaires, les intervenants se présentent, portes de chambres fermées...) même en situation de tension d'activité. Professionnels - L'autonomie du patient pour ses besoins élémentaires (repas, hydratation, hygiène corporelle, habillage, élimination, mobilité...) est évaluée tout au long de son séjour.	Patient traceur

🔍 Pour vous accompagner	
Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Patients âgés Personne en situation de handicap
Flash Sécurité Patient	Canicule : personnes hospitalisées et hébergées en établissement médico-social. Mettez les patients au frais avant qu'ils n'en fassent les frais Périodes de vulnérabilité. Pas de vacance(s) pour la sécurité

Critère 1.1-07 Les maltraitements dont le patient peut être victime en dehors de l'établissement sont déclarés et pris en charge

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

Tout établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les situations de maltraitements externes sont signalées aux autorités compétentes. • L'établissement protège les professionnels « lanceurs d'alerte » qui ont déclaré un cas de maltraitance externe. Professionnels • A l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le repérage, les professionnels connaissent les signes d'alerte (cliniques, comportementaux, sociaux) de maltraitance en dehors de l'établissement (violences conjugales, violences sur mineurs, abus de faiblesse...). • Les professionnels savent signaler les situations de patients susceptibles d'être victimes de maltraitements hors de l'établissement et adapter leur prise en charge.	Audit système
--	---------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Urgences – SAMU/SMUR Enfants et adolescents Soins critiques
---------------------	---

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

Le décès d'un patient est un moment sensible qui nécessite une attention particulière envers l'entourage. Les professionnels informent rapidement les proches, les écoutent et les accompagnent sur le plan émotionnel, pratique et administratif. Ils respectent les volontés du patient (par exemple dans ses directives anticipées), ainsi que ses convictions, et veillent à la dignité du corps à chaque étape. Une organisation claire et connue de tous permet d'agir de façon adaptée et coordonnée. Cette prise en charge contribue à soutenir les proches, à prévenir les situations de mal-être et à garantir le respect du patient jusque dans ces derniers temps.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement suit l'ensemble des décès, permettant l'identification des décès inattendus, leur analyse et la mise en place d'actions d'amélioration.	Audit système
Professionnels • Qu'ils aient ou non été confrontés à un décès, les professionnels chargés de l'annonce sont formés à l'accompagnement psychologique et pratique (social et administratif) de l'entourage et des aidants. Dans les secteurs concernés, les conditions spécifiques de l'accompagnement du deuil périnatal sont connues. • Qu'ils aient ou non été confrontés à un décès, les professionnels concernés connaissent les conduites à tenir : constat de décès établi par un médecin, durée de présence du corps dans l'unité de soin, gestion des affaires personnelles... • Pour les équipes confrontées à des décès, les conditions de conservation des corps et de présentation aux familles respectent la dignité du défunt à la fois dans le service et par la suite à la chambre mortuaire. Ses volontés et convictions sont respectées. • Le circuit du transport entre le lieu du décès et la chambre mortuaire / dépositaire respecte la dignité du défunt. • Pour les équipes confrontées à des décès, le médecin traitant et les autres professionnels intervenant auprès du patient sont informés de son décès.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques Management par la qualité et les risques
----------------------------	--

Critère 1.1-10 Les mesures restrictives de libertés (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels...) respectent les bonnes pratiques

Les restrictions de libertés ont des conséquences directes sur le bien-être, les droits et la sécurité du patient (à l'exception des mesures prises en SSPI ou lors des brancardages). Elles doivent être évitées autant que possible et remplacées par des solutions adaptées. Lorsqu'elles sont nécessaires, elles sont décidées par le médecin après une évaluation des bénéfices et des risques, tracée dans le dossier, avec des modalités précises (points de contention, modalité de restrictions de liberté, diurnes ou nocturnes, durée, modalités d'évaluation) et une surveillance adaptée. Le patient et/ou sa personne de confiance sont informés de façon claire. La situation est régulièrement réévaluée afin de limiter la durée de la mesure. Cette démarche permet de garantir des pratiques proportionnées, respectueuses et centrées sur l'intérêt du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • A l'appui d'indicateurs, l'établissement démontre qu'il réduit son recours à des restrictions de libertés.	Audit système
Patient • En cas de restriction de libertés, le patient et/ou sa personne de confiance a reçu une information claire et explicite.	Patient traceur
Professionnels • Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, l'utilisation de mesures de restriction de libertés fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire bénéfices/risques tracée dans le dossier. • Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la mesure de restriction de libertés fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre (points de contention, modalité de restrictions de liberté, diurnes ou nocturnes, durée, modalités de surveillance et d'évaluation). • Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la pertinence du maintien de la restriction de libertés est systématiquement réévaluée.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Patients âgés Santé mentale et psychiatrie
-------------------	---

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.2

L'information du patient

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Dès la prise de rendez-vous pour une consultation, le patient est informé des lieux, horaires, précautions préalables, type de consultation, nom du professionnel, modalités d'annulation... • En amont de son hospitalisation programmée, les convocations indiquent : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou pré thérapeutiques, éléments administratifs, numéros ou contacts utiles... • Le patient a désigné une personne à prévenir pour sa sortie ou en cas de difficulté. • Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels.	Parcours traceur
Observations • Le macaron associé au niveau de certification et les résultats des indicateurs en diffusion publique, dont e-Satis, sont lisiblement affichés aux accueils de l'établissement et en page d'accueil du site internet s'il existe.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Maternité – périnatalité Soins critiques Secteurs interventionnels Personne en situation de handicap
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

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

Le patient a droit à une information claire, complète et adaptée sur les éléments essentiels à sa prise en charge. Cela inclut les diagnostics, les traitements proposés, les bénéfices attendus, ainsi que les risques associés. Cette information, délivrée tout au long de son parcours de soins, lui permet de comprendre les différentes étapes de sa prise en charge et de prendre des décisions éclairées en collaboration avec les professionnels de santé. Elle inclut des explications sur les alternatives thérapeutiques, le suivi médical. Le professionnel de santé doit s'assurer de la compréhension des informations délivrées. Il utilise des modes de communication et d'information adaptés prenant en compte chaque situation (handicap, maladie chronique, mineurs, précarité...). Une attention particulière devra être portée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. L'ouverture de Mon espace santé pour tous, donnant la possibilité de disposer du dossier médical de Mon espace santé consultable à tout moment par les personnes habilitées, et l'indispensable besoin de protéger les données de santé appellent des informations à partager avec le patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Lorsque le patient (ou ses ayants droits) en fait la demande, son dossier lui est transmis dans les délais réglementaires.	Audit système
Patient • Le patient connaît son diagnostic, si celui-ci est établi, son état de santé, ses traitements et ses soins. • Pour toutes les formes de prise en charge ambulatoire, le patient a un document qui lui indique les signes d'alerte pouvant conduire à un évènement indésirable et la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour la chirurgie et autre pour les autres activités : médecine, SMR, psychiatrie...). • Le patient connaît les mesures nécessaires à sa bonne identification tout au long de sa prise en charge. • Le patient est informé que son équipe de soins va alimenter Mon espace santé dans le cadre de sa prise en charge, sauf en cas d'opposition de celui-ci, et qu'il pourra le consulter.	Patient traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés Télésanté Personne en situation de handicap Médicament SMR Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

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

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

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels - En prévision de sa sortie, le patient est informé de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié au traitement. - En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les consignes, postopératoires ou post thérapeutiques afin de détecter les éventuelles complications, les signes motivant le recours en urgence à un professionnel de santé. - Le patient est informé des modalités d'appel direct du service dans lequel il a séjourné en cas de complication, en vue d'une orientation adaptée à sa situation. - Le cas échéant, en prévision de sa sortie, le patient et ses proches reçoivent des conseils pour un soutien psychologique, social, médico-social. - L'équipe remet au patient la carte d'implant et l'informe sur les complications possibles et les conduites à tenir (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif).	Parcours traceur
--	------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques Personne en situation de handicap Médicament SMR
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Critère 1.2-06 Le patient est informé de ses droits et obligations

Le patient est informé, de façon simple et claire, de ses droits et de ses obligations dès son arrivée. Il sait comment accéder à son dossier, donner son avis, signaler un problème lié à ses soins ou demander l'aide d'un médiateur. Il connaît aussi les règles de vie et de sécurité et les comportements attendus au sein de l'établissement. Ces informations l'aident à s'exprimer, à demander de l'aide si besoin et à adopter des comportements sécurisés. Elles favorisent une relation de confiance avec les équipes et contribuent à prévenir les conflits et les risques, pour une prise en charge plus sûre et plus respectueuse.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient	Parcours traceur
• Un livret d'accueil, papier ou dématérialisé, expliquant comment accéder à son dossier, exprimer sa satisfaction et son expérience, déclarer un évènement indésirable associé à ses soins, recourir à un médiateur, contacter les représentants des usagers, s'ils existent, les associations de bénévoles et patient partenaire (coordonnées, permanences...) est remis au patient. • Le patient, et/ou ses proches ou aidants, sont informés de leurs obligations (règlement intérieur, respect de l'environnement hospitalier, des personnels et des autres usagers, charte de la laïcité, droit à l'image...) et des risques encourus en cas d'insultes, menaces ou violences envers les professionnels. • Le patient sait qu'il peut accéder à son dossier. • Le patient sait qu'il peut exprimer sa satisfaction et son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires internes, réclamation ou un éloge, recours à un médiateur...). • Le patient sait qu'il peut déclarer un évènement indésirable associé à ses soins (EIAS). • Le patient sait qu'il existe des représentants des usagers, associations de bénévoles et patients partenaires qui peuvent l'accompagner.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Engagement patient
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

Critère 1.2-07 Le patient est informé de tout évènement indésirable associé aux soins dans une démarche de transparence fondée sur sa déclaration et son analyse

Informar rapidement et clairement le patient après un évènement indésirable associé aux soins est essentiel pour maintenir la confiance et assurer sa prise en charge. Cette annonce est réalisée par des professionnels formés, dans une communication adaptée et compréhensible. Le patient, et ses proches s'il le souhaite, est informé des faits, de leurs conséquences, des mesures prises, ainsi que du suivi et des recours possibles. Cette démarche s'inscrit dans une culture de transparence, juste et non punitive, qui encourage la déclaration et l'analyse des évènements. Chaque évènement indésirable grave fait l'objet d'une analyse approfondie et d'un signalement selon les modalités prévues. Elle permet d'améliorer les pratiques et de renforcer durablement la sécurité des soins au bénéfice des patients.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- Les professionnels chargés d'annoncer un dommage associé aux soins ont bénéficié d'une formation aux bonnes pratiques d'annonce. - Le patient, et ses proches s'il le souhaite, est informé, de préférence dans les 24h et sans dépasser les 15 jours, de l'évènement indésirable associé aux soins, de ses conséquences et des mesures immédiates prises. - Pour tout évènement indésirable associé aux soins, le patient, et ses proches lorsqu'il le souhaite, reçoit une information sur le plan de soin de suivi et les recours possibles. - Du point de vue de l'équipe, la gouvernance promeut une culture positive, juste et non punitive de l'erreur. - Pour chaque EIGS, une analyse des causes profondes, réalisée selon une méthode reconnue par la HAS et associant les professionnels concernés, conduit à des modifications organisationnelles ou de pratiques. - Chaque EIGS est déclaré sur le portail national de signalement, avec un volet 2 déposé dans un délai maximal de trois mois après le volet 1.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Analyse des évènements indésirables associés aux soins
Flash sécurité patient	Rupture de la rate après une coloscopie. Un diagnostic à ne pas rater !

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.3

L'engagement du patient dans son projet de soins

La compréhension, l'adhésion aux soins et la participation aux étapes de sa prise en charge facilitent la mise en œuvre du projet de soins. L'apport des proches et/ou aidants constitue, dans de nombreuses situations, une ressource tant pour le patient que pour l'équipe soignante. Leur présence dans la durée auprès du patient et leur connaissance de ses habitudes et besoins, notamment lorsque celui-ci vit avec un handicap, une moindre autonomie, ou est atteint d'une maladie chronique, s'avèrent très utiles à la prise en compte dans le projet de soins des besoins spécifiques du patient. À ce titre et sous réserve de l'accord du patient, leur implication doit être favorisée.

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

La participation active du patient à son projet de soins améliore la qualité de sa prise en charge et réduit les risques. Pour donner un consentement libre et éclairé, le patient reçoit une information claire sur les différentes options possibles, leurs bénéfices et leurs risques, afin d'exprimer ses besoins et ses préférences. Ce projet de soins, établi après une évaluation globale, tient compte de son expérience de la maladie, de ses capacités, de ses conditions de vie et de ses éventuelles vulnérabilités. Il est mis en œuvre, suivi et adapté avec le patient, en fonction de l'évolution de son état de santé, y compris psychique.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Patient • Pour consentir à son projet personnalisé de soins, les différentes options, notamment thérapeutiques, leurs bénéfices et leurs risques, sont présentées au patient pour qu'il exprime ses préférences et besoins en prenant en compte ses conditions de vie habituelles, ses capacités et ses vulnérabilités. • Du point de vue du patient, son expérience sur sa maladie et son état de santé est prise en compte pour adapter son projet personnalisé de soins (parcours et traitements).		Patient traceur
Professionnels • Pour établir un projet personnalisé de soins, une évaluation globale initiale (médicale, psychologique, sociale, autonomie, rééducation) du patient est effectuée par des professionnels impliquant les disciplines concernées et la contribution des soins de support. • Les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé de soins, notamment lorsqu'elles incluent des restrictions de libertés, sont justifiées et individualisées selon l'état de santé du patient. • Selon l'évolution de l'évaluation initiale et/ou d'une dégradation potentielle de la santé, y compris mentale, de sa vulnérabilité, des besoins et des préférences du patient, le projet personnalisé de soins est adapté. • Une synthèse des objectifs de prise en charge, issue du projet personnalisé de soins, est accessible dans le dossier.		
 Pour vous accompagner		
Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés Enfants et adolescents Personne en situation de handicap Santé mentale et psychiatrie SMR	
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis	
Flash sécurité patient	Barrières linguistiques en santé. Quand les mots manquent, le risque augmente	

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

En aidant le patient à mieux comprendre sa maladie et ses soins, les équipes renforcent son autonomie et préviennent les complications. Le patient sait ce qu'il peut faire au quotidien pour gérer ses traitements, faciliter sa récupération et limiter les risques de perte d'autonomie. Selon ses besoins, les professionnels lui proposent des actions adaptées : conseils personnalisés, programmes d'éducation thérapeutique ou accompagnement par des professionnels ressources, y compris sociaux. Une attention particulière est portée aux situations de précarité afin de repérer et corriger les manques de soins. Ces actions favorisent une prise en charge plus efficace et plus équitable.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient - Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications, sa perte d'autonomie (dont la dépendance iatrogène). Professionnels - Lorsque cela est pertinent, l'équipe propose une offre de programmes d'éducation thérapeutique adaptée au patient. - Selon les besoins du patient, les équipes recourent aux professionnels adaptés (assistance sociale...) pour orienter vers les aides sociales et les services sociaux.	Patient traceur
Professionnels Pour les patients en situation de précarité sociale, les carences en soins sont recherchées afin de les traiter.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Enfants et adolescents SMR
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Projet de soins, projet de vie
Flash sécurité patient	Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin

Critère 1.3-04 Le patient vulnérable (plus de 75 ans, situation de handicap) bénéficie d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement adapté au maintien de son autonomie et du lien social

Les patients vulnérables, en raison de l'âge ou d'une situation de handicap, ont besoin d'un accompagnement adapté pour préserver leur autonomie et leur qualité de vie. Dès l'entrée, leurs besoins, capacités, préférences et conditions de vie sont évalués afin de construire un projet personnalisé de soins et d'accompagnement. Ce projet vise à prévenir la perte d'autonomie, limiter les risques liés à la prise en charge et maintenir les capacités dans la vie quotidienne. Il intègre également le maintien du lien social et familial, selon le souhait du patient, et est ajusté tout au long du parcours jusqu'à la sortie.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
En dehors des effets liés à sa prise en charge, l'autonomie du patient à risque de perte d'autonomie est préservée (ex : cognitifs et psychiques, perte de mobilité et chutes, dénutrition et déshydratation, dépendance iatrogène, maintien des capacités fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, préparation de la sortie, activités proposées y compris au patient alité...).	
Professionnels	
- Les besoins, aptitudes, capacités fonctionnelles, préférences, conditions de vie habituelles, éventuelles carences en soins et les facteurs de risque de perte d'autonomie sont tracés dès l'entrée du patient et suivis jusqu'à la sortie. - Le projet personnalisé de soins intègre un projet d'accompagnement visant le maintien ou la restauration de l'autonomie (ex : cognitifs et psychiques, perte de mobilité et chutes, dénutrition et déshydratation, dépendance iatrogène, maintien des capacités fonctionnelles dans les actes de la vie quotidienne, préparation de la sortie, activités proposées y compris au patient alité...). - L'équipe maintient le lien social et familial, si le patient le souhaite.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Engagement patient Personne en situation de handicap SMR
Flash sécurité patient	Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin

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

Pour les patients présentant des troubles psychiques, le projet de soins vise aussi à favoriser leur place dans la société et leur qualité de vie. Construit avec le patient, il tient compte de ses attentes et de ses besoins pour la vie quotidienne : logement, travail, relations sociales, activités et accès aux services. Des soins et accompagnements adaptés sont mis en place, en lien avec les partenaires concernés, pour renforcer l'autonomie et prévenir les situations de rupture. Lorsque nécessaire, un plan de prévention partagé permet d'anticiper les situations à risque et d'adapter la prise en charge à l'évolution de l'état de santé.

Santé mentale et psychiatrie Standard

Éléments d'évaluation

Patient - Le patient présentant des troubles psychiques a exprimé ses attentes et besoins d'inclusion sociale (accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, connaissance des groupes d'entraide mutuelle...). Professionnels - En santé mentale et psychiatrie, le projet personnalisé de soins, construit avec le patient, est orienté grâce à un diagnostic fondé sur la classification internationale en vigueur. - En santé mentale et psychiatrie, des soins de réhabilitation psychosociale en lien avec les partenaires identifiés sont mis en œuvre afin d'atteindre les objectifs fixés d'inclusion sociale, d'autonomisation et d'amélioration de la qualité de vie du patient.	Patient traceur
Professionnels - Le plan de prévention partagé pour les patients le nécessitant (risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...) est rédigé avec le patient et s'il le souhaite son entourage, et est suivi en se fondant sur l'évolution de l'état clinique du patient. - Les critères d'alerte (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto et /ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...) sont évalués à l'aide d'outils connus par l'équipe.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Engagement patient Santé mentale et psychiatrie Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

Critère 1.3-10 La prise en charge du patient intègre une démarche de prévention visant à réduire les facteurs de risques qui lui sont propres et à améliorer son état de santé à court et long terme

La prévention fait partie intégrante de la prise en charge et contribue à améliorer la santé du patient à court et à long terme. Les professionnels aident le patient à identifier les facteurs de risque évitables qui lui sont propres et à comprendre leur impact sur sa santé. Des conseils personnalisés lui sont proposés, en fonction de sa situation, pour l'aider à adopter des habitudes favorables et prévenir les complications. Ces actions sont intégrées au parcours de soins et suivies dans le temps. Elles s'inscrivent dans une démarche globale de prévention portée par l'établissement, au plus près des besoins de la population prise en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance L'établissement met en œuvre une politique de prévention sur un sujet dédié prenant en compte les objectifs du projet régional de santé et la population prise en charge (diffusion dans le projet d'établissement, intégration dans le plan de formation...), incluant des actions de prévention concrètes (dépistage cancer colorectal, octobre rose, autres campagnes ciblées...).	Audit système
Patient - Le patient connaît les principaux facteurs de risque évitables (tabac, alcool, autres substances psychoactives dont le protoxyde d'azote, la sédentarité, l'alimentation...) ayant un impact sur sa santé. - Le patient a bénéficié de conseils personnalisés adaptés à sa situation en matière de prévention (santé mentale et addictions, activité physique et sédentarité, alimentation, vaccination, parentalité, prévention du bébé secoué, usage du numérique...).	Patient traceur
Professionnel Les besoins du patient en matière de prévention ont été pris en compte dans son parcours de soins et tracés dans le dossier.	
Professionnels L'équipe met en place des actions de prévention adaptées à la population prise en charge dans leur service.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Maternité – périnatalité Enfants et adolescents Santé mentale et psychiatrie SMR
Flash sécurité patient	Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient - Si le patient en est d'accord, ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. Professionnels - L'équipe dispose d'un document de désignation de la personne de confiance, co-signé par celle-ci et par le patient, éventuellement récupéré dans Mon espace santé. Si elle est dans l'impossibilité de le signer, son accord est tracé dans le dossier. - Les informations de contact de la personne de confiance sont tracées dans le dossier.	Patient traceur
Professionnels - En accord avec le patient, dans les situations cliniques difficiles (soins palliatifs, soins critiques, aggravation de l'état de santé...), la présence de ses proches et/ou aidants est facilitée (lit accompagnant, sanitaires, repas...) en dehors des heures de visite. - Dans les situations cliniques difficiles (soins palliatifs, soins critiques, aggravation de l'état de santé...), un espace privilégié permet des échanges confidentiels.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Engagement patient Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Soins critiques Personne en situation de handicap SMR
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Projet de soins, projet de vie

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

Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, une collaboration étroite entre les professionnels de santé, le patient et ses proches permet une compréhension mutuelle des objectifs de soins. Chaque patient, en fonction de sa pathologie et de ses besoins, bénéficie de modalités spécifiques de prise en charge. Ainsi, il est important que le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD. Cette adhésion favorise non seulement l'efficacité des soins, mais également le bien-être général du patient, en lui permettant de se sentir soutenu et en sécurité dans son environnement familial. Cela nécessite :

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

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

Patient • Le projet d'hospitalisation à domicile est expliqué conjointement au patient et aux proches et/ou aidants afin de recueillir leur adhésion à l'appui de documents d'information. • Le patient et/ou ses proches et/ou aidants savent qui contacter à tout moment, y compris en cas d'urgence vitale. • Un accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique est proposé, en cas de besoin, aux proches et/ou aidants a minima pendant l'hospitalisation. Professionnels • Un médecin ou une IDE peut répondre au patient en cas de besoin 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.	Patient traceur
---	------------------------

🔍 Pour vous accompagner	
Fiche pédagogique	Engagement patient
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Suivi du poids en HAD

Critère 1.3-13 La prise en charge du patient intègre une prévention ciblée des consommations de tabac, d'alcool et autres substances psychoactives, visant à réduire les risques et à favoriser l'accès à une aide adaptée

Les consommations de tabac, d'alcool et d'autres substances peuvent aggraver l'état de santé du patient et compliquer sa prise en charge. Les professionnels repèrent ces situations et échangent avec le patient pour évaluer les risques et leurs impacts. Une prévention ciblée est proposée, adaptée à sa situation, afin de réduire les complications et d'améliorer sa santé à court et à long terme. Lorsque cela est nécessaire, le patient est accompagné ou orienté vers une aide adaptée, incluant des solutions de sevrage et un suivi sécurisé tout au long de son parcours de soins.

Tout établissement Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• Avec des outils et à l'appui des recommandations, les professionnels dépistent l'addiction au tabac, à l'alcool et aux autres substances psychoactives. • Les professionnels prennent en charge ou orientent pour la prise en charge l'addiction au tabac, à l'alcool et aux autres substances psychoactives (protocoles de repérage et de prise en charge, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève, entretien motivationnel...). • L'offre d'aide au sevrage tabagique et alcoolique (prescription de patch, traitement de substitution...) est tracée dans le dossier du patient. • Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, la surveillance des sevrages tabac, alcool et autres substances psychoactives est tracée.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Repérage et proposition d'arrêt des addictions chez les patients adultes Lien entre l'hôpital et la médecine de ville sur le champ du somatique

Chapitre 1.

Le patient

Objectif 1.4

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

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

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

L'écoute de la satisfaction et de l'expérience des patients permet d'améliorer concrètement la qualité et la sécurité des soins. En recueillant leur avis sur leur prise en charge, l'établissement identifie ce qui fonctionne et ce qui peut être amélioré pour mieux répondre à leurs besoins. Les résultats sont partagés avec les équipes, analysés avec les professionnels et les représentants des usagers, puis traduits en actions d'amélioration. Le suivi régulier de ces résultats permet d'ajuster les pratiques et de s'assurer que les changements apportés ont un impact positif pour les patients.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement améliore la participation de ses patients aux enquêtes de satisfaction et d'expérience des patients : amélioration des taux de remise des questionnaires internes, amélioration des taux de retours des patients, amélioration des collectes et transmission des adresses mails des patients pour e-Satis... • La gouvernance pilote les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers. Professionnels • Les équipes des unités de soins ou plateaux techniques disposent de questionnaires sur l'expérience des patients (PREMS) : e-Satis, enquêtes de satisfaction... • Les résultats des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients, déclinés par unité sont partagés au moins annuellement avec les équipes de soins (résultats et verbatim e-Satis, autres dispositifs internes). • L'équipe analyse ses propres résultats et verbatim d'e-Satis, ou autres dispositifs de recueil de la satisfaction et l'expérience des patients, et met en place des actions d'amélioration.	Audit système
Professionnels • Pour tout évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS), le récit du patient et de ses proches s'il le souhaite est systématiquement intégré à l'analyse.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Télésanté Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

Critère 1.4-03 Le patient évalue les résultats de ses soins à l'aide de questionnaires

Mesurer la qualité des soins permet d'orienter les actions et de vérifier les progrès au bénéfice des patients. Aujourd'hui, cette démarche intègre directement l'avis des patients sur leur état de santé et leur expérience. Les résultats rapportés par les patients (PROMs) aident les patients à mieux comprendre leur maladie, à repérer leurs symptômes importants et à en parler plus facilement. Pour les professionnels, ils permettent d'identifier plus tôt les difficultés, d'ajuster le suivi et de proposer des prises en charge plus adaptées. Leur utilisation en pratique courante contribue ainsi à améliorer concrètement les résultats de santé et la qualité de vie des patients.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Des patients partenaires sont consultés pour choisir les PROMs. - Un bilan annuel relatif à l'utilisation des questionnaires PROMs est partagé dans les instances. Professionnels - Dans les services qui utilisent des questionnaires PROMs, les résultats des réponses aux questionnaires complétés par les patients sur leur maladie et leur état de santé sont rapidement prise en compte pour adapter le parcours et le traitement. - Dans les services qui utilisent des questionnaires PROMs, l'équipe exploite les résultats des questionnaires pour améliorer ses pratiques.	Audit système
---	---------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Engagement patient
-------------------	--------------------

Critère 1.4-04 Les patients et des patients partenaires contribuent à l'amélioration des pratiques, des organisations et des parcours

Le partenariat en santé est un levier pour améliorer la qualité et la pertinence des soins. Ce critère vise à associer pleinement les patients et leurs proches aux côtés des professionnels, en reconnaissant leur expérience et leurs savoirs. Soutenus par la gouvernance, patients partenaires et associations contribuent à informer, accompagner et faire évoluer les pratiques. Leur participation aux instances, aux actions d'information et à l'amélioration des parcours permet de mieux répondre aux besoins réels des patients. En renforçant ce travail en commun, les équipes construisent des prises en charge plus adaptées, plus efficaces et centrées sur ce qui compte pour le patient.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement soutient le partenariat en santé (associations, patients partenaires) pour construire ses orientations stratégiques, ses projets et des parcours de soins pertinents. • L'établissement a défini le cadre et les modalités d'intervention des patients partenaires et/ou associations de patients aux côtés des équipes, dans ses instances et/ou commissions thématiques (CLIN, CLUD, comité d'éthique...). • L'établissement mobilise des patients partenaires et/ou associations de patients dans ses instances et/ou commissions thématiques (CLIN, CLUD, comité d'éthique, etc.). Professionnels • Aux côtés des équipes, des patients partenaires et/ou associations de patients interviennent (éducation thérapeutique, soutien au patient, groupes d'entraide) pour aider et accompagner les patients en mettant à profit leur propre expérience et savoirs acquis au cours de leur parcours de santé. • Des patients partenaires et/ou associations de patients participent, avec les équipes, à l'amélioration des pratiques (construction des parcours de soins et/ou chemins cliniques, formation, évaluations...).	Audit système
--	---------------

Pour vos accompagner

Fiche pédagogique	Engagement patient
-------------------	--------------------

Critère 1.4-05 Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement

Ce critère vise à intégrer pleinement les représentants des usagers dans l'amélioration des soins et de l'expérience des patients. En lien avec la gouvernance, ils contribuent aux orientations qualité et sécurité, en s'appuyant sur leur connaissance. Leur avis éclaire les décisions sur l'accueil, les conditions de séjour et les projets d'amélioration. Ils participent aussi au suivi des actions engagées. Ce travail partagé permet d'ajuster concrètement les pratiques et les organisations pour mieux répondre aux besoins et attentes des patients.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Représentants des usagers	Audit système
• Les représentants des usagers participent à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins en lien avec la gouvernance. • Le projet des usagers est rédigé par les représentants des usagers en cohérence avec le projet médico-soignant. • Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalétique, réhabilitation des locaux...). • Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients par les représentants des usagers sont facilitées en concertation avec les équipes de soins. • Les représentants des usagers participent à l'évaluation des actions entreprises après l'analyse des plaintes et réclamations, des événements indésirables associés aux soins, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et des démarches d'amélioration des pratiques.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Engagement patient
-------------------	--------------------

Critère 1.4-06 La commission des usagers dispose des informations utiles à ses missions

La commission des usagers est régulièrement informée des résultats liés à l'expérience des patients et à la qualité des prises en charge. Cette transparence permet d'identifier ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré, à partir du vécu réel des patients et des résultats cliniques. Le suivi des indicateurs (satisfaction, événements indésirables, résultats de soins, accès au dossier, usage du numérique en santé) aide à orienter des actions concrètes au bénéfice direct des patients : sécurité, qualité des soins, délais, information et continuité. Impliquer la commission des usagers contribue ainsi à des décisions plus utiles, centrées sur les besoins et l'intérêt clinique des patients.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Représentants des usagers	Audit système
- La commission des usagers est informée des résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience des patients. - La commission des usagers est informée, au moins une fois par an, du nombre de demandes d'accès à leur dossier par les patients, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. - La commission des usagers est informée de l'évolution des résultats des indicateurs de prise en charge (EIAS, audit clinique, revue de pertinence, EPP, RMM, expérience patient, PROMs, indicateur de résultat de prise en charge clinique, dont IQSS de prise en charge clinique). - La commission des usagers est informée de l'évolution des résultats d'indicateurs liés à l'usage de Mon espace santé (taux d'activation, qualité et complétude des éléments). - La commission des usagers est informée, lors de chaque réunion, des plans d'actions issus de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins. - La commission des usagers participe à l'évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Engagement patient
---------------------	---

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.1

La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

La coordination des professionnels garantit la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit d'une part d'assurer l'articulation de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. D'autre part, il s'agit d'assurer les échanges d'information qui permettent que chaque professionnel intervenant pour le patient soit destinataire de l'ensemble des informations utiles à sa mission, en préservant la confidentialité des données personnelles. Pour finir, ces enjeux de coordination sont tout aussi importants dans le cadre du parcours intrahospitalier du patient que dans les interfaces de celui-ci avec le parcours de santé et de vie du patient.

Critère 2.1-01 Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation

Faciliter l'accès aux consultations et coordonner les soins entre secteurs externes et hospitalisation permet au patient de bénéficier d'un parcours clair et sans rupture. Il peut prendre facilement ses rendez-vous, être accompagné pour organiser les examens prescrits et comprendre la suite de sa prise en charge. Les informations utiles, notamment les comptes-rendus, sont rapidement disponibles et partagées avec les équipes et le patient. Cette coordination améliore la continuité et la sécurité des soins, limite les délais et évite les oublis. Elle est régulièrement évaluée pour améliorer l'organisation et mieux répondre aux besoins des patients.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance Les secteurs de consultations, de soins externes et d'hospitalisation mettent en place des actions d'amélioration à l'appui des évaluations de la qualité de leurs pratiques (délais de transmissions des comptes rendus, délais de rendez-vous...).	Audit système
Professionnels Les comptes-rendus de consultation des praticiens intervenant dans l'établissement sont disponibles dans le dossier médical du patient et dans Mon espace santé.	Patient traceur
Patient - Pour une consultation réalisée dans l'établissement ou un acte/examen dans les secteurs externes (imagerie...), le patient peut aisément prendre rendez-vous en ligne ou par un numéro de téléphone dédié. - A la fin de la consultation réalisée dans l'établissement, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, le patient est accompagné pour prendre le ou les prochains rendez-vous.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Maternité – périnatalité SMR Management par la qualité et les risques
---------------------	--

Critère 2.1-02 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins personnalisé grâce à un système d'information adapté et partagé

Un système d'information adapté permet aux équipes de travailler ensemble de façon efficace pour construire et suivre le projet de soins du patient. Les décisions d'admission sont partagées et adaptées à la situation du patient et aux capacités de l'établissement. Toutes les informations utiles (antécédents, traitements, résultats...) sont accessibles en même temps par les professionnels, ce qui sécurise les décisions et évite les erreurs. Le partage avec Mon espace santé, avec l'accord du patient, renforce son information et son implication. Une bonne coordination grâce au système d'information améliore la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels Pour obtenir le consentement du patient, les médecins connaissent les documents de son dossier qui doivent être versés dans Mon espace santé.	Audit système
Professionnels - Le projet personnalisé de soins est élaboré en incluant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de soins (équipes de soins de support, ensemble des équipes lorsque le patient est hébergé dans une autre unité faute de places disponibles, correspondants externes : douleur, soins palliatifs, psychiatrie...). - Tous les éléments utiles à la coordination de la prise en charge du patient (antécédents, examens cliniques, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...) sont tracés et accessibles dans le dossier. - Le système d'information permet aux professionnels un accès simultané à l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient. - Sauf avis contraire du patient, les équipes médicales et paramédicales consultent Mon espace santé du patient.	Patient traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Télésanté SMR
Flash sécurité patient	« Hébergement » en service inadapté. Qui dit service inapproprié, dit coordination renforcée

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

Pour les patients les plus exposés aux risques liés aux médicaments, les équipes vérifient avec précision tous les traitements pris, en croisant plusieurs sources et en échangeant avec le patient et son entourage. Cette démarche permet d'identifier les erreurs, les oublis et les traitements inutiles ou trop complexes. En ajustant les prescriptions, les équipes sécurisent la prise en charge, limitent les effets indésirables et évitent des soins inutiles. Elles contribuent ainsi à des soins plus écoresponsables, en évitant le gaspillage médicamenteux. Le patient bénéficie de traitements plus sûrs, plus simples et mieux adaptés à sa situation, avec un impact direct sur sa santé et son vécu.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement dispose d'indicateurs permettant d'objectiver la réduction des prescriptions non pertinentes (ex : proportion de conciliations ayant conduit à une dé prescription ou une simplification thérapeutique).	Audit système
Professionnels • Pour les profils de patients les plus à risque (patients polymédicamentés, patients âgés, patients sous chimiothérapies, patients dialysés...), la conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, notamment en consultant au minimum 3 sources d'information différentes, la rencontre du patient et/ou son entourage, l'échange médico-pharmaceutique. • Dès lors que la conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, le bilan médicamenteux est accessible dans les dossiers des patients les plus à risque (patients âgées polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...). • Dès lors que la conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, le bilan médicamenteux est intégré dans la lettre de liaison des patients les plus à risque (patients âgées polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...).	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Médicament Patients âgés
---------------------	-----------------------------

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Soins critiques
---------------------	--

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

La prévention des troubles nutritionnels est essentielle pour la santé et le rétablissement du patient. Elle repose sur une identification précoce des situations à risque et sur une prise en charge adaptée à chaque patient. Les équipes se coordonnent pour ajuster les apports, mobiliser les professionnels compétents et mettre en œuvre les recommandations tout au long du séjour. L'alimentation proposée est également adaptée aux besoins du patient. Cette organisation permet de prévenir la dénutrition ou ses complications, d'améliorer l'état général et de soutenir l'efficacité des traitements, contribuant ainsi à une meilleure qualité et sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance L'établissement s'assure que les caractéristiques nutritionnelles de ses repas (régimes, prise en compte des besoins liés à l'âge..., apports protéino-énergétiques...), y compris s'ils sont fournis par un prestataire, correspondent aux besoins des patients.	Audit système
Professionnels - Les équipes dépistent les patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique. - Dès lors que le patient nécessite une prise en charge nutritionnelle spécifique, les équipes personnalisent les soins nutritionnels en mobilisant des professionnels experts (diététicien par exemple). - Pour les prises en charge le nécessitant, notamment la prise en charge de l'obésité, le dépistage de la dénutrition et de la sarcopénie, l'équipe met en œuvre les recommandations actualisées tout au long du séjour.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Patients âgés Personne en situation de handicap Santé mentale et psychiatrie Management par la qualité et les risques
---------------------	---

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

Les secteurs interventionnels sont des espaces où les rôles, procédures et tâches pour un acte programmé ou en urgence sont définis et consignés dans un document charte de bloc ou règlement intérieur du secteur. Parmi les documents structurants, on trouve la programmation opératoire qui doit être établie conjointement et tenir compte des urgences et de l'organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). La qualité et la sécurité des soins au bloc opératoire, et en secteur interventionnel, sont assurées notamment par un travail en équipe efficace dont la coordination entre les différents acteurs, une communication adaptée, une traçabilité des informations et la prise de décision partagée. Le suivi d'indicateurs, notamment sur les délais de reprogrammation et la réalisation d'évaluations sur la qualité des informations transmises entre les équipes, permet de s'assurer que les patients sont pris en charge de manière sécurisée.

Chirurgie et interventionnel **Standard**

Éléments d'évaluation

	Traceur ciblé
Professionnels - La charte de fonctionnement/règlement intérieur du bloc opératoire et des secteurs interventionnels précise les modes de fonctionnement (pilotage de l'organisation, circuits de prise en charge, les responsabilités, les ressources matérielles et humaines...). - La programmation opératoire, validée en cellule de programmation, est établie entre l'opérateur, l'anesthésiste et le chef de bloc en prenant en compte l'organisation de la SSPI. - Pour éviter la perte de chance en cas de déprogrammation, l'équipe reprogramme les patients dans un délai médicalement acceptable et selon les règles définies par l'équipe. - Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. - La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration. - Pour réduire les délais de prise en charge, les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques au regard de l'analyse des indicateurs de fonctionnement (écarts de programmation, taux réel d'occupation des salles, débordement...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels Management par la qualité et les risques
Flash sécurité patient	Reprogrammation au bloc opératoire. Reporter sans jamais improviser

Critère 2.1-08 Les équipes de maternité accompagnent les parents dans leur parcours de parentalité

Les équipes de maternité accompagnent les parents dès le début de leur projet de parentalité et tout au long du parcours. Elles les aident à exprimer leurs souhaits et à construire un projet de naissance, ajusté selon l'évolution de la grossesse et la situation médicale. Des temps d'échange et de préparation sont proposés pour informer et soutenir les parents. Les situations de vulnérabilité sont repérées précocement afin de proposer un accompagnement adapté, avec les professionnels et partenaires concernés. Cette coordination permet de sécuriser le parcours, de favoriser le lien parent-enfant et de renforcer la capacité des parents à accueillir leur enfant dans de bonnes conditions.

Maternité Standard

Éléments d'évaluation

Patient • Dès lors que les parents ont élaboré un projet de naissance, (modes d'accouchement, type d'anesthésie, allaitement...), celui-ci est adapté par l'équipe obstétricale tout au long de la grossesse, y compris lors de l'accouchement. • Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées aux parents.	Patient traceur
Professionnels • L'équipe oriente, si nécessaire, les futurs parents vers des équipes spécialisées (aide médicale à la procréation...) et des associations spécialisées, dès l'expression d'un projet à la parentalité. • Pour évaluer le risque de dépression du post-partum, les situations de vulnérabilité dues à des facteurs médicaux, psychiques ou sociaux, sont dépistées dès le projet parental et jusqu'en post-partum, y compris à travers les entretiens prénataux et postnataux. • En maternité, les situations de vulnérabilité sont partagées en staffs médico-psycho-sociaux ou staffs de périnatalité rassemblant l'ensemble des partenaires concernés. • Les mesures visant à rapprocher la mère et son nouveau-né, lorsque celui-ci est transféré dans un autre établissement, sont tracées.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Maternité – périnatalité
-------------------	--------------------------

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

En hospitalisation à domicile, la coordination des professionnels permet au patient d'être soigné chez lui en toute sécurité et sans rupture. Le projet de soins est organisé avec le médecin traitant et partagé entre les intervenants. Des échanges réguliers entre professionnels permettent d'adapter la prise en charge à l'évolution de l'état du patient. Si besoin, la ré hospitalisation est anticipée et organisée rapidement. Les produits de santé et dispositifs médicaux sont utilisés dans des conditions sécurisées au domicile. Cette organisation facilite la continuité des soins, limite les risques et permet au patient de rester chez lui dans les meilleures conditions possibles.

Hospitalisation à domicile **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	En cours de révision
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Tenue du dossier patient en HAD Coordination de la prise en charge en HAD
Flash Sécurité Patient	Hospitalisation à domicile. Une organisation huilée pour ne pas avoir une HAD grippée

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

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

Santé mentale et psychiatrie **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les professionnels sont formés à la prévention, au repérage et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. - Le risque suicidaire est évalué à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante particulièrement lors des moments clés (entrée, 1^{re} permission, avant la sortie par exemple) et tracé dans le dossier. - Après une tentative de suicide, l'équipe propose au patient son inclusion dans le dispositif Vigilans au moment de sa sortie.	Parcours traceur
Professionnels - Tout suicide ou tentative de suicide fait l'objet d'une déclaration et d'une analyse interne dès lors que l'évènement intervient dans le temps de la prise en charge, y compris pendant une permission. - Si les conséquences de la tentative de suicide répondent à la définition d'un EIGS (mise en jeu du pronostic vital, survenue d'un déficit fonctionnel), elle est déclarée sur le portail national de signalement.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Santé mentale et psychiatrie
Flash sécurité patient	Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir

Critère 2.1-12 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

La prise en charge psychiatrique intègre un examen somatique permettant le diagnostic différentiel des pathologies et l'identification des comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique. Cet examen somatique, réalisé dans les 24 h pour les hospitalisations complètes sans consentement ou au plus tôt pour les hospitalisations complètes en soins libres, par un médecin qui peut être celui qui a réalisé l'évaluation mentale. Il donne lieu à un suivi régulier, en lien avec le médecin traitant et/ou les services spécialisés si nécessaire. Ce suivi est tracé dans la lettre de liaison et est la préoccupation des équipes de soins ambulatoires en lien avec les médecins traitants.

Santé mentale et psychiatrie **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Patient traceur
• Un examen somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, dans les 24 h d'une hospitalisation complète sans consentement en psychiatrie. • Pour le patient hospitalisé en soins libres, sans passage par un service d'urgences, l'examen somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, dans un délai adapté à son profil (maximum 3 jours ouvrés). • Si le patient est passé par les urgences, le compte rendu du passage aux urgences est intégré dans son dossier et les consignes de suivi sont mises en œuvre, suivies et tracées. • En hospitalisation complète et ambulatoire, les comorbidités somatiques et leur suivi sont accessibles dans le dossier, y compris lorsque le suivi somatique est réalisé en ville.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Santé mentale et psychiatrie
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Coordination et prises en charge somatiques en hospitalisation temps plein

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

Une bonne coordination des transports intrahospitaliers permet au patient d'être pris en charge au bon moment, dans de bonnes conditions de sécurité et de confort. Les professionnels formés assurent des transferts adaptés en respectant l'identité, l'hygiène et la confidentialité. Le patient est informé des horaires et des destinations, ce qui limite l'anxiété et les temps d'attente. L'organisation des transports est suivie et améliorée si besoin pour répondre aux besoins des patients et des équipes. Cette coordination contribue à assurer la continuité des soins et à sécuriser chaque étape du parcours du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance Pour les établissements disposant d'une équipe dédiée aux transports hospitaliers, les délais sont suivis et font l'objet d'actions d'amélioration si besoin, pour répondre aux besoins des patients et des équipes.	Audit système
Patient Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport interne.	Patient traceur
Professionnels Les professionnels en charge du transport intrahospitalier connaissent les bonnes pratiques de sécurité (identitovigilance, troubles musculosquelettiques, hygiène, droits des patients, gestes d'urgence...).	Parcours traceur
Observations Lors du transport du patient, les conditions de sécurité, de confidentialité et de confort sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Soins critiques
---------------------	--

Critère 2.1-14 Les équipes se coordonnent en amont de la sortie pour assurer la continuité du parcours de soins

La préparation de la sortie permet au patient de poursuivre ses soins sans rupture après l'hospitalisation. Elle est anticipée avec le patient pour organiser les traitements, le matériel et, si besoin, les relais comme l'HAD. Une lettre de liaison claire est remise au patient et partagée avec les professionnels de ville, afin qu'ils disposent de toutes les informations utiles pour assurer le suivi. Le patient comprend ainsi sa prise en charge et les suites à donner. Le partage de ces informations, en temps utile et complètes, sécurise le parcours, limite les risques d'erreur et favorise une continuité des soins adaptée aux besoins du patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement améliore ses pratiques au regard des résultats d'indicateurs de complétude et de qualité des éléments versés dans Mon espace santé.	Audit système
Professionnels • L'organisation des soins à la sortie, intégrant une éventuelle hospitalisation à domicile, et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie. • La lettre de liaison à la sortie est versée dans Mon espace santé le jour de sa sortie, sauf opposition du patient. • Le jour de la sortie, la lettre de liaison à la sortie est envoyée au médecin traitant et/ou à l'établissement d'accueil lors d'un transfert (identité complète du patient, antécédents, facteurs de risque, conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, résultats des derniers examens complémentaires, prescriptions, comparatif explicatif entre le traitement d'entrée et le traitement de sortie). • L'équipe améliore la qualité et les délais de délivrance, au patient et au médecin traitant, de la lettre de liaison à la sortie et/ou du compte rendu de consultation et/ou du compte rendu opératoire.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques Personne en situation de handicap SMR Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.2

La maîtrise des risques liés aux pratiques

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

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

L'identification fiable du patient à chaque étape de sa prise en charge permet d'éviter les erreurs et de sécuriser les soins. Elle garantit que chaque acte, examen ou traitement concerne le bon patient, dans le respect de sa sécurité et de sa dignité. Les équipes vérifient systématiquement l'identité, associent le patient à cette vigilance et veillent à la traçabilité des informations. L'organisation mise en place permet de prévenir, repérer et corriger les erreurs d'identité. Cette démarche partagée contribue à réduire les risques, à fiabiliser les données de santé et à améliorer la qualité et la sécurité du parcours du patient.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques Management par la qualité et les risques
---------------------	--

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• A l'entrée, le médecin analyse systématiquement le traitement habituel du patient pour décider s'il est pertinent de poursuivre, modifier ou arrêter ce traitement habituel et ainsi établir sa prescription. • La prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, le solvant et son volume (injectable), et la voie d'administration. • Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une condition de déclenchement : valeur seuil (échelle de douleur, tension artérielle, glycémie, température corporelle...) ou signe clinique (nausée, vomissement, anxiété, constipation...). • Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des professionnels habilités sans retranscription par des professionnels non habilités à prescrire.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Flash Sécurité Patient	(Re)transcription des prescriptions médicamenteuses. Copier une prescription, c'est risquer de coller des erreurs Patient sous neuroleptique. La vigilance est la bonne pratique Surveillance biologique des anticoagulants (héparines et antivitamines K). Une prise de sang pour éviter une perte de sang Neuroleptiques à action prolongée (NAP). Les NAP parfois ça dérape Évènements médicamenteux qui ne devraient jamais arriver (never events). Lidocaïne et colchicine en ligne de mire

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

Avant la dispensation, le pharmacien effectue une analyse des prescriptions afin de vérifier leur pertinence, les doses prescrites, les interactions possibles et les contre-indications éventuelles. L'analyse des prescriptions porte sur l'intégralité de la prescription et intègre donc tout médicament pris par le patient durant son hospitalisation. Elle est couplée à une analyse lors de la dispensation des médicaments. Les équipes soignantes veillent ensuite à administrer chaque médicament en respectant les indications du prescripteur. Ce travail collaboratif, entre médecins, pharmaciens et infirmiers, permet d'éviter les erreurs médicamenteuses et d'offrir une prise en charge adaptée et sécurisée à chaque patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance en s'appuyant sur les données biologiques du patient et l'accès à son dossier. • Les interventions pharmaceutiques sont prises en compte par les services prescripteurs. • La délivrance des médicaments est adaptée aux besoins des services (journalier, hebdomadaire, mensuel) au regard des prescriptions. • L'avis du pharmacien est sollicité pour les réunions de concertation pluriprofessionnelle (oncologie, infectiologie...). • Pour faciliter l'analyse pharmaceutique, le pharmacien dispose d'un logiciel d'aide à la dispensation.	Traceur ciblé
---	---------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Médicament Patients âgés
---------------------	-----------------------------

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

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

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

	Traceur ciblé
Professionnels - Les modalités d'approvisionnement répondent aux besoins des professionnels, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé. - Le pharmacien identifie les risques de ruptures de stock, informe les prescripteurs et met en place des actions palliatives avec les équipes. - Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (contenant, respect des températures...) et sécurisées. - Dans un objectif d'écoresponsabilité du soin, les médicaments périmés sont remis à la pharmacie à usage intérieure pour destruction.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Flash Sécurité Patient	Le stockage des curares. Des erreurs pas si rares Rupture de stock de produit de santé. Ne rompez pas le contact ! Évènements médicamenteux qui ne devraient jamais arriver (never events). Lidocaïne et colchicine en ligne de mire

Critère 2.2-05 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

L'administration des médicaments est un moment clé pour la sécurité du patient. Elle repose sur une préparation rigoureuse, sans interruption, et sur des vérifications systématiques pour s'assurer que le bon traitement est donné au bon patient, au bon moment. Les situations à risque font l'objet de précautions renforcées. Chaque administration est tracée pour garantir un suivi fiable. Le stockage sécurisé des médicaments contribue aussi à prévenir les erreurs. Cette organisation permet d'adapter les soins au patient, de limiter les risques et d'assurer une prise en charge plus sûre et de qualité.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches. - Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration (règle des 5B). - Les situations à risque (injectables, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...) devant faire l'objet de précautions particulières ont été identifiées et les bonnes pratiques mises en œuvre. - L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier au moment de la prise par les professionnels habilités.	Traceur ciblé
Observation Pour sécuriser la préparation et l'administration des médicaments et prévenir les risques d'erreur, les produits de santé sont stockés dans des conditions sécurisées sur l'ensemble du circuit (étiquetage en DCI, absence de mélange, suivi des températures, absence de stockage au sol, absence de périmés, obus et bouteilles arrimés...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Flash sécurité patient	Calcul de doses médicamenteuses. La règle de trois doit rester la règle Dispositifs médicaux. Bien s'en servir...pour éviter le pire Les médicaments en pédiatrie. Ce n'est pas un jeu d'enfant Utilisation des morphiniques. Opiacé mal utilisé, surdosage assuré Evènements médicamenteux qui ne devraient jamais arriver (never events). Lidocaïne et colchicine en ligne de mire

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

La prévention des erreurs médicamenteuses repose sur des pratiques rigoureuses et la vigilance des équipes soignantes. La formation continue des professionnels de santé joue un rôle clé, leur permettant de maîtriser les protocoles, d'anticiper les risques d'interactions et de respecter les règles de sécurité. Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament. Leur liste est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les never events. Les préparations en atmosphère contrôlée, notamment pour les médicaments stériles et les chimiothérapies, sont essentielles pour éviter toute contamination et garantir la précision des doses. Enfin, l'analyse systématique des événements indésirables liés aux médicaments permet d'identifier les failles et de mettre en place des actions correctives.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux. • Les professionnels connaissent les moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque. • Une liste des médicaments les plus à risque, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels. • Les préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) sont maîtrisées (préparation, libération, transport).	Traceur ciblé
---	---------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Flash sécurité patient	Médicaments à risque : Sous-estimer le risque c'est risqué Accidents liés à un médicament à risque. Qui dit potassium (KCl), dit vigilance maximale Événements médicamenteux qui ne devraient jamais arriver (never events). Lidocaïne et colchicine en ligne de mire

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

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

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

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

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• L'éligibilité du patient à l'auto-administration est évaluée selon des critères formalisés par les équipes et réévaluée tout au long de la prise en charge. • Le patient bénéficie d'un accompagnement lui permettant d'acquérir ou de renforcer ses compétences pour s'auto-administrer son traitement en sécurité. • L'établissement assure la sécurisation et le suivi de l'auto-administration des médicaments.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Médicament Engagement patient Management par la qualité et les risques
---------------------	--

Critère 2.2-08 Les équipes appliquent les précautions standard d'hygiène

Les précautions standard constituent le socle de la prévention du risque infectieux et s'appliquent à tous les patients, en toute situation de soins. Elles reposent notamment sur l'hygiène des mains, le port adapté d'équipements de protection individuelle, l'hygiène respiratoire, la prévention des accidents d'exposition au sang et aux produits biologiques d'origine humaine, la gestion des excréta et la maîtrise de l'environnement de soins. L'hygiène des mains doit être réalisée aux moments clés de la prise en charge, notamment avant et après tout contact avec le patient, avant tout geste aseptique, après contact avec l'environnement du patient et après le retrait des gants. Les prérequis à l'hygiène (avant-bras dégagés, ongles courts, sans vernis, faux ongles ou résine, ne pas porter de bijou type bracelet, bague, alliance, montre...) sont appliqués. Le respect de ces mesures, soutenu par la formation des professionnels et par une vigilance régulière des équipes, contribue à limiter la transmission croisée des micro-organismes et à sécuriser la prise en charge des patients. Le respect des obligations et recommandations vaccinales des professionnels complète cette prévention.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'équipe privilégie la désinfection des mains par friction hydroalcoolique. Elle connaît les rares indications du lavage à l'eau et au savon. • L'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excréta : respect des précautions standards lors des manipulations (notamment port des EPI), matériel adapté et en bon état (bassin et lave-bassin), maintenance des équipements assurée, et existence d'une procédure dégradée en cas de panne. • L'équipe applique les précautions et conduites à tenir en cas d'accident d'exposition à un liquide biologique (sang, urine...). • L'équipe, avec une équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, améliore ses pratiques en matière de précautions standards d'hygiène au regard de l'analyse d'indicateurs (ex : audits observationnels, consommation de solution hydroalcoolique, expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains...).	Traceur ciblé
Observations • Dès lors qu'ils sont dans les services de soins, de rééducation et médico-techniques, tous les professionnels appliquent les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts, absence de mésusage des gants... • Les indications d'hygiène des mains sont respectées : avant et après contact avec le patient, avant un geste aseptique et après un contact avec l'environnement du patient.	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA) Expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains : e-Satis HDM

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

Les précautions complémentaires sont indiquées en complément des précautions standard pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à haut potentiel de transmission : aérienne, par gouttelettes, ou manuportée dont les bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes. Ces mesures supplémentaires qui visent à limiter la transmission de ces micro-organismes (restrictions de mouvement, le maintien en chambre seul, porte fermée, port de protections barrières...) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'information donnée au patient, et/ou à sa personne de confiance, sur la mise en place des précautions complémentaires est tracée dans le dossier. • L'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standards. • La prescription médicale ou le protocole de précautions complémentaires d'hygiène est effectivement mis en œuvre.	Traceur ciblé
Observations • Pour les précautions complémentaires, les équipements de protection individuelle sont utilisés selon les recommandations (pas de masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, gants (stériles ou non) éliminés immédiatement après le geste, changés entre deux patients, pas de surblouse hors des chambres...).	Observation

Pour vous accompagner

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

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins
Flash sécurité patient	Cathéters et infections associées aux soins. Trop longtemps il restera, une infection tu risqueras Cathéter veineux central et embolie gazeuse. Il suffit d'une bulle et tout bascule Dispositifs médicaux implantables (DMI). Implanter sans se planter

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

La transfusion sanguine est un soin potentiellement à risque qui nécessite une attention particulière à chaque étape. Une évaluation du rapport bénéfice/risque permet de s'assurer qu'elle est adaptée au patient. Les bonnes pratiques sont appliquées avant, pendant et après la transfusion, avec l'information et l'implication du patient. Les contrôles réalisés au lit du patient et la surveillance permettent de détecter rapidement toute anomalie. Le suivi et la traçabilité des transfusions contribuent à sécuriser la prise en charge. L'analyse régulière des pratiques et des événements indésirables permet d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'analyse bénéfices/risques est réalisée pour tout acte de transfusion, notamment la nuit.
- Les professionnels appliquent les bonnes pratiques prétransfusionnelles (information du patient, recueil du consentement du patient, prescription, commande, transport interne, stockage dans l'unité de soins).
- Les professionnels appliquent les bonnes pratiques per-transfusionnelles (intervention médicale rapide, contrôle ultime au lit du patient, surveillance de l'administration...).
- Les professionnels appliquent les bonnes pratiques de surveillance post-transfusionnelle (information du patient, suivi post-transfusionnel).
- L'équipe améliore ses pratiques en matière de transfusion à l'appui de l'analyse régulière de ses indicateurs et des événements indésirables déclarés.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

En cours de révision

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

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance Le dispositif de prise en charge des urgences vitales fait l'objet d'une évaluation régulière de son efficacité, reposant notamment sur un retour d'expérience des situations réellement vécues (tracées dans le registre).	Audit système
Professionnels - Il existe un numéro d'appel unique et dédié, connu des professionnels, pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale survenant chez un patient, un professionnel ou un visiteur. - Tous les professionnels de soins sont formés aux gestes de première urgence (détection d'une urgence vitale, conduite à tenir...). - Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation.	Parcours traceur
Observations - Des chariots ou sacs d'urgence, adaptés aux patients pris en charge dans l'unité, sont immédiatement accessibles. - Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés, leur vérification est tracée.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences vitales SMR Management par la qualité et les risques
---------------------	--

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

L'utilisation des rayonnements ionisants nécessite une vigilance partagée pour garantir la sécurité du patient. Chaque examen est justifié au regard de son bénéfice et réalisé avec la dose la plus adaptée. Les professionnels formés appliquent les règles de protection et assurent la traçabilité des doses et des actes dans le dossier du patient. Le patient est informé et impliqué dans sa prise en charge. Les équipes se coordonnent, analysent les situations à risque et améliorent leurs pratiques. Cette organisation permet de limiter l'exposition inutile, de sécuriser les soins et de garantir la qualité du diagnostic et du suivi.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels • Pour tout acte faisant appel aux rayonnements ionisants réalisés en interne ou externalisé, le dossier du patient contient : la justification de l'acte, la procédure réalisée, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue ou estimée par le patient au cours de la procédure. • Lorsque les équipes prescrivent un examen d'imagerie, les comptes-rendus mentionnant les doses de rayonnement reçues sont disponibles dans le dossier médical de l'établissement et dans Mon espace santé, y compris lorsqu'ils sont réalisés en externe. • Lorsque des rayonnements ionisants sont utilisés en interne, les professionnels (manipulateurs en radiologie, médecins/chirurgiens, radio pharmaciens) savent expliquer la conduite à tenir (obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection, information de la personne compétente en radioprotection en cas d'incidents (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel). • Pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis (oncologie, maladies infectieuses chroniques, éventuellement aux urgences...), les imageurs, y compris externes, participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires. • Les équipes améliorent leurs pratiques après l'analyse pluriprofessionnelle des dysfonctionnements liés activités d'imagerie, y compris si elles sont externalisées (retard, prescriptions, qualité du cliché, interprétation du cliché...).	Parcours traceur
Observations • Les professionnels qui réalisent des actes utilisant des rayonnements ionisants (imagerie, amplificateur de brillance...) portent les équipements de protection individuels (tablier, lunettes et dosimètres).	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Rayonnements ionisants Secteurs interventionnels
-------------------	---

Critère 2.2-14 Les équipes maîtrisent les risques liés aux prélèvements de liquides et tissus biologiques

La qualité des prélèvements de liquides et de tissus est essentielle pour établir un diagnostic fiable et adapter les soins au patient. Chaque étape, de l'identification au conditionnement, est réalisée avec rigueur pour éviter les erreurs et garantir des résultats exploitables. Les équipes veillent à informer le patient et à respecter les bonnes pratiques, y compris pour les prélèvements spécifiques ou en contexte interventionnel. Les dysfonctionnements sont analysés pour améliorer les pratiques. Cette organisation permet de sécuriser la prise en charge, d'éviter des examens répétés et d'assurer des décisions cliniques rapides et adaptées au patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels - Les bonnes pratiques de prélèvement biologiques (identification, remplissage des tubes, conservation...) sont respectées par les équipes de soins. - Les équipes améliorent leurs pratiques après l'analyse pluriprofessionnelle des dysfonctionnements liés aux activités des laboratoires, y compris si elles sont externalisées (retard, prescriptions, prélèvements non technicables...).	Parcours traceur
Professionnels - Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de prélèvement anatomopathologique (identification, conservation...) sont respectées par les équipes de soins. - Dans les secteurs interventionnels et pour les activités concernées (orthopédie, chirurgie vasculaire, obstétrique, neurochirurgie, chirurgie cardiaque), la collecte des résidus opératoires destinée à des fins thérapeutiques (têtes fémorales, veines, placentas, volets crâniens, cœurs domino, résidus opératoires de la transplantation cardiaque) est réalisée selon les bonnes pratiques (sélection clinique, consentement du patient, traçabilité, conditions de conservation).	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Parcours intrahospitalier Secteurs interventionnels
-------------------	--

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.3

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

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

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

Lors d'un appel au SAMU, le patient bénéficie d'une écoute attentive et d'une évaluation rapide de sa situation. Cette analyse permet d'apporter une réponse adaptée à son besoin : conseil, orientation vers un professionnel, ou prise en charge en urgence. L'organisation de la régulation garantit des décisions argumentées, tracées et adaptées, en tenant compte du contexte et, si possible, des préférences du patient. Des parcours spécifiques sont prévus pour certaines situations particulières. L'analyse régulière des pratiques permet d'améliorer la qualité des réponses. Cette organisation contribue à une prise en charge plus rapide, plus sûre et mieux adaptée aux besoins du patient.

SAMU/SMUR Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- Les professionnels du SAMU appliquent les bonnes pratiques de régulation médicale (protocole d'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'assistant de régulation médicale (ARM) et du médecin régulateur, formation à l'accueil, à l'écoute et orientation des patients...). - Toutes les communications sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM). - Les mesures particulières de prise en charge des patients remarquables (HAD, femme enceinte géographiquement isolée, patient sous assistance respiratoire...) sont mises en œuvre. - L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SAMU est argumentée et tient compte des filières d'admission directe, et si possible, des préférences du patient. - L'établissement siège du SAMU a mis en place un service d'accès aux soins (SAS) qui permet d'orienter l'appelant vers la filière appropriée : urgence vitale (prises en charge par le SAMU et le service d'urgence le cas échéant) ou besoin de soins non-programmés (conseils médicaux, orientation vers une consultation ou une téléconsultation prise en charge par la filière de médecine ambulatoire du SAS). - Les équipes du SAMU et du SAS améliorent ses pratiques et la pertinence de ses décisions, en particulier en réécoutant les enregistrements.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Urgences – SAMU/SMUR
Flash sécurité patient	SAMU. Et si coordonner rimait avec communiquer SAMU. Et si chacun jouait sa partition

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

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

SAMU/SMUR Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Urgences – SAMU/SMUR Management par la qualité et les risques
-------------------	--

Critère 2.3-03 L'équipe des urgences oriente chaque patient vers le circuit de prise en charge le plus adapté, dans des délais compatibles avec son état de santé

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

Urgences Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• Dès l'accueil, le tri est réalisé par un professionnel habilité (infirmier organisateur d'accueil (IOA) ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO)) formé à cette fonction et à l'aide d'une échelle de tri validée. • Le tri des patients est réalisé dans un délai de 10 minutes après leur enregistrement administratif, afin de leur communiquer un délai prévisionnel de prise en charge adapté au niveau d'urgence. • Un médecin de spécialité, en interne ou en externe (téléexpertise...), est facilement joignable pour avis. En cas de sollicitation, son avis est tracé dans le dossier du patient. • L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement ainsi qu'à Mon espace santé.	
Patient	
• Lorsque le patient est passé par les urgences, si son état de santé le permettait, un proche a pu rester à ses côtés pendant l'attente.	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Personne en situation de handicap Urgences – SAMU/SMUR Santé mentale et psychiatrie
Flash Sécurité Patient	Erreurs diagnostiques dans les services des urgences. Diagnostic manqué, urgence aggravée

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes, hors urgences) contiennent l'évaluation du risque anesthésique et la justification du choix de la technique.
- Les professionnels des salles interventionnelles et de la SSPI tracent la conformité des équipements d'anesthésie à l'ouverture de la salle.
- La surveillance du patient post interventionnelle est assurée dans un environnement adapté et sécurisé.
- En SSPI, les bonnes pratiques d'extubation sont appliquées (formations dédiées, en particulier pour les nouveaux arrivants, protocole formalisé et connu, identification d'un médecin anesthésiste-réanimateur sans délais...).
- L'aptitude à la sortie de SSPI est validée médicalement ou évaluée sous condition de score validé médicalement.

Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Secteurs interventionnels

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

Dans les secteurs interventionnels, la maîtrise du risque infectieux et des autres risques est essentielle pour la sécurité du patient. Elle repose sur des pratiques rigoureuses à chaque étape : préparation du patient, antisepsie, utilisation d'équipements conformes et port de tenues adaptées. Les prescriptions, comme l'antibioprophylaxie, sont ajustées à la situation du patient. Les équipes vérifient le bon fonctionnement du matériel et limitent les situations à risque. Elles évaluent régulièrement leurs pratiques pour les améliorer. Cette organisation permet de réduire les infections et les complications, et d'assurer une prise en charge plus sûre et de qualité pour le patient.

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels - La prescription d'antibioprophylaxie (ou le protocole auquel elle renvoie), réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire, s'appuie sur des bonnes pratiques actualisées et adaptées au type de chirurgie, au terrain (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) et au patient (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...). - L'équipe du bloc opératoire ou du secteur interventionnel s'assure que toutes les étapes de préparation du patient, selon le protocole en vigueur (douche, traitement des pilosités le cas échéant) défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, sont réalisées et tracées dans le dossier. - Avant l'acte interventionnel, l'équipe réalise l'antisepsie cutanée selon le protocole en vigueur. - Les professionnels des salles interventionnelles tracent la conformité des équipements opératoires à l'ouverture de la salle. - Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques de prévention des infections sur la base d'évaluations : antibioprophylaxie, infections du site opératoire, ré hospitalisation après chirurgie ambulatoire, port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes, allées et venues...).	Traceur ciblé
Observations L'équipe porte une tenue (tunique, pantalon, masque) et utilise des équipements adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel.	Observation

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Secteurs interventionnels Infections associées aux soins
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de genou
Flash Sécurité Patient	Gestion périopératoire des anticoagulants. Patients-aidants-soignants : coagulez-vous ! Oubli de matériel chirurgical et infections associées aux soins. Les bons comptes font les bons soins

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

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Secteurs interventionnels Infections associées aux soins Management par la qualité et les risques
---------------------	---

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

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

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

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

Chirurgie et interventionnel Standard

Éléments d'évaluation

Patient • En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, per et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire.	Patient traceur
Professionnels • A l'entrée, l'équipe médicale réévalue l'éligibilité à l'ambulatoire, à l'appui de critères définis en équipe, et la trace dans le dossier. • En chirurgie ambulatoire, une prescription d'antalgiques réalisée dès la consultation pré chirurgicale ou préanesthésique ou une mention des consignes de prise par le patient d'un antalgique à son domicile est retrouvée dans le dossier.	
Professionnels • La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou sous condition de score (sur prescription). • L'équipe de chirurgie ambulatoire assure le suivi du patient par un contact (appel téléphonique, SMS, message sur répondeur, rendez-vous en consultation) entre J+1 et J+3 après le retour à domicile.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Réhospitalisations entre 1 et 3 jours Evaluation à l'admission de l'éligibilité du patient Évaluation du patient pour la sortie de la structure Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3

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

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

Chirurgie et interventionnel **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape. - La check-list est réalisée en présence des professionnels concernés. - Des évaluations de la mise en œuvre de la check-list, dont des audits observationnels, sont réalisées 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 améliorent leurs pratiques au regard des résultats d'évaluations et d'indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels Management par la qualité et les risques
Flash Sécurité Patient	Erreur de côté lors d'une anesthésie loco-régionale. À gauche ou à droite ? Jamais sans mon check ! Sécurité au bloc opératoire. Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

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

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

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• À l'admission en maternité, l'établissement dispose de tous les éléments du dossier de la patiente recueillis en extrahospitalier et intrahospitalier, même lors des transferts en urgence. • L'équipe maîtrise l'interprétation du rythme cardiaque fœtal grâce à des programmes de formations continues. • L'équipe maîtrise les manœuvres obstétricales grâce à des programmes de formations continues. • Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. • La procédure d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est accessible en salles d'accouchement et connue des professionnels. • En référence à des recommandations de bonnes pratiques, les professionnels améliorent leurs pratiques au regard d'indicateurs de prise en charge (par exemple : HPP, épisiotomie, rupture utérine, préparation à la naissance, taux de recours à la tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré, travail, douleur, pertinence des césariennes, déchirures périnéales sévères...) et sur les revues de morbi-mortalité, notamment l'analyse des décès inattendus.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Maternité – périnatalité
Flash Sécurité Patient	Peau à peau et allaitement du nouveau-né à la maternité. La douceur n'exclut pas la vigilance

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

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

Maternité **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels • L'accompagnement de l'allaitement est inscrit dans une démarche qualité formalisée (formation spécifique, professionnel formé avec un temps dédié...).	Parcours traceur
Professionnels • L'ensemble des professionnels prenant en charge des nouveau-nés en secteur naissance et suites de couches est formé aux bonnes pratiques dès leur prise de fonction et tout au long de leur exercice professionnel. • Les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteur naissance et maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...). • Les professionnels tracent dans le dossier patient le clampage retardé du cordon ombilical et la mise en peau à peau. Lorsqu'ils ne sont pas effectués, la raison est argumentée. • Les professionnels tracent la température du nouveau-né en sortie de secteur naissance et à l'admission en unité de soins. • En référence à des recommandations de bonnes pratiques, les équipes améliorent leurs pratiques de prise en charge des nouveau-nés en s'appuyant sur les résultats de leurs indicateurs de prise en charge (par exemple : clampage retardé du cordon, corticothérapie anténatale, suivi des températures, durée d'hospitalisation, allaitement) et sur les revues de morbi-mortalité, notamment l'analyse des décès néonataux inattendus.	Traceur ciblé

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Maternité – périnatalité Management par la qualité et les risques
-------------------	--

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

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

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation

	Parcours traceur
Professionnels - La surveillance visuelle et sonore de tous les patients en soins critiques est réalisée à l'appui d'une procédure de gestion des systèmes de surveillance (définition des seuils d'alarme, report d'alarme des scopes, ventilateurs...) par des professionnels formés. - Les équipes de soins critiques transportent les patients après analyse bénéfices/risques pluriprofessionnelle et dans des conditions qui garantissent la continuité de la surveillance et la sécurité. - Les équipes de soins critiques préviennent le syndrome post-réanimation (protocole de mobilisation, dépistage et traitement du delirium...) selon les recommandations de bonnes pratiques. - En unité de soins critiques, les décisions médicales sont explicitées en équipe lors des staffs pluriprofessionnels afin d'en favoriser la compréhension et permettre de partager les questionnements. - Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent les résultats de leurs indicateurs de prise en charge (par exemple : pertinence des admissions, ré hospitalisations à 48/72 heures).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Soins critiques
Flash Sécurité Patient	Patient trachéotomisé en service de soins critiques. Trachéo, quand la vie ne tient qu'à un tuyau
	Transport intrahospitalier des patients de soins critiques. Le transport lui aussi est critique
	Surveillance des patients en service de soins critiques. Une veille sans faille pour qu'aucun patient ne défaille

Critère 2.3-13 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

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

Soins critiques Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Soins critiques
-------------------	-----------------

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

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

Santé mentale et psychiatrie **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Dans le respect de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques, la décision d'isolement prise par un psychiatre, assortie ou non d'une décision de contention, est tracée dans le dossier du patient. La décision précise les modalités de surveillance (indications, fréquence, point de contention le cas échéant). • Un examen psychiatrique et somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, au moment de la mise en isolement. • L'isolement se fait dans un espace dédié respectant l'intimité, la dignité et la sécurité du patient. S'il est assorti d'une contention, le patient dispose d'un moyen pour appeler les soignants. • Dans le respect de la décision, l'infirmier surveille l'état somatique et psychique du patient et le trace dans son dossier. • À la sortie de l'isolement, un temps d'échange est proposé au patient afin de revenir sur l'épisode ayant conduit à la mesure d'isolement et de prévenir le risque de récurrence de comportements violents. Cette analyse clinique est tracée dans le dossier du patient. • Les professionnels améliorent les résultats de leurs indicateurs de prise en charge en lien avec l'isolement et la contention (par exemple : durée d'isolement, durée de la contention, taux de contention/taux d'isolement, entretien post-isolement, alternatives pour éviter l'isolement...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Santé mentale et psychiatrie
-------------------	------------------------------

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

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

Radiothérapie Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Rayonnements ionisants
-------------------	------------------------

Critère 2.3-17 Les équipes des unités de néonatalogie (unité de réanimation néonatale, unité de soins intensifs néonataux, unité de néonatalogie et unité kangourou) assurent une prise en charge coordonnée, sécurisée et centrée sur le nouveau-né et sa famille

Les nouveau-nés prématurés ou présentant des malformations ou des complications périnatales relèvent d'une prise en charge à haut niveau d'expertise en raison de leur vulnérabilité médicale. Les unités de néonatalogie (unité de réanimation néonatale, unité de soins intensifs néonataux, unité de néonatalogie et unité kangourou) organisent une prise en charge continue et sécurisée, adaptée à la gravité clinique, intégrant stabilisation physiologique et soins de développement. Les parents sont associés au projet de soins et accompagnés, notamment lors des transferts ou des situations de séparation. La compétence des professionnels, l'anticipation de la sortie et l'amélioration continue des pratiques contribuent à garantir la qualité et la sécurité du parcours de l'enfant.

Maternité Standard

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
- En unité de néonatalogie, les soins de développement (positionnement, peau-à-peau, interactions adaptées, regroupement des soins, mesures de réduction du bruit et de la lumière, zéro séparation...) sont mis en œuvre de façon personnalisée et adaptée à l'état clinique du nouveau-né. - En unité de néonatalogie, selon l'état clinique du nouveau-né, les parents sont impliqués de manière sécurisée (change, toilette, installation, allaitement, biberon, sonde sous supervision, peau-à-peau) dans les soins de leur enfant favorisant ainsi le développement du lien parent-enfant. - Les professionnels des unités de néonatalogie maintiennent des compétences actualisées pour une prise en charge optimale grâce à une activité régulière et des formations dès la prise de poste et tout au long de leur exercice professionnel. - En unité de néonatalogie, l'équipe organise la sortie du nouveau-né avec un parcours de soins coordonné, des relais territoriaux activés et un suivi du développement programmé, garantissant la continuité de sa prise en charge. - En unité de néonatalogie, l'équipe améliore ses pratiques au regard des résultats de ses indicateurs de prise en charge des nouveau-nés prématurés ou présentant des complications périnatales (risque infectieux, extubations accidentelles...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Maternité – périnatalité Management par la qualité et les risques
Flash Sécurité Patient	Peau à peau et allaitement du nouveau-né à la maternité. La douceur n'exclut pas la vigilance

Chapitre 2.

Les équipes de soins

Objectif 2.4

La culture de la pertinence et de l'évaluation

Les démarches qualité se fondent sur un objectif principal, améliorer la santé des patients, pour s'intégrer dans la pratique professionnelle et avoir du sens pour les équipes de soins. La pertinence est une dimension essentielle de la qualité des soins et un enjeu majeur pour la sécurité du patient. Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé (exemple : augmentation de l'espérance de vie, soulagement de la douleur, réduction de l'anxiété, amélioration de capacités fonctionnelles) est supérieur aux conséquences négatives attendues (exemple : mortalité, morbidité, anxiété, douleur, durée d'arrêt de travail) d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût. S'intéresser au résultat pour le patient, c'est se recentrer sur le cœur de métier des professionnels de santé. Ainsi, il est attendu des équipes qu'elles se mobilisent autour d'actions fondées sur l'amélioration du résultat pour le patient et pour cela il est essentiel qu'elles mesurent l'impact de leurs pratiques. L'enjeu est ici d'apprécier la mise en œuvre par les équipes de cette analyse et non le niveau de résultat observé.

Critère 2.4-01 Les équipes améliorent la qualité des soins délivrés aux patients à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'évaluations

Les équipes s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et sur l'analyse de leurs résultats pour faire évoluer leurs soins. Elles identifient ce qui doit être amélioré, évaluent leurs prises en charge (événements indésirables, audits, retours patients...) et ajustent leurs pratiques en conséquence. Concrètement, cela permet d'éviter les erreurs, de limiter les complications et d'améliorer l'efficacité des traitements. Le patient bénéficie ainsi de soins plus sûrs, plus pertinents et mieux adaptés à sa situation, avec un impact direct sur sa santé et son vécu.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les instances, les commissions thématiques (CLIN, CLUD...) et/ou les équipes identifient les évolutions des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. • Les instances et commissions thématiques (CLIN, CLUD...) pilotent la déclinaison en procédures et protocoles, conduites à tenir, évaluations, plan d'actions, la mise en œuvre opérationnelle par les équipes des recommandations de bonnes pratiques cliniques et/ou organisationnelles. • Les résultats des évaluations de prise en charge (EIAS, audit clinique, revue de pertinence, EPP, RMM, expérience patient, PROMs, indicateur de résultat de prise en charge, dont IQSS de prise en charge), leur analyse et le programme d'actions d'amélioration associé sont présentés aux instances (CME, CSIRMT...).	Audit système
Professionnels • Les équipes connaissent et analysent leurs résultats d'évaluation de prise en charge clinique (EIAS, audit clinique, revue de pertinence, EPP, RMM, expérience patient, PROMs, indicateur de résultat de prise en charge, dont IQSS). • En l'absence ou en cas de très faible nombre d'EIAS et d'EIGS déclarés, l'équipe analyse les possibles causes de sous-déclaration. • En référence aux recommandations de bonnes pratiques, les équipes améliorent leurs pratiques professionnelles au regard de leurs résultats d'évaluation de prise en charge clinique (EIAS, audit clinique, revue de pertinence, EPP, RMM, expérience patient, PROMs, indicateur de résultat de prise en charge clinique, dont IQSS).	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Management par la qualité et les risques
---------------------	--

Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

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

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
• Les prescripteurs sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus. • Les prescripteurs s'appuient sur un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent (interne ou externe) en antibiothérapie. • Toute prescription d'un traitement antibiotique et sa prolongation, le cas échéant, est justifiée dans le dossier. • Toute prescription d'un traitement antibiotique doit être réévaluée entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure (molécule, voie d'administration, dosage, durée) sur la base des critères cliniques et microbiologiques. • L'équipe (équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, les prescripteurs, le référent en antibiothérapie, la pharmacie et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant) améliore ses pratiques au regard des résultats de ses indicateurs de pratique en lien avec l'antibiothérapie (consommation d'antibiotiques, résistances aux antibiotiques, prescription d'antibiothérapie de 5 jours ou moins pour infection respiratoire basse...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Antibiothérapie de 5 jours ou moins pour infection respiratoire basse

Critère 2.4-04 Les équipes mettent en œuvre des soins écoresponsables

Mettre en œuvre des soins écoresponsables permet de concilier qualité des soins et respect de l'environnement, au bénéfice du patient aujourd'hui et demain. Les équipes s'engagent dans des actions concrètes adaptées à leur activité et sont sensibilisées à l'impact de leurs pratiques. Elles intègrent cette dimension dans l'organisation des soins, en limitant les actes inutiles et en adaptant les ressources utilisées. Accompagnées par un référent, elles évaluent les effets de leurs actions et les améliorent. Cette démarche contribue à des soins plus pertinents, plus sûrs et durables pour le patient.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Audit système
• Les équipes développent au moins une action en faveur des soins écoresponsables. • Les équipes sont sensibilisées aux soins écoresponsables et à l'impact environnemental de leurs pratiques (parcours patient debout, téléconsultation, gestion des déchets, consommation de matériels, produits, eau, électricité...). • Les équipes prennent en compte la dimension des soins écoresponsables lors des révisions de procédures (réduction des interventions inutiles, révision du matériel nécessaire...). • Les équipes connaissent le référent développement durable qui peut les accompagner dans la mise en œuvre des projets « soins écoresponsables ». • Les équipes connaissent l'impact des actions en faveur de soins écoresponsables qu'elles mettent en œuvre (déchets, matériels, eau, énergie, émissions de gaz à effet de serre...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Management par la qualité et les risques
-------------------	--

Critère 2.4-10 Les équipes de santé mentale et psychiatrie améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs

En santé mentale et psychiatrie, l'analyse des indicateurs permet aux équipes d'adapter les soins aux besoins réels du patient. Elle aide à repérer précocement les troubles, à améliorer l'accès au diagnostic et à limiter les situations de crise. Le suivi des hospitalisations et des parcours permet de prévenir les effets indésirables liés à des prises en charge prolongées et de favoriser des solutions adaptées, notamment en ambulatoire. En s'appuyant sur ces données, les équipes ajustent leurs pratiques pour proposer des soins plus adaptés, plus fluides et plus respectueux du patient, contribuant ainsi à améliorer la qualité et la sécurité de sa prise en charge.

Santé mentale et psychiatrie **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Dans les structures d'ambulatoire (CMP, CATTP) de santé mentale et psychiatrie, le repérage précoce des troubles psychiques et l'accès au diagnostic, conformément aux bonnes pratiques professionnelles (ex : diagnostic des TDAH), sont mesurés à l'aide d'indicateurs.
- En hospitalisation sans consentement de santé mentale et psychiatrie, le taux d'hospitalisation en situation de péril imminent est suivi et fait l'objet d'une analyse partagée avec les équipes qui adressent (SAU, SMUR...).
- En santé mentale et psychiatrie, les hospitalisations de plus de 3 mois sont suivies à l'aide d'indicateurs (durées de séjour...) afin d'établir un plan d'actions visant à réduire les iatrogénies (notamment pour l'hospitalisation temps plein) et à développer la réhabilitation (notamment pour les structures d'hospitalisation de jour).
- En santé mentale et psychiatrie, les équipes améliorent leurs pratiques sur la base de résultats des indicateurs (repérage et aide à l'arrêt des addictions, évaluation cardio-vasculaire et métabolique, délais d'entrée dans les soins, nombre d'orientations vers les structures alternatives à l'hospitalisation, nombre d'orientations vers des structures d'hébergement adapté...).

Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Santé mentale et psychiatrie
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis Lien entre l'hôpital et la médecine de ville sur le champ du somatique Evaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes Evaluation gastro-intestinale chez les patients adultes

Chapitre 3

L'établissement

Objectif 3.1

Le management global par la qualité et la sécurité des soins

Le management global par la qualité et la sécurité des soins vise à garantir à chaque patient une prise en charge fiable, coordonnée et la plus sûre possible. Il repose sur une organisation collective où les priorités sont claires, partagées et traduites en actions concrètes au plus près des pratiques professionnelles. En structurant la gestion des risques, l'analyse des résultats et l'amélioration continue, l'établissement réduit les événements indésirables associés aux soins et les pertes de chance pour les patients. Cette approche soutient le travail des équipes en donnant du sens aux démarches qualité, en facilitant la coordination et en favorisant des décisions fondées sur l'expérience du terrain. Elle nécessite un engagement visible de la gouvernance pour inscrire durablement la qualité et la sécurité au cœur des soins délivrés.

Critère 3.1-01 L'établissement déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fixe des objectifs d'amélioration personnalisés, définis à partir de l'analyse croisée des données disponibles : point de vue des patients et des usagers, résultats des indicateurs, risques identifiés a priori et a posteriori. Elle est élaborée, pilotée et évaluée par la CME de manière participative, associant la gouvernance, l'encadrement, les professionnels, les instances concernées et les représentants des usagers. Les actions de management des risques, c'est-à-dire d'atténuation, sont formalisées et suivies dans un programme d'actions unique, structuré et adapté à l'établissement. Elles font l'objet d'un reporting régulier à la gouvernance.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Management par la qualité et les risques Engagement patient Télésanté SSE
---------------------	--

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

La culture de la sécurité correspond à la façon dont les professionnels travaillent ensemble pour éviter les erreurs et protéger les patients au quotidien. Elle repose sur la déclaration des événements indésirables associés aux soins, l'analyse collective de ce qui s'est passé et le travail en équipe autour de situations réelles. L'erreur humaine n'est pas sanctionnée : elle est comprise pour améliorer les pratiques et réduire les risques. Cette démarche bénéficie directement aux patients en rendant les soins plus sûrs et plus fiables. Elle nécessite l'engagement de la gouvernance, notamment à travers des temps d'échange réguliers, comme les rencontres de sécurité, qui permettent de partager les priorités et de renforcer la confiance entre équipes.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement évalue, a minima tous les deux ans, la culture qualité et sécurité des soins de l'ensemble des professionnels par une méthode inspirée des enquêtes de culture sécurité. • L'établissement a participé à au moins une rencontre de sécurité inspirée des méthodes promues par la HAS. • L'établissement promeut l'accréditation auprès des médecins et équipes éligibles (information, incitation, soutien logistique et financier...). Encadrement • A l'appui des résultats de l'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins, l'encadrement médical et paramédical met en place des actions d'amélioration adaptées à son secteur. Professionnels • Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité des soins organisées au sein de l'établissement. • Les professionnels connaissent le dispositif d'alerte de vigilances ascendantes et descendantes : responsabilités, modalités de réception, modalités de transmission, information à la gouvernance, permanence 24 heures sur 24...	Audit système
--	---------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Management par la qualité et les risques Accréditation médicale
-------------------	--

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

L'accréditation des médecins et des équipes est une démarche volontaire qui aide à sécuriser concrètement les soins, en particulier dans les situations à risque. En travaillant ensemble, les professionnels analysent les événements rencontrés dans leur pratique réelle, partagent leurs expériences et mettent en place des actions d'amélioration directement utiles pour les patients. Cette dynamique renforce la qualité des prises en charge, la confiance avec les patients et le bien être des équipes. Elle permet aussi de maintenir et actualiser les compétences professionnelles. Les enseignements issus des retours d'expérience sont partagés au niveau national, afin que les équipes bénéficient de solutions déjà éprouvées. Aujourd'hui développée dans les spécialités interventionnelles, cette approche peut inspirer toutes les disciplines.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance Le calendrier d'engagement des médecins et équipes éligibles non engagés dans le dispositif d'accréditation est respecté.	Audit système
Professionnels - Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles, de réanimation ou de soins intensifs) ont au moins un médecin ou une équipe accréditée. - Les événements indésirables associés aux soins analysés dans le cadre de l'accréditation sont déclarés dans le circuit de déclaration des événements indésirables associés aux soins de l'établissement pour contribuer au programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Management par la qualité et les risques Accréditation médicale
--------------------------	--

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

Afin de préserver la qualité et la sécurité des soins, l'établissement anticipe les situations de tension susceptibles de fragiliser les prises en charge, telles qu'un afflux massif de patients ou une crise sanitaire. Un plan de gestion graduée permet d'adapter rapidement l'organisation clinique à la situation. Lorsque l'impact sur l'activité est limité, une mobilisation interne est déclenchée afin de sécuriser les parcours, maintenir les soins prioritaires et éviter les pertes de chance pour les patients. En cas de situation majeure, le plan blanc est activé : une cellule de crise coordonne les décisions cliniques et organisationnelles, ajuste les capacités d'accueil et priorise les prises en charge. Ce dispositif clarifie les rôles et les circuits décisionnels, soutient les équipes dans des contextes complexes et garantit une réponse collective rapide au service de la sécurité des patients.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières, dont les risques numériques, et des situations sanitaires exceptionnelles ont été élaborés avec la gouvernance, les instances et les professionnels. - Des exercices, a fortiori les activations réelles, démontrent que la cellule de crise est opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte et 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). - Les exercices de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, a fortiori les activations réelles, sont suivis d'actions d'amélioration issues d'un retour d'expérience. - Pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, les moyens matériels et humains, les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins sont disponibles et rapidement mobilisables. Ils sont suivis pour en vérifier l'opérationnalité. Professionnels - Les professionnels concernés par l'activation des plans de crise connaissent la gouvernance de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (identifiée dans l'organigramme), les modalités d'alerte et de mise en œuvre.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	SSE Soins critiques Management par la qualité et les risques
---------------------	--

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

Certaines situations de soins, en particulier lorsqu'elles sont complexes, peuvent poser des questions difficiles et amener les professionnels à faire face à des dilemmes éthiques. Ces situations rendent parfois les décisions délicates, car elles engagent à la fois l'intérêt du patient, celui de ses proches et les valeurs professionnelles. Pour aider les équipes, l'établissement met en place des espaces de réflexion collective, organisées et partagées, au plus près du terrain. Ces temps d'échange associent les professionnels de différentes disciplines, les représentants des usagers ainsi que le patient et ses proches lorsque cela est possible. Cette réflexion collective permet de prendre des décisions éclairées, dans un délai pertinent, respectueuses des droits du patient, tout en sécurisant les pratiques des professionnels. Les équipes peuvent également s'appuyer sur des ressources extérieures pour les accompagner.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Télésanté Management par la qualité et les risques
---------------------	---

Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés

Un système d'information sécurisé permet aux professionnels de travailler dans de bonnes conditions, d'accéder aux bonnes informations au bon moment et d'éviter des situations de perte de données, d'erreurs ou de rupture de prise en charge. Pour y parvenir, l'établissement évalue régulièrement la sécurité de ses systèmes et s'entraîne à faire face aux cyberattaques. Les professionnels sont formés à reconnaître les signes d'une attaque et à adopter les bons réflexes, afin de réagir rapidement et de limiter les conséquences pour les patients et les équipes. En cas d'incident, des dispositifs sont prévus pour maintenir l'activité essentielle : un volet cybersécurité intégré dans le Plan blanc, des plans de continuité et de reprise adaptés aux activités les plus critiques, et une déclaration rapide des incidents aux autorités compétentes. Ces mesures visent à protéger les données des patients, sécuriser les prises en charge et soutenir les professionnels en situation de crise numérique.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement dispose d'un plan de continuité et de reprise d'activité formalisé. • L'établissement a mis en œuvre le plan d'actions correctives issu des audits Active Directory et exposition internet. • Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'Agence du numérique en santé. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'ANSSI, pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité sont mises en œuvre. À défaut d'incidents significatifs ou graves ayant justifié une déclaration, l'établissement a une procédure qui permet de qualifier ce qui relève d'un incident significatif ou grave et de les déclarer. Professionnels • Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou d'attaque (contact du service en charge de la sécurité informatique, modes dégradés...). • Les équipes connaissent les règles de sécurité et d'hygiène informatique (identification des mails frauduleux...). • Les équipes sont formées à l'utilisation des logiciels métier et peuvent être accompagnées par un interlocuteur compétent pour la prise en main des outils.	Audit système
---	---------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	En cours de révision
-------------------	----------------------

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

La protection des données de santé fait partie intégrante de la confidentialité due aux patients et de la sécurité des soins. Des règles d'accès claires au système d'information garantissent que chaque professionnel accède uniquement aux informations nécessaires à son activité, au moyen d'identifiants personnels et de mots de passe individuels, sans comptes partagés. La sécurité repose également sur des dispositifs de sauvegarde régulière et sécurisée des données, assurant leur intégrité et leur disponibilité en cas d'incident. Les accès à distance font l'objet d'une authentification renforcée. Enfin, l'établissement applique des procédures garantissant la suppression ou la destruction confidentielle des données numériques des patients, dans le respect des durées réglementaires, afin de prévenir tout risque lié à une utilisation inappropriée du numérique.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les règles d'habilitation (accès, droit d'usage...) du système d'information de santé sont définies. • Dès qu'un professionnel change de statut (démission, fin de contrat, changement de service...), l'établissement actualise ses habilitations et accès. • L'établissement octroie un poste de l'établissement (poste professionnel) au personnel en mobilité (astreintes ou travail à distance) ou un dispositif d'ouverture de sessions à distance. • Pour les accès à distance, les identités et accès aux données de santé sont gérés par un système d'authentification renforcé avec deux facteurs. Professionnels • Pour proscrire tous les comptes génériques, dès son arrivée, le personnel, y compris temporaire (intérimaires, étudiants, stagiaires...), utilise un compte permettant une connexion nominative, un identifiant et un mot de passe personnels et uniques pour l'accès au système d'exploitation. • Pour proscrire tous les comptes génériques, dès son arrivée, le personnel, y compris temporaire (intérimaires, étudiants, stagiaires...), utilise un compte permettant une connexion nominative, un identifiant et un mot de passe personnels et uniques pour l'accès aux applications métiers (ex : DPI).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Télésanté
-------------------	-----------

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.2

La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Une prise en charge sûre et de qualité repose sur une organisation adaptée des compétences et des tâches, au quotidien comme en situation de tension. Disposer de professionnels qualifiés, en nombre suffisant et travaillant en équipe, permet de répondre aux besoins croissants des patients et de limiter les risques liés aux soins. Lorsque les ressources sont insuffisantes, l'établissement doit adapter temporairement son activité en évaluant les risques pour les patients et les conditions de retour à une situation normale. La qualité de vie au travail est étroitement liée à la sécurité des soins : des équipes soutenues, impliquées et pluridisciplinaires s'adaptent plus efficacement et trouvent des solutions concrètes, au bénéfice direct des patients.

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

La disponibilité continue des professionnels médicaux et paramédicaux est indispensable pour assurer aux patients des soins sécurisés et adaptés, à tout moment de leur parcours. Elle permet aussi de mieux faire face aux urgences, d'assurer une surveillance continue et d'accompagner les patients et leurs proches. Concrètement, elle repose sur des règles de présence claires. Selon les secteurs, les besoins en professionnels sont définis par des normes ou par une maquette organisationnelle, partagée avec les équipes. L'établissement suit régulièrement l'écart entre les effectifs prévus et réels, notamment en période à risque, et met en place des ajustements si nécessaire (organisation du temps de travail, renforts, adaptation de l'activité). Les professionnels doivent connaître les circuits de signalement afin d'alerter rapidement en cas de risque pour la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Pour s'assurer de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels temporaires qui ne connaissent pas l'établissement, la gouvernance suit, pour chaque secteur, le taux d'emplois temporaires. • Pour l'exercice d'une activité de soin réglementée (soins critiques, y compris néonataux, maternité, urgence, SMUR, dialyse), lorsque le nombre minimal de professionnels médicaux et paramédicaux n'est pas respecté, l'Agence régionale de santé et les instances médicales et paramédicales en sont informées sans délai. • L'établissement met en place des actions d'amélioration (campagne de recrutement ciblé, aide au logement...) suite à l'analyse des écarts récurrents entre un effectif minimal, défini par une norme ou par des maquettes organisationnelles adaptées au fonctionnement du service, et l'effectif réellement disponible. Encadrement • Lorsque des écarts ponctuels entre effectif minimal, défini par une norme ou par des maquettes organisationnelles adaptées au fonctionnement du service, et effectif réel sont constatés, des dispositions adaptées sont mobilisées (heures supplémentaires, intérim, mode dégradé, réduction temporaire d'activité, mobilité des personnels médicaux, réduction ou suspension d'activité...). Professionnels • La continuité des soins médicaux et paramédicaux est assurée conformément aux recommandations et à la réglementation. • Les professionnels paramédicaux peuvent joindre un médecin à tout moment.	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Ressources professionnelles Urgences – SAMU/SMUR Maternité – périnatalité Soins critiques
Flash Sécurité Patient	Périodes de vulnérabilité. Pas de vacance(s) pour la sécurité

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

La sécurité des patients repose sur les compétences des professionnels qui les prennent en charge. L'établissement veille à ce que chaque professionnel exerce dans son périmètre de compétences, en vérifiant les qualifications, titres et autorisations d'exercice, notamment pour les médecins diplômés hors Union européenne. Les compétences techniques, relationnelles et organisationnelles sont régulièrement évaluées par l'encadrement. Une attention particulière est portée à la formation à l'utilisation des équipements spécialisés et aux soins centrés sur les patients, afin de renforcer leur implication et le partenariat dans les soins. En cas d'écart identifié, des actions correctrices sont mises en place : formations ciblées, dispositifs de maintien et de développement des compétences et évaluations avant et après formation, pour garantir des soins sûrs, adaptés et de qualité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement vérifie les titres des professionnels de soins pour assurer l'adéquation entre les missions et les compétences. À défaut, l'établissement met en place les actions requises. Encadrement • L'encadrement médical et paramédical dispose d'un bilan des formations continues suivies dans leur équipe. • L'encadrement médical et paramédical mène régulièrement des entretiens professionnels pour mettre en œuvre les actions utiles pour faire coïncider missions et compétences (formation, développement professionnel continu en conformité avec les méthodes HAS...). Professionnels • Les professionnels participent à des formations, avec évaluations pré et post-formation, cohérentes avec les priorités de l'établissement en matière de qualité et gestion des risques ou avec les principaux facteurs de risques identifiés lors de l'analyse des événements indésirables associés aux soins. • Les professionnels (en poste, nouveaux arrivants, étudiants médicaux et paramédicaux...) reçoivent une information explicitant leur devoir éthique, déontologique et professionnel à déclarer les événements indésirables associés aux soins, ainsi que les modalités de déclaration.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Ressources professionnelles Urgences – SAMU/SMUR Télésanté SSE
---------------------	---

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

La simulation en santé est un levier concret pour renforcer la sécurité des patients et prévenir les risques liés aux soins. Elle partage avec la gestion des risques des valeurs essentielles : le travail en équipe, l'apprentissage par la pratique, l'implication des professionnels et une approche positive de l'erreur, utilisée pour progresser et non pour sanctionner. En reproduisant des situations à risque ou complexes, la simulation permet aux équipes de s'entraîner, d'améliorer la coordination entre professionnels et de sécuriser les prises en charge avant qu'une situation réelle ne survienne. Pour être efficace, cette démarche nécessite l'implication de la gouvernance, y consacrer des moyens adaptés et encourager les démarches collectives et interprofessionnelles.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Le plan de formation propose des formations intégrant une méthode pédagogique par simulation. • Les programmes de formation par simulation, construits en interne ou proposés par des organismes de formation extérieurs, sont conformes au guide méthodologique de simulation en santé et gestion des risques de la HAS. • S'il en construit en interne, l'établissement partage ses programmes de formation par simulation avec d'autres établissements (territoire, groupe...).	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Ressources professionnelles
-------------------	-----------------------------

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

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

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Ressources professionnelles
-------------------	-----------------------------

Critère 3.2-06 L'établissement a une politique de santé de ses professionnels

La santé des professionnels est un enjeu stratégique pour l'établissement. Des professionnels en bonne santé sont plus présents, disponibles et en capacité d'assurer des soins sûrs et de qualité, ce qui contribue directement à limiter l'absentéisme et à garantir la continuité des prises en charge. La gouvernance met en place des actions de prévention et de protection : dispositifs de soutien psychologique, politique vaccinale, mise à disposition et bon usage des équipements de protection individuelle, locaux et équipements adaptés, etc. Elle prévoit également un dispositif d'accompagnement des professionnels affectés par les répercussions d'un événement indésirable associé aux soins (parfois appelés "second victim" dans la littérature internationale), afin de prévenir l'isolement, de favoriser le soutien entre pairs et de sécuriser leur retour à l'activité. Ces mesures protègent la santé des équipes, sécurisent les pratiques et renforcent durablement la performance de l'établissement.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement analyse le taux d'absentéisme en lien avec les maladies professionnelles et accidents du travail par service et, le cas échéant, met en œuvre des actions d'amélioration. • L'établissement s'assure du respect de l'obligation vaccinale (hépatite B...) et pilote la stratégie d'incitation aux vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière, Covid-19...) : communication, identification des freins et actions d'amélioration, suivi de la couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier... Encadrement • Les actions de prévention des risques professionnels (physiques et psychosociaux) identifiés dans le document unique d'évaluation des risques professionnels sont mises en œuvre, notamment avec le service de santé au travail. • L'encadrement propose aux professionnels des dispositifs d'écoute et d'accompagnement pour un soutien psychologique, notamment lorsqu'ils sont affectés par les répercussions d'un événement indésirable associé aux soins. Professionnels • Les professionnels peuvent accéder gratuitement et facilement aux vaccinations recommandées et obligatoires (service de santé au travail, équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services, adaptation pour les équipes de nuit). • Les équipes disposent de locaux et utilisent des équipements qui garantissent la prévention des risques professionnels et, finalement, leur santé (exemple : unité de reconstitution des cytotoxiques, locaux de désinfection, dosimètres, conteneurs pour objet piquants/tranchants...).	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Ressources professionnelles Infections associées aux soins Management par la qualité et les risques
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Suivi de la vaccination antigrippale du personnel
Flash Sécurité Patient	Effet tunnel en santé. L'appel à un ami peut sauver des vies Fatigue des professionnels de santé. Préserver les soignants pour mieux soigner les patients

Critère 3.2-07 L'établissement a une politique de sécurité de ses professionnels

La sécurité des professionnels est une condition indispensable à la qualité des soins et à la qualité de vie au travail. Des professionnels qui se sentent protégés sont plus sereins, plus présents et mieux à même de se concentrer sur la prise en charge des patients. Face aux risques de violence, l'établissement identifie, avec les professionnels, les situations à risque et les formalise dans le document unique. Il s'appuie sur un plan de sécurisation adapté, applicable en situation courante comme en situation de crise. Des dispositifs concrets sont mis en place : équipements, aménagements des locaux, consignes claires, accès sécurisés, actions de sensibilisation et de formation. L'efficacité de ces mesures est régulièrement évaluée et ajustée afin de mieux prévenir les incidents et protéger les équipes.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Ressources professionnelles Urgences – SAMU/SMUR Soins critiques
---------------------	--

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

La qualité de vie au travail est étroitement liée à la qualité, à la sécurité des soins et à l'efficacité de l'établissement. L'établissement déploie une politique de qualité de vie au travail construite avec les professionnels et leurs représentants, à partir d'un diagnostic issu du terrain, tenant compte des métiers, des organisations et des réalités locales. La gestion des ressources humaines intègre les principes d'égalité, de diversité et d'inclusion, afin de garantir des conditions de travail équitables et respectueuses pour tous. Cette politique définit des objectifs clairs favorisant le travail en équipe, la coopération, l'autonomie et l'expression des professionnels, et s'appuie sur des indicateurs partagés pour en assurer le suivi.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Les instances représentatives des professionnels participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la politique qualité de vie au travail. - La politique qualité de vie au travail est ajustée au regard du suivi des indicateurs, de l'étude réalisée auprès des professionnels de terrain, de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et des risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels. Professionnels - La communication interne permet aux professionnels de s'informer aisément sur les projets, les actualités de l'établissement, l'organigramme (responsabilités de chaque acteur, circuits de décision et de délégation). - Les professionnels ont participé à une enquête visant à élaborer la politique de qualité de vie au travail. - Du point de vue des professionnels, les solutions qu'ils proposent pour améliorer l'organisation du travail (plannings, temps de travail, fidélisation, coordination/communication...) sont prises en compte par l'encadrement et/ou la gouvernance. Lorsqu'elles ne le sont pas, une explication leur est donnée. - Du point de vue des professionnels, les conditions de travail (cadre de travail et organisations) contribuent à leur qualité de vie au travail (équilibre vie professionnelle/vie personnelle, crèche, aide au logement, restauration, télétravail...).	Audit système
--	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Ressources professionnelles
-------------------	-----------------------------

Critère 3.2-10 L'établissement a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

Les tensions et les conflits font partie de la vie professionnelle, mais ils doivent être anticipés et régulés pour préserver le bon fonctionnement des équipes. Des mécanismes de prévention et de gestion des conflits permettent de maintenir des relations de travail respectueuses et une coopération efficace entre professionnels. Le management, en particulier de proximité, joue un rôle clé pour détecter les situations à risque, apaiser les tensions et accompagner les équipes. Il doit être soutenu et outillé pour agir rapidement et de manière adaptée. Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, les conflits peuvent fragiliser la cohésion des équipes, dégrader la qualité de vie au travail et avoir un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

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

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Ressources professionnelles
-------------------	-----------------------------

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

Le travail en équipe est un levier pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Lorsque les professionnels sont engagés dans un projet commun, ils donnent du sens à leur travail, renforcent leur motivation et favorisent la reconnaissance de chacun. La gouvernance et l'encadrement jouent un rôle central pour soutenir cette dynamique collective. En encourageant la collaboration, le partage des connaissances et les démarches d'amélioration continue, ils contribuent à des prises en charge plus sûres et mieux coordonnées pour les patients. Concrètement, l'organisation du temps de travail vise à mieux coordonner les temps médicaux et paramédicaux, afin de faciliter les échanges et le travail collectif au quotidien. Par ailleurs, l'établissement soutient des actions dédiées au travail en équipe, telles que des mises en situation, des temps de cohésion ou des outils de communication adaptés aux situations à risque. A ce titre, il peut utiliser les démarches promues par la HAS, comme Pacte (Programme d'amélioration du travail en équipe) ou l'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques, la pratique avancée et les délégations de tâches entre professionnels sont mises en œuvre (notamment à travers le développement des infirmiers en pratique avancée, la mise en œuvre de protocoles de coopération et la délégation d'actes ou d'activités). Professionnels • Les nouveaux arrivants, notamment les intérimaires, internes, étudiants médicaux et paramédicaux... ont les informations (livret d'accueil, journée d'intégration à laquelle participent les représentants des usagers, intranet, site internet...) et l'encadrement nécessaires pour accomplir leur activité et s'intégrer dans l'équipe. • Les professionnels participent à des démarches d'amélioration du travail en équipe (CRM santé, Pacte, accréditation en équipe, mise en situation, consolidation d'équipe, repérage des moments de communication critiques...). • L'organisation du temps de travail permet de consacrer du temps à des projets en équipe (RMM, analyse de pratiques à la suite d'un évènement indésirable, activités de perfectionnement des connaissances) ou à des projets qualité/gestion des risques. • Les temps médicaux et non médicaux sont synchronisés.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Ressources professionnelles Accréditation médicale
--------------------------	---

Critère 3.2-12 L'établissement met en œuvre une politique active de prévention, de repérage, de signalement et de traitement des violences sexistes et sexuelles entre professionnels

Les violences sexistes et sexuelles entre professionnels ou étudiants portent gravement atteinte à la dignité des personnes, à la cohésion des équipes et à la qualité des soins. En tant que professionnel de santé ou manager, disposer d'un cadre clair pour prévenir, repérer, signaler et traiter ces situations est un enjeu majeur pour exercer dans un environnement de travail sûr, respectueux et conforme aux valeurs du soin. Une politique en la matière permet de protéger les professionnels et les étudiants, de sécuriser les parcours de signalement, et d'apporter des réponses rapides, confidentielles et adaptées. Elle contribue également à renforcer la confiance au sein des équipes, à prévenir les risques psychosociaux, et à maintenir un collectif de travail engagé, indispensable à la qualité et à la sécurité des prises en charge.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Gouvernance - Des formations à la prévention, au repérage et au signalement des violences sexuelles et sexistes, inscrites au plan de formation, ont débutées pour la gouvernance et l'encadrement. - La gouvernance médicale, administrative et soignante connaît la procédure de signalement aux autorités compétentes. Encadrement - Un dispositif d'accompagnement est mis en place dès les premiers signes de difficulté, incluant écoute attentive, orientation et soutien, et se prolonge après tout signalement de violences sexistes et sexuelles. Professionnels - Un dispositif de signalement des violences sexistes et sexuelles accessible, opérationnel et connu est en place, garantissant la confidentialité et une réponse systématique dans un délai raisonnable. - Des actions régulières de prévention et de sensibilisation aux violences sexistes et sexuelles sont menées auprès de l'ensemble des professionnels (y compris les étudiants), incluant par exemple la mise à disposition d'outils pédagogiques, des campagnes d'information, l'analyse des pratiques professionnelles et des retours d'expérience...	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Violences sexuelles et sexistes
-------------------	---------------------------------

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.3

Le positionnement territorial

La qualité des soins dépend de l'ensemble du parcours du patient, avant, pendant et après sa prise en charge dans l'établissement. Une coordination efficace avec les acteurs du territoire permet d'éviter les ruptures de parcours, les soins non-pertinents ou les pertes de chance. Travailler avec les professionnels de ville, les autres établissements et le secteur médicosocial favorise des prises en charge plus cohérentes et plus adaptées aux besoins des patients. Cette coordination est également essentielle pour la prévention, la formation des professionnels et la recherche, qui contribuent à améliorer les pratiques et les résultats cliniques.

Critère 3.3-01 L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté sur le territoire

Orienter le patient dans un parcours de soins adapté sur le territoire est un enjeu central pour les professionnels de santé. Cela permet d'assurer une prise en charge pertinente, fluide et sécurisée, en évitant les ruptures de parcours, les errances diagnostiques ou les hospitalisations non nécessaires. Pour les équipes, connaître les filières existantes et les partenaires du territoire facilite les décisions d'orientation au bon moment et vers les bons acteurs. Le travail en lien avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales renforce la coordination, améliore la continuité des soins et contribue à une utilisation plus efficiente des ressources.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement participe à des CREX/RMM intra filières avec les acteurs du territoire (SAMU, CPTS, PTSM, autres établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les professionnels de ville, dispositifs d'appui à la coordination...) pour analyser les événements indésirables associés aux soins dont la cause est liée aux interfaces entre acteurs, rupture de parcours, errance diagnostique... • Pour les établissements qui en disposent, les centres de compétences ou de référence (notamment pour les maladies rares) sont référencés sur leur site internet. • L'établissement diffuse aux établissements du territoire les programmes d'éducation thérapeutique qu'il organise.	Audit système
Professionnels • En s'appuyant sur des filières structurées, l'encadrement médical et paramédical connaît les indicateurs associés (file active, nombre de consultations, nombre de consultations avancées...). • En SMR et en HAD, les demandes d'admission font, a minima chaque jour ouvré, l'objet d'une analyse de pertinence pluriprofessionnelle au regard du profil du patient et des capacités de l'établissement à le prendre en charge. • Pour lutter contre les parcours non pertinents (errance diagnostique, hospitalisation non pertinente...), les équipes orientent les patients éligibles vers des centres de compétences ou de référence (centres de maladies rares, centres spécialisés...).	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Positionnement territorial SMR
-------------------	-----------------------------------

Critère 3.3-03 En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi

En santé mentale et en psychiatrie, l'organisation et le suivi de l'accès aux soins constituent un levier essentiel pour les professionnels afin d'agir précocement et d'éviter l'aggravation des troubles. Un accès structuré, lisible et coordonné permet aux équipes de répondre plus rapidement aux besoins des personnes, de réduire les ruptures de parcours et de sécuriser les prises en charge dans la durée. En s'appuyant sur le projet territorial de santé mentale, les professionnels renforcent le travail partenarial, développent des réponses diversifiées centrées sur l'ambulatoire et soutiennent l'autonomie des personnes. Cet attendu valorise des pratiques cohérentes, partagées et efficaces, au service de parcours de soins et de vie adaptés.

Santé mentale et psychiatrie **Standard**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
• Les orientations du projet territorial de santé mentale sont déclinées dans les projets de services/pôles de santé mentale afin de favoriser les parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles psychiques sur le territoire et un accès précoce aux soins. • Des engagements concrets en lien avec la déclinaison des orientations du projet territorial de santé mentale sont suivis par les équipes, par exemple en matière : d'accès précoce aux soins psychiatriques ; d'aide à domicile ; d'inscription dans des activités de travail et/ou de loisirs adaptées ; de suivi somatique en ambulatoire ; d'aide aux aidants... • Dans les structures ambulatoires de psychiatrie (CMP, CATTP), les équipes connaissent les dispositions permettant un accès précoce aux soins. • L'équipe 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.	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Positionnement territorial Santé mentale et psychiatrie
-------------------	--

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

L'organisation des prises en charge non programmées concerne l'ensemble des établissements, qu'ils soient ou non directement impliqués dans leur réalisation. Pour les professionnels, disposer de règles claires, formalisées, partagées et coordonnées à l'échelle territoriale est essentiel pour orienter rapidement et en sécurité les patients lorsqu'une situation imprévue survient. Anticiper ces situations permet de clarifier les rôles, de fluidifier les interfaces avec les partenaires (urgences, médecine de ville, secteur médico-social) et d'éviter les ruptures de parcours. Cette organisation sécurise les décisions d'orientation, limite les tensions sur les équipes et contribue à une prise en charge plus efficace, coordonnée et adaptée aux besoins des patients.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Qu'il prenne ou non en charge des patients en non programmé, l'établissement a organisé, par des coopérations formalisées, cette prise en charge avec les autres établissements du territoire, la médecine de ville, les établissements sociaux et médico-sociaux (notamment les EHPAD). • Qu'il prenne ou non en charge des patients en non programmé, l'établissement dispose d'un plan d'actions précisant les mesures d'adaptation (renfort RH, ouverture de lits, ajustement des plannings, organisation des flux, coordination territoriale) pour anticiper les augmentations d'activité prévisibles (épidémie, événements culturels, sportifs, tourisme...). • Dans les établissements qui prennent en charge des patients en non programmé (consultations, télémedecine, urgences et admissions directes), l'établissement améliore ses pratiques au regard des résultats d'indicateurs (exemples : satisfaction des patients, délais de prise en charge médicale, délais de transfert...).	Audit système
Professionnels • Les équipes qui prennent en charge des patients en non programmé ont défini les modalités de priorisation des admissions non programmées (consultations, télémedecine, urgences et admissions directes). • Les équipes des secteurs de consultation ajoutent, si besoin, aux programmes des consultations programmées des consultations non programmées. • Qu'elles prennent ou non en charge des patients en non programmé, les équipes connaissent la situation en temps réel des lits disponibles.	Parcours traceur
 Pour vous accompagner	
Fiches pédagogiques	Positionnement territorial Urgences – SAMU/SMUR Soins critiques

Critère 3.3-05 L'établissement évite les passages des personnes âgées aux urgences

Le travail coordonné des établissements d'un territoire est essentiel pour prévenir les admissions évitables des personnes âgées aux urgences, souvent sources de risques cliniques : retards de prise en charge, risques iatrogènes, perte de chance, perte de repères. Pour les établissements ne disposant pas de services d'urgence, la capacité à mobiliser des avis spécialisés par la télésanté permet de sécuriser les décisions médicales et d'éviter des transferts inutiles et ainsi de maintenir, lorsque cela est possible, la personne dans son lieu de prise en charge habituel. Lorsque le recours à une hospitalisation non programmée est nécessaire, l'identification d'un service d'urgence de référence sécurise l'orientation et réduit les délais d'accès aux soins adaptés. Pour cet établissement de recours, la structuration de filières d'admissions directes vers les services de spécialité évite le passage aux urgences et réduit le risque de perte de chance pour les personnes âgées.

Patient âgé **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
- Le service des urgences et les services de spécialité (cardiologie, pneumologie, psychiatrie, médecine polyvalente, gastroentérologie, neurologie, court séjour gériatrique...) s'organisent pour permettre, quand l'état clinique le permet, l'accès direct des personnes âgées dans le service adapté. - L'équipe du service de spécialité (cardiologie, pneumologie, psychiatrie, médecine polyvalente, gastroentérologie, neurologie, court séjour gériatrique...) propose des solutions de télémédecine aux correspondants du territoire qui demandent un avis pour éviter le transfert de leurs patients âgés. - L'équipe susceptible de recourir à un avis pour éviter le transfert d'un patient âgé vers les urgences a identifié l'établissement de recours à contacter. - Pour éviter le transfert d'un patient âgé vers les urgences, les équipes utilisent des outils qui permettent une liaison en télémédecine (consultation et/ou avis). - Les équipes améliorent leurs pratiques au regard des résultats de leurs indicateurs de prise en charge non programmée des patients âgés (par exemple : nombre de transfert/transfert évitable, nombre de passages aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus suivis d'une hospitalisation/non suivis d'une hospitalisation...).	

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Positionnement territorial Patients âgés Télésanté Management par la qualité et les risques
---------------------	--

Critère 3.3-06 L'établissement est aisément joignable par les professionnels adresseurs

Pour faciliter l'orientation des patients et renforcer la continuité des parcours de soins, l'établissement propose des modalités de communication claires, accessibles et adaptées aux adresseurs du territoire. Des canaux identifiés permettent aux médecins adresseurs et aux partenaires sanitaires et médico sociaux de contacter facilement les équipes, d'obtenir une réponse rapide et d'orienter les patients au bon moment. L'établissement s'engage également dans des échanges sécurisés d'informations de santé avec les professionnels concernés, dans le strict respect des règles de confidentialité.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement a mis en place des numéros téléphoniques dédiés aux adresseurs dans le cadre de filières de prise en charge.
- L'établissement évalue la satisfaction de ses adresseurs concernant la facilité avec laquelle il peut être contacté.
- Une messagerie sécurisée de santé permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen...) entre les professionnels du territoire contribuant à la prise en charge des patients.
- Sur la base d'une cartographie des échanges de données de santé non sécurisés, l'établissement a établi un plan de transfert vers une messagerie sécurisée de santé.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Positionnement territorial

Critère 3.3-07 L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

Le développement de la recherche clinique concerne l'ensemble des établissements de santé, quels que soient leur taille ou leur activité, car il contribue directement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En évaluant de nouvelles organisations, pratiques professionnelles ou modalités de prise en charge, la recherche permet d'adapter les soins aux besoins réels des patients et de faire évoluer les pratiques sur des bases éprouvées. En soutenant les professionnels médicaux et paramédicaux qui s'engagent dans des projets de recherche ou d'évaluation, seuls ou en partenariat avec d'autres acteurs, la gouvernance favorise une dynamique d'innovation et de progrès au service des patients.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement soutient les professionnels désireux de s'investir dans des projets de recherche clinique, incluant les essais cliniques pour ses patients éligibles (veille des appels à projet, ressources, temps dédiés...). • L'établissement repère les professionnels et les patients partenaires désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche. • Des professionnels et/ou patients partenaires répondent à des appels à projet (participation à des essais cliniques et/ou technologiques, études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins). • L'établissement valorise les équipes qui émargent au système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), au système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), aux brevets, aux subventions.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Positionnement territorial
-------------------	----------------------------

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

Le développement de l'enseignement au sein des établissements de santé contribue directement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Former, accueillir et accompagner les professionnels d'aujourd'hui et de demain permet de diffuser des pratiques actualisées, adaptées aux besoins des patients et aux priorités du territoire. Cette dynamique favorise l'attractivité des équipes, le développement des compétences et une prise en charge toujours plus adaptée et sécurisée pour les patients.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement a une politique d'accueil des étudiants médicaux et paramédicaux en cohérence avec les besoins du territoire (projet régional de santé, priorités nationales du développement professionnel continu...). • S'il accueille des étudiants médicaux et paramédicaux, le catalogue/programme d'offres de stage est diffusé aux établissements du territoire. • Un plan d'actions d'amélioration de l'accueil et de l'encadrement des étudiants médicaux et paramédicaux est formalisé à l'appui d'une évaluation de leur satisfaction. Encadrement • Les connaissances et compétences professionnelles acquises par les étudiants médicaux et paramédicaux sont évaluées.	Audit système
---	----------------------

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Positionnement territorial Management par la qualité et les risques
--------------------------	--

Chapitre 3.

L'établissement

Objectif 3.4

L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Les évolutions environnementales et technologiques ont un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins. Pour garantir des prises en charge durables et adaptées, l'établissement doit anticiper ces changements et s'y préparer. Une politique claire permet de protéger les patients, d'améliorer les pratiques et de maintenir une offre de soins pertinente face aux opportunités, aux innovations et aux nouveaux risques. En anticipant ces enjeux dans son organisation, l'établissement renforce la fiabilité des soins, soutient le travail des équipes et assure des conditions de prise en charge sûres et adaptées aux besoins actuels et futurs des patients.

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

La qualité des locaux, des équipements et du mobilier est un élément essentiel de l'accueil des patients et des conditions de travail des professionnels. Des espaces fonctionnels, sûrs et bien entretenus contribuent au confort, à la sécurité et à la dignité des patients, tout en facilitant l'exercice quotidien des équipes. Pour garantir la qualité dans la durée des bâtiments et des équipements, l'établissement s'appuie sur un plan de remplacement et de maintenance préventive et curative. Cette organisation permet d'anticiper les dysfonctionnements, de limiter les pannes et d'assurer la continuité des prises en charge.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • Les conclusions des rapports de contrôle de sécurité sont mises en œuvre. • Le plan de gestion des équipements, établi en adéquation avec les besoins de son activité et les besoins exprimés par les professionnels, est mis en œuvre. Professionnels • Les équipes donnent leur avis dans les programmes de réhabilitation des locaux établis en lien avec le plan de maintenance et de rénovation.	Audit système
Professionnels • Le bionettoyage est efficace (procédures actualisées, évaluation des pratiques, contrôles microbiologiques dans les zones où ils sont règlementaires : stérilisation, unités de préparations des cytostatiques, qualification d'une salle lors des comptages particulière...).	Traceur ciblé
Observation • Les locaux sont entretenus (propreté apparente, sécurité...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins SMR Management par la qualité et les risques
-------------------	---

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

La démarche de développement durable permet aux établissements de santé d'anticiper les effets du changement climatique et d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins en période de tension ou de crise climatique. Elle renforce la résilience de l'établissement face aux risques environnementaux, tout en améliorant le cadre de travail des professionnels et les conditions d'accueil des patients. Cette démarche s'inscrit dans une stratégie de transition écologique structurée et pilotée, qui prévoit une restitution régulière à la gouvernance afin de suivre les objectifs, les actions mises en œuvre et leurs résultats. Elle intègre notamment des actions visant à réduire la dépendance aux énergies fossiles pour réduire l'empreinte carbone et à maîtriser les consommations énergétiques. En s'engageant dans cette stratégie, l'établissement mobilise les équipes et les usagers autour de projets concrets et fédérateurs, et développe des coopérations avec les acteurs du territoire. La réduction de l'impact environnemental concerne l'ensemble des activités : soins, usage des médicaments, bâtiments et énergie, gestion des déchets et mobilités. Ces actions contribuent à la soutenabilité du système de santé et à sa capacité à faire face aux enjeux environnementaux futurs.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement améliore ses indicateurs environnementaux, définis en cohérence avec les objectifs du projet d'établissement et la prévention des risques environnementaux auxquels il est exposé (ex : taux de conformité avec les obligations réglementaires environnementales, bilan d'émissions de gaz à effet de serre...). • Les procédures d'achat favorisent les achats écoresponsables. • Des solutions en faveur de la mobilité durable sont proposées aux professionnels et aux patients (usage des transports en commun, borne de recharge électrique, covoiturage...).	Audit système
Observation • Les déchets sont triés (poubelles de tri pour les différents types de déchets, faciles d'accès et des affiches expliquant les règles de tri...).	Observation

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Management par la qualité et les risques
-------------------	--

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

La télésanté est un outil au service des équipes pour améliorer l'organisation des soins tout en respectant les mêmes exigences de qualité et de sécurité qu'en présentiel. Pour les équipes, la télésanté (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance ou télésoin) simplifie l'accès à un avis spécialisé, renforce la coopération entre professionnels et limite certains déplacements inutiles, tout en maintenant la continuité des prises en charge. En structurant ces organisations, l'établissement soutient les équipes dans leurs pratiques, améliore la coordination des soins et contribue à réduire les délais de prise en charge, dans l'intérêt des patients et des professionnels.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance • L'établissement met à la disposition des professionnels des outils conformes aux exigences applicables pour les activités de télésanté. • Pour la télésurveillance médicale, l'établissement déclare son activité et son organisation à l'ARS au préalable. Les médecins libéraux non-salariés se déclarent individuellement à l'ARS. • L'établissement évalue ses activités de télésanté pour les piloter et améliorer ses pratiques.	Audit système
Professionnels • Dès lors que l'activité se prête à la télésanté, les équipes l'utilisent. • Les équipes qui pratiquent la télésanté organisent cette activité : identification des professionnels pouvant être sollicités pour la téléexpertise, organisation du parcours du patient (avant, pendant et après l'acte de télésanté), traçabilité dans le dossier du patient selon les exigences applicables. • Les équipes impliquées dans l'activité de télésanté sont formés et connaissent les outils, les procédures et les protocoles cliniques adaptés à l'établissement.	Parcours traceur

Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Télésanté Personne en situation de handicap SMR
Flash Sécurité Patient	Téléconsultation : à distance, redoubler de vigilance

Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle

Les dispositifs médicaux numériques utilisant l'intelligence artificielle constituent un appui utile pour les équipes, en aidant au dépistage, au diagnostic ou à la décision médicale et thérapeutique. Bien utilisés, ils contribuent à fiabiliser certaines analyses, à gagner du temps et à sécuriser les prises en charge, sans jamais se substituer au jugement clinique des professionnels. Pour que ces outils soient réellement bénéfiques, l'établissement organise et pilote leur usage dans le respect du règlement européen 2024/1689 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle : identification des dispositifs utilisés, modalités d'acquisition, conditions d'utilisation et intégration dans les pratiques. Les professionnels doivent connaître leurs performances, leurs limites et les situations dans lesquelles un contrôle humain est nécessaire. Une information claire du patient et une utilisation encadrée permettent de renforcer la confiance, la sécurité des soins et l'appropriation de ces outils par les équipes.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- L'établissement a réalisé une cartographie des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle incluant leur analyse des risques (transmission de données, réutilisation par l'industriel...).
- Qu'il en utilise ou pas, l'établissement dispose d'une organisation structurée pour l'acquisition des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle qui implique les services compétents, notamment les équipes informatiques, biomédicales et juridiques.
- Lorsqu'il en utilise, l'établissement forme les professionnels utilisateurs d'un dispositif médical numérique à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle, afin que ces derniers en connaissent les performances, les conditions d'usage et les limites.
- Lorsqu'il en utilise, l'établissement a un processus de contrôle qualité des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle impliquant leur supervision humaine en situation réelle d'utilisation.
- Lorsqu'il en utilise, conformément à sa procédure et à la réglementation en vigueur, l'établissement déclare les dysfonctionnements des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle (événements indésirables associés aux soins, événements de matériovigilance...) et met en place des actions d'amélioration.

Professionnels

- Lorsque les professionnels utilisent un dispositif médical numérique à usage professionnel faisant appel à un système d'intelligence artificielle d'aide à la décision médicale impliquant un traitement de données algorithmiques (par exemple : à visée diagnostique ou thérapeutique), ils s'assurent que le patient en a été informé et qu'il est averti de l'interprétation qui en résulte.

Audit système

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

DMN et outils technologiques

Critère 3.4-06 L'établissement utilise des systèmes d'intelligence artificielle sans finalité médicale pour améliorer son organisation

Les outils technologiques, sans finalité médicale, faisant appel à l'intelligence artificielle représentent une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients, améliorer l'organisation des soins et fluidifier les parcours de santé. Leur valeur ajoutée repose sur une utilisation maîtrisée par des professionnels formés et vigilants. L'établissement accompagne leur mise en œuvre par une évaluation systématique, afin de s'assurer qu'elles répondent aux besoins réels des patients et n'engendrent pas de nouveaux risques, tels qu'une surcharge de travail, une perte de sens ou des usages inadaptés. Cette analyse permet d'en mesurer les bénéfices concrets sur la qualité de la prise en charge, notamment sur pour libérer du temps pour renforcer la présence et les échanges avec le patient.

Tout l'établissement **Avancé**

Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
• L'établissement a réalisé une cartographie des systèmes d'intelligence artificielle sans finalité médicale incluant une analyse des risques (transmission de données non sécurisées, réutilisation par l'industriel...) et visant à éradiquer les usages non sécurisés. • Qu'il en utilise ou pas, l'établissement dispose d'une organisation structurée pour l'acquisition de systèmes d'intelligence artificielle sans finalité médicale, qui implique les services compétents, notamment les équipes informatiques et juridiques. • Dès lors qu'il utilise des systèmes d'intelligence artificielle sans finalité médicale, l'établissement contrôle la qualité du système par une supervision humaine. • Dès lors qu'il en utilise, l'établissement forme les utilisateurs (professionnels de santé ou non) d'un système d'intelligence artificielle sans finalité médicale afin que ces derniers en connaissent les performances, conditions d'usage et limites. • Dès lors qu'il en utilise, l'établissement évalue l'impact sur l'organisation des soins de l'utilisation de chaque système d'intelligence artificielle sans finalité médicale recensée (substitution permettant des temps de proximité avec le patient, impact positif sur leur prise en charge...).	

Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	DMN et outils technologiques
-------------------	------------------------------

Lexique

Libellé	Définition
Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie préventive)	Visé à réduire le risque d'infection bactérienne chez un patient donné. Elle peut être utile après une exposition à un pathogène (infections invasives à méningocoque, coqueluche...), avant ou pendant une chirurgie, après une infection pour en éviter la récurrence, ou chez des patients particuliers, à risque élevé d'infection bactérienne (en hématologie notamment). Elle sera d'autant plus pertinente et efficace que l'agent pathogène ciblé est unique (permettant l'utilisation d'antibiotique à spectre étroit), que l'exposition est limitée dans le temps, que la maladie est potentiellement grave et que l'antibiotique est facile à utiliser et bien toléré.
Antibiotique	Les antibiotiques sont des médicaments d'origine naturelle, semi-synthétiques ou de synthèse. Ils sont efficaces uniquement contre les bactéries. Ils agissent en les tuant ou en empêchant leur multiplication. Ils peuvent être classés en deux catégories : - les antibiotiques dits à large spectre, qui éliminent une grande variété de bactéries, - les antibiotiques à spectre étroit, qui détruisent un groupe ou un type spécifique de bactéries. (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)
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.
Bienveillance	Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.
Confidentialité	Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
Consentement éclairé	Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient.
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 médicamenteuse	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.

Crise sanitaire	Situation sanitaire exceptionnelle englobant toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Le ministre chargé de la Santé est responsable de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes.
Démarche palliative	Prise en charge des patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif et permettant de délivrer « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».
Démarche qualité	Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients. La démarche qualité repose sur différents facteurs : prise en compte des besoins ; implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ; réflexion collective sur les ressources nécessaires ; adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ; mise à disposition d'outils de mesure de la qualité. Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives.
Développement durable	Concept qui vise à répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.
Directives anticipées	Une directive anticipée est une déclaration écrite qui énonce par avance la volonté de son auteur « en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux » (art. L1111-11 du Code de la santé publique).
Dossier médical partagé (DMP) – « Mon espace santé »	Mon espace santé est un service numérique personnel et sécurisé, proposé par les autorités de santé, destiné à devenir le carnet numérique des assurés. Il centralise les données médicales (traitements, examens, comptes rendus, ordonnances, vaccinations) et peut être enrichi par le patient et les professionnels. L'utilisateur y renseigne aussi son profil et ses directives anticipées et partage ses informations pour améliorer le suivi et éviter les examens inutiles.
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 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.
Electroconvulsivothérapie (ECT)	Consiste à délivrer un stimulus électrique à travers le cerveau afin de provoquer une brève crise convulsive contrôlée dans sa forme, son intensité, et sa durée. La séance d'ECT est réalisée au cours d'une anesthésie générale de quelques minutes sans intubation avec une curarisation et sous surveillance électroencéphalographique. (Vidal).
Entretien prénatal précoce	L'entretien prénatal précoce, obligatoire, permet à la femme enceinte, seule ou en couple, de rencontrer une sage-femme ou un médecin dès le début de grossesse. Il vise à évaluer les besoins d'accompagnement en tenant compte des dimensions psychologique, émotionnelle et sociale. C'est un temps d'écoute et d'échange, sans examen physique ni consultation médicale. Il peut se dérouler en libéral, en PMI ou à la maternité.
Entretien postnatal précoce	Un entretien postnatal précoce est proposé aux jeunes mères depuis 2022, entre la 4e et la 8e semaine après l'accouchement, par une sage-femme ou un médecin. Il vise à dépister la dépression du post-partum, identifier les facteurs de risque et les vulnérabilités, et évaluer les besoins d'accompagnement. Un second entretien peut être proposé entre la 10e et la 14e semaine si nécessaire.
Erreur médicamenteuse	Omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse peut être avérée ou potentielle (interceptée avant l'administration au patient).

Évaluation de la satisfaction des patients	Donnée qui permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques, de leur prise en charge. La mesure régulière de la satisfaction des patients est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.
Évènement indésirable associé aux soins (EIAS)	Un évènement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et entraînant des conséquences potentiellement préjudiciables (définition réglementaire – article R1413-66-1 du CSP).
Évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS)	Un évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (définition réglementaire - article R 1413-67 du CSP).
e-Satis	Le dispositif e-Satis mesure en continu la satisfaction et l'expérience des patients via des questionnaires nationaux validés par la HAS, adaptés aux types de séjour. Deux semaines après la sortie, le patient reçoit un lien pour répondre en ligne sous 8 semaines. Les résultats sont accessibles en temps réel aux établissements et publiés sur Qualiscope. Certains questionnaires évaluent satisfaction et expérience, d'autres uniquement l'expérience (PREMs).
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 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.
Groupement hospitalier de territoire (GHT)	A pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.
Gouvernance	Collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement à la suite de la loi HPST du 21 juillet 2009, la nouvelle gouvernance des établissements repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance. Appliqué à la visite de certification, la gouvernance s'entend par direction, présidence du conseil médical et direction des soins.
Hospitalisation à domicile (HAD)	Mode d'hospitalisation permettant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.
Identification des risques	Processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les évènements, les conséquences et la probabilité.
Identitovigilance	Ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge. La bonne identification du patient constitue le premier acte d'un processus qui se prolonge tout au long de sa prise en charge par les différents professionnels de santé impliqués, quels que soient la spécialité, le secteur d'activité et les modalités d'accompagnement. (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)
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.

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.
Lettre de liaison à la sortie	Élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge. La lettre de sortie comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital ville (ou structure d'aval). Elle est destinée au patient (« lettre de sortie », remise en main propre) et/ou aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour, que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé = lettre de liaison.
Maîtrise du risque	Actions de mise en œuvre des décisions de management du risque. La maîtrise du risque peut impliquer la surveillance, la réévaluation et la mise en conformité avec les décisions.
Maltraitance	Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.
Management de la qualité	Aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Le concept de management de la qualité est lié à celui d'amélioration continue de la qualité. Il correspond à un mode de gestion de l'établissement de santé qui, pour atteindre les objectifs stratégiques qu'il s'est fixés, intègre une démarche d'amélioration continue de la qualité généralisée à tous les secteurs.
Management des risques	Démarche de gestion des risques qui a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences.
Maquette organisationnelle	La maquette organisationnelle est un outil de calcul pour déterminer les besoins en effectifs, en l'absence de références réglementaires. Pour la construire, plusieurs éléments doivent être pris en compte : • Le calcul de l'obligation annuelle de travail (par catégories de personnels : de jour, de nuit, en horaires variables, en horaires fixes) ; • Les modalités de calcul des effectifs requis (intégrant selon les variations prévisibles d'activité) et équivalents temps plein (ETP) disponibles ; • Un cycle de travail, dont la pertinence a été évaluée (par exemple, par une enquête de satisfaction, une présentation en CSE, etc.), qui permet d'assurer l'activité et de concilier vie personnelle et professionnelle ; • Les périmètres d'intervention (par exemple, le pôle) et dans chaque périmètre : • Le dimensionnement en effectif et ETP en cohérence avec les filières médicales - en précisant des fourchettes de nombre de lits par catégories de professionnels, de jour, de week-end et de nuit en fonction de la charge en soin, du niveau d'activité, • Les règles d'affectation des effectifs et de gestion des absences, des remplacements, de compensation des congés, etc. (validation des congés dans des délais ad hoc).
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.
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.
Patient Reported Experience Measures (PREMS)	« Mesures de l'expérience rapportées par les patients ». Les PREMS sont des questionnaires utilisés pour évaluer l'expérience des patients, notamment dans les unités de soins ou plateaux techniques. Ils se concentrent, par exemple, sur la communication avec les professionnels, la coordination, l'accès aux services de santé, la compréhension des informations médicales, le respect de la dignité et de la confidentialité, etc.

Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	« Mesures de résultats rapportés par les patients ». Les PROMs sont des outils utilisés pour évaluer les résultats perçus par le patient concernant son état de santé (symptômes, fonctionnement physique et psychologique) et sa qualité de vie (capacité à accomplir certaines tâches, etc.). Ces mesures sont généralement basées sur des questionnaires standardisés. Les professionnels peuvent obtenir une vision plus complète de l'impact des traitements et des interventions sur la vie des patients, et suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient. Ils permettent de mesurer les changements survenus avant et après un traitement, une intervention chirurgicale ou d'autres interventions médicales, et d'évaluer l'efficacité de ces interventions du point de vue des patients.
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.
Personne de confiance	Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La personne de confiance rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Si la personne majeure le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches, assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions et l'aide à la connaissance et à la compréhension de ses droits si elle rencontre des difficultés. La désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est valable sans limitation de durée, à moins que la personne majeure ou la personne de confiance n'en disposent autrement. Elle est révisable et révocable à tout moment. (Code de la santé publique).
Plan de continuité et de reprise d'activité (PCRA)	Le PCRA décrit la stratégie de continuité adoptée pour faire face, par ordre de priorité, à des risques identifiés et sériés selon la gravité de leurs effets et leur plausibilité. Il décline cette stratégie en termes de ressources et de procédures documentées qui vont servir de références pour répondre, rétablir, reprendre et retrouver un niveau de fonctionnement pré défini, lorsque celui-ci a été interrompu à la suite d'une perturbation importante (cyber-attaque, évènement climatique...). (Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale). Sur le plan numérique, cela repose sur une évaluation des risques numériques avec détermination des menaces potentielles et des vulnérabilités, une identification des processus critiques à restaurer en priorité, des stratégies de sauvegarde et de restauration des données selon la règle 3-2-1 (3 copies des données sur deux supports distincts dont une copie hors site), des procédures de restauration, l'identification de solutions de secours avec sauvegarde régulière ou mise en place d'un système redondant. L'ensemble doit faire l'objet de test réguliers pour vérifier l'efficacité du dispositif et la capacité à restaurer les opérations rapidement. (Agence du numérique en santé)
Plan de gestion des équipements	Un plan de gestion des équipements à l'hôpital est un document de pilotage qui organise, sur le moyen et le long terme, l'acquisition, l'utilisation, la maintenance, le contrôle, le renouvellement et la mise hors service des équipements nécessaires aux activités de soins et au fonctionnement de l'établissement. L'article L.6111-2 du Code de la santé publique oblige les établissements à utiliser des équipements adaptés, entretenus et sûrs. Les articles L.5211-1 et suivants imposent une réglementation relative à la sécurité, les performances, la surveillance après mise sur le marché et la matériovigilance des dispositifs médicaux. Ces textes reprennent les attendus du Règlement européen 2017/745 sur les dispositifs médicaux. Pour les équipements techniques utilisés par les travailleurs dans l'exercice de leur mission, le Code du travail impose à l'employeur de maintenir les équipements en bon état de fonctionnement, de réaliser les vérifications nécessaires afin de garantir la sécurité des personnels.
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.
Pratique avancée	La pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux (par exemple, des infirmiers) d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, elle favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise.

Précautions complémentaires	Mesures d'hygiène à réaliser en complément des précautions standard afin de prévenir la transmission de certains microorganismes pathogènes. Elles sont nécessaires pour les infections transmises selon un mode « air » ou « gouttelettes ». Elles peuvent être indiquées pour des patients porteurs de micro-organismes transmis par contact direct ou indirect, à fort pouvoir de dissémination ou épidémiologiquement importants. Dans certaines circonstances et pour certains micro-organismes différents types de précautions peuvent être associées. Ces précautions sont avant tout des mesures techniques en particulier lors des soins. La mise en place de mesures géographiques (isolement géographique, limitation des déplacements du résident) peut être nécessaire dans certaines situations. (ANFH).
Précautions standards	Constituent la base de la prévention de la transmission croisée des micro-organismes. Elles ont montré leur efficacité et représentent les premières mesures barrières à respecter. Il est nécessaire de les connaître et de les appliquer, pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé. Socle de la prévention des infections associées aux soins, les précautions standard sont enseignées, promues et déclinées en continu dans tous les lieux de soins. Elles doivent être appliquées de façon raisonnée et judicieuse pour permettre aux soins de se dérouler avec le maximum de sécurité possible. (ANFH).
Prévention	Ensemble des moyens médicaux, médicosociaux et sanitaires destinés à prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire) ou à en empêcher la propagation (prévention secondaire).
Précarité sociale	Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales , et de jouir de leurs droits fondamentaux. (Conseil économique, social et environnemental).
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.
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.
Radiologie interventionnelle	La radiologie interventionnelle recouvre l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie et réalisés sous guidage et contrôle d'un moyen d'imagerie. Elle concerne différentes spécialités médicales (chirurgiens, radiologues, neuroradiologues, cardiologues, gastro-entérologues...). (Société Française de Radiologie et la Fédération de Radiologie Interventionnelle).
Radioprotection	Ensemble des règles, des procédures et des moyens de prévention et de surveillance visant à empêcher ou à réduire les effets nocifs des rayonnements ionisants produits sur les personnes directement ou indirectement, y compris lors des atteintes portées à l'environnement. (Code de l'environnement).
Radiothérapie	La radiothérapie est une technique médicale qui utilise les rayonnements ionisants pour détruire les cellules des tumeurs cancéreuses. Son objectif est de délivrer de la manière la plus précise possible la dose de rayonnement prescrite au volume de la tumeur, en épargnant au mieux les tissus sains avoisinants. (IRSN).
Radiodiagnostic médical	Regroupe toutes les techniques d'exploration morphologique du corps humain utilisant les rayons X produits par des générateurs électriques. Occupant une grande place dans le domaine de l'imagerie médicale, il comprend diverses spécialités (radiologie conventionnelle, radiologie interventionnelle, scanographie, angiographie et mammographie) et une grande variété d'examen (radiographie du thorax, scanner thoraco-abdomino-pelvien...).

Rayonnement ionisant	Les rayonnements ionisants sont une forme d'énergie libérée par les atomes et qui se propage sous forme d'ondes électromagnétiques (rayons gamma ou X) ou de particules (neutrons, particules bêta ou alpha). La désintégration spontanée des atomes est appelée radioactivité, et l'excès d'énergie ainsi produit est une forme de rayonnement ionisant. Les éléments instables qui se désintègrent et émettent des rayonnements ionisants sont appelés radionucléides. (OMS).
Recommandations de bonne pratique	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...
Référentiel	Ensemble structuré d'information ou encore un système de référence liée à un champ de connaissance, notamment en vue d'une pratique ou d'une étude, et dans lequel se trouvent des éléments de définitions, de solutions, de pratiques ou autres sujets relatifs de ce champ de connaissance.
Représentant des usagers	Les représentants des usagers (RU), membres d'associations agréées désignés par l'ARS, incarnent la démocratie en santé au sein des établissements. Leur mission est de veiller à la prise en compte des besoins des usagers et à la qualité des soins. Ils assurent l'écoute et le soutien, jouent un rôle d'intermédiaire, contribuent aux projets et participent à la commission des usagers (CDU). Celle-ci examine les plaintes, analyse les enquêtes de satisfaction et les événements indésirables, participe à la politique qualité et à la certification, et propose des actions d'amélioration, dont un projet des usagers intégré à l'établissement.
Retours d'expérience (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.
Soin écoresponsable	Soin qui, à qualité et sécurité égales pour le patient, est moins impactant pour l'environnement.
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'évènements 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.

Simulation en santé	La simulation en santé est une méthode de formation permettant aussi d'évaluer et d'améliorer les pratiques et la gestion des risques. Elle repose sur la reproduction de situations de soins grâce à du matériel, la réalité virtuelle ou des patients standardisés. À partir de scénarios adaptés, elle permet de s'entraîner aux gestes techniques, aux procédures, au raisonnement clinique et aux comportements professionnels. Elle favorise également le travail en équipe, la communication et la gestion des situations à risque, notamment les événements indésirables. Les techniques utilisées sont choisies en fonction des objectifs pédagogiques pour garantir un apprentissage pertinent et sécurisé.
Situation sanitaire exceptionnelle	La notion de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE), englobe 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 (grand événement ou rassemblement). Une situation sanitaire exceptionnelle peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par son ampleur, sa durée, etc.) provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.
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).
Sortie précoce de la maternité	Une sortie précoce correspond à un retour à domicile dans les 72 heures après un accouchement par voie basse ou 96 heures après une césarienne. Elle repose sur l'intérêt de la mère et de l'enfant, les conditions de retour, l'adaptation du nouveau-né et l'absence de risque de complications. Elle nécessite l'organisation du suivi, des dépistages néonataux et la mobilisation des ressources locales. La durée standard d'hospitalisation est de 72 à 96 heures (voie basse) et de 96 à 120 heures (césarienne).
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.
Transition	Un processus de transformation au cours duquel un système passe d'un régime d'équilibre à un autre. Qu'elle soit écologique, énergétique, sociale, solidaire, économique, démocratique, numérique ou encore managériale, la transition se caractérise par une transformation profonde des systèmes. (Ministère de la transition écologique et solidaire)
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 standardisés de données portant sur des événements sanitaires, indésirables. Elles ont une finalité d'alerte, de gestion et de prévention des risques.

Remerciements

La Haute Autorité de santé remercie tout particulièrement M^{me} Véronique Anatole, membre du Collège de la HAS et présidente de la commission de certification des établissements de santé et Céline Mounier, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La Haute Autorité de santé salue l'engagement de M^{mes} Anne-Claire Duval et Isabelle Dorléans, MM. Patrick Méchain et Loïc Keribin qui ont piloté la démarche de développement de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins.

Les personnes remerciées ci-après sont celles qui ont contribué aux ajustements du référentiel de certification pour la qualité des soins.

Membres du Collège de la Haute Autorité de santé

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

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

Comité de pilotage de la certification

M^{me} Véronique Anatole, présidente de la commission de certification des établissements de santé
M^{me} Valérie Bincteux, adjointe au chef du service certification des établissements de santé
M^{me} Frédérique Blarel, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé
M^{me} Anne Curan, médecin généraliste et directrice du service de santé universitaire, 95
M^{me} Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé
M^{me} Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé
Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet, service certification des établissements de santé
M^{me} Anna Goar, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé
M^{me} Marie Huet, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé

M. Loïc Keribin, adjoint au chef du service certification des établissements de santé
M^{me} Anne Lamarkbi, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé
M^{me} Marie Level, adjointe au chef du service certification des établissements de santé
M. Patrick Mechain, chef du service certification des établissements de santé
M^{me} Céline Mounier, directrice de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
M^{me} Simone Nerome, référente régionale, HAS
M^{me} Chérifa Nimal, directrice du pôle domicile, hôpital Saint Joseph, 13
M. Stéphane Thibault, adjoint au chef de service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
M^{me} Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé

Commission de certification des établissements de santé

Mme Véronique ANATOLE, présidente de la commission de certification des établissements de santé

Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien en hôpital privé, 69

Pascal Bonafini, directeur d'établissement ESPIC, 38

Laurence Bozec le Moal, oncologue et directrice déléguée en ESPIC, 92

Enrique Casalino, infectiologue et directeur médical en GH APHP, 75

Chantal Cateau, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé, 45

Marie Citrini, en qualité d'adhérente d'une association de malades et d'usagers du système de santé, 75

Anne Curan, médecin généraliste et directrice du service de santé universitaire, 95

Pierre-Marie Debacq, médecin psychiatre en CHS, 65

Olivia Deschamps, directrice générale adjointe en ESPIC, 54

Christian Favier, anesthésiste-réanimateur en CHU, 06

Amandine Grain, praticien hospitalier pharmacien - présidente de CME, CH, 38

Bertrand Guidet, urgentiste - APHP, 75

Hassan Hida, praticien hospitalier pharmacien, CH, 26

Jeanne Loyher, directrice régionale en établissement privé, 97

Fabienne Marion, coordinatrice des soins en CHU, 30

Stéphane Michaud, coordonnateur général des soins en CHU, 86

Jean-Pierre Richard, en qualité d'adhérent d'une association de malades et d'usagers du système de santé, 30

Pascal Rio, directeur de centre hospitalier, 60

Michèle Torrès, coordonnatrice des soins, retraitée.

Groupes de travail thématiques

M. Anselme Akodjinou, apprenti qualité et gestion des risques, maison de santé Bellevue, 92

M^{me} Flavie Aroulandom, cadre supérieure de santé, CHU Robert Debré, 75

M. Philippe Banyols, directeur général, CH de Béziers, 34

Mme Odile Barre, directrice qualité et gestion des risques, groupement des hôpitaux de l'institut catholique, 59

M^{me} Sophie Barre, formation et rédaction ouvrage professionnel, 34

M^{me} Frédérique Blarel, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

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

M. Christian Caouduro, référent régional, HAS

M^{me} Stéphanie Chiron, responsable qualité et risques, CH Georges Mazurelle, 85

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

M^{me} Bénédicte Decherf, cadre supérieure de santé et chargée des relations avec les usagers et les associations, CH de Boulogne sur mer, 62

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

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

Mme Corinne Drougard, chargée de mission santé, service du premier ministre-mildeca, 75

M. Johan Dusautois, directeur adjoint, CH de Valenciennes, 59

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

Dr Mounir El Mhamdi, chef de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Christine Gueri, expert visiteur, HAS

M^{me} Audrey Hagège, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

Mme Fatoumia Hakim, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

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

M^{me} Maia Katty Jorge, conseillère technique dans la lutte contre les violences faites aux femmes, MIPROF, 75

M^{me} Anne-Sophie Kieffer, cadre de santé, clinique

la Lauranne, 13

M. Loïc Kéribin, adjoint, service de certification des établissements de santé, HAS

Pr Elsa Kermorvant, professeur des universités - praticien hospitalier, APHP, 75

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

Mme Leslie Lecaudey, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M^{me} Isabelle Maréchal, praticien hospitalier responsable des unités d'hémovigilance et d'identitovigilance, référent logiciovigilance, CHU Hôpitaux de Rouen, 76

Pr Olivier Morel, professeur de gynécologie obstétrique, CHRU Nancy, 54

M^{me} Chérifa Nimal, directrice du pôle domicile, hôpital Saint Joseph, 13

M^{me} Simone Nérome, référente régionale, HAS

M^{me} Marie-France Olieric, Médecin, CHR Metz Thionville, 57

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

M^{me} Audrey Pierrard, chargée de mission, ANDPC, 94

M^{me} Françoise Pivcevic, cadre supérieur de santé, Hôpital Robert Debré, 75

Dr Nicolas Pisse, président, MILDECA service du premier ministre, 75

M^{me} Nathalie Ramdjee, chargée de mission santé, service du premier ministre, 75

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

Mme Katell Rochefort Smida, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

Dr Caroline Roques, expert visiteur, HAS

Pr Patrick Rozenberg, médecin, hôpital américain de Paris, 92

Dr Daniel Terral, expert visiteur, HAS

M^{me} Laurence Timsit, expert visiteur coordonnateur, HAS

Remerciements

Et l'ensemble des membres du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, du service des bonnes pratiques professionnelles, de la mission numérique en santé, de la direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers, du secrétariat général.

Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS

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

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

