

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**REFERENTIEL**

---

**Certification  
des établissements  
de santé pour  
la qualité des soins**

---

**Version 2025**

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Certification des établissements de santé</b>
<b>Méthode de travail</b>	Groupes de travail et co-construction
<b>Cibles concernées</b>	Professionnels et représentants des usagers des établissements de santé, agences régionales de santé
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . 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.
<b>Validation</b>	Validation par le Collège le 20 novembre 2024
<b>Immatriculation interne</b>	ACDC_CED_R004_J

© 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](http://www.has-sante.fr)

# **Sommaire**

---

**Le référentiel**

---

**Les fiches critères**

---

**Suivi des modifications du référentiel**

---

**Lexique**

---

**Remerciements**

---

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

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

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

A contrario :

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

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

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

**Cette démarche est réalisée selon des standards internationaux** : la HAS est elle-même évaluée par l'*International Society for Quality in Health Care* (ISQua) via l'*International Accreditation Program* (IAP), le programme 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 la certification et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient**

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

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

## Simplifier la démarche de certification dans tous ses aspects

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

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

Des méthodes d'évaluation pragmatiques et proches du terrain :

- la mise à disposition des méthodes et des outils permettant à l'établissement, s'il le souhaite, la réalisation de son auto-évaluation dans des conditions similaires à la visite ;
- des rapports d'évaluation synthétiques ;
- un référentiel modulable selon les spécificités de chaque établissement ;
- des **résultats** de certification lisibles par tous.

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

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

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

### Le développement de l'engagement des patients

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

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

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

Pour accompagner l'acculturation progressive des établissements de santé à la démarche qualité, celle-ci s'est structurée en plusieurs étapes et s'est, dans un premier temps, concentrée sur la mise en place de procédures et processus qualité. Cette étape, nécessaire, constitue un moyen et non une fin en soi. Il convient désormais de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, maximisant la pertinence et la qualité du soin délivré. L'enjeu de la pertinence est majeur, puisque – à dire d'experts – les examens ou actes non pertinents sont estimés à 25-30 %, générant autant de risques ou d'évènements 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'évènements indésirables graves mentionne le défaut de fonctionnement en équipe comme facteur de la survenue d'un évènement sur quatre. Le nouveau dispositif de certification prend en compte cet enjeu, aussi bien au niveau des équipes au sein de l'établissement qu'avec les autres acteurs du parcours de santé des patients.

## **L'adaptation aux évolutions du système de santé**

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

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

# Le référentiel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Un référentiel modulable en fonction de l'établissement de santé

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

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

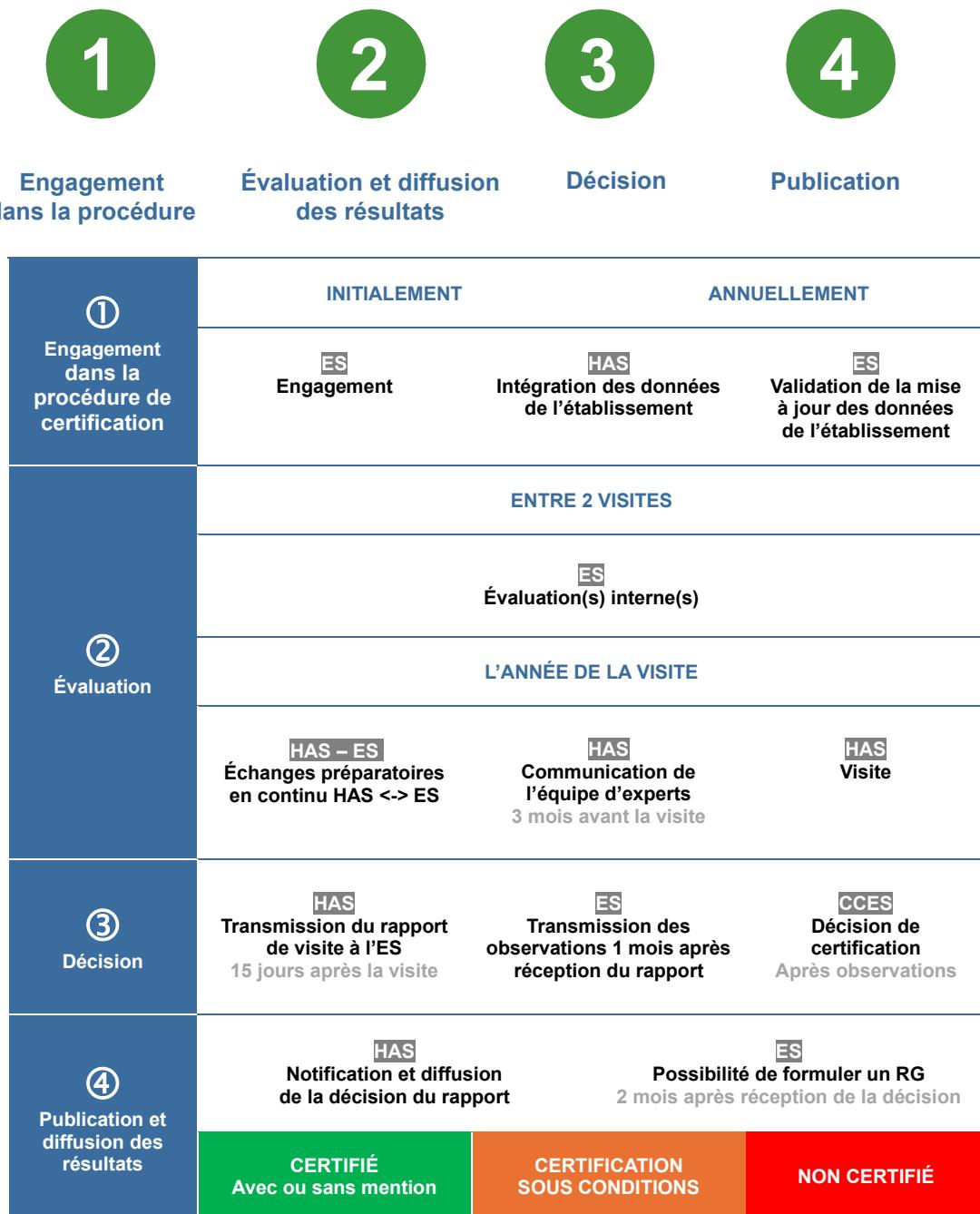
Chaque établissement de santé est ainsi évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur les critères spécifiques qui lui sont applicables.

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

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

# La démarche de certification en pratique

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



## S'inscrire dans le dispositif et personnaliser sa démarche

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

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

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

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

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

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

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

**Un référentiel adapté à chaque établissement**

**Calista : une plateforme collaborative**

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

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

# Des méthodes d'évaluation proches du terrain

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



Le patient  
traceur



Le parcours  
traceur



Le traceur  
ciblé



L'audit  
système



L'observation

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

## Patient traceur

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.

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.

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.

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

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

**Une évaluation de la  
coordination des  
services**

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

## **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.

## **Une méthode tout au long de la visite**

### **Observations**

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

### **En pratique**

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

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

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

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

## **Calista : un outil pour générer ses grilles d'évaluation**

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

## **Une évaluation ciblée sur les résultats**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Une évaluation interne à la main de l'établissement**

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

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

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

# Une évaluation externe confiée à des experts-visiteurs

Les équipes d'experts-visiteurs sont :

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

Les experts-visiteurs sont choisis en fonction :

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

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

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

## **La préparation de la visite**

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

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

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

## **La visite**

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

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

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

## **L'après-visite**

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

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

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

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

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

## La décision

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

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

La HAS base sa décision sur :

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

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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



### La publication et la diffusion des résultats

**Diffusion publique accessible aux usagers**

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

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

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

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'un environnement adapté	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 bénéficie d'une prise en charge bientraitante	Tout l'établissement	32
		Critère 1.1-07 La prise en charge des maltraitances externes est organisée	Tout l'établissement	33
		Critère 1.1-08 Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	Tout l'établissement	34
		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	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 nécessaires à sa prise en charge	Tout l'établissement	38
		Critère 1.2-03 Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Chirurgie et interventionnel	39
		Critère 1.2-04 Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	Tout l'établissement	40
		Critère 1.2-05 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile	Tout l'établissement	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 et ses modalités	Tout l'établissement	43
		Critère 1.3-02 Le patient a pu désigner une personne de confiance	Tout l'établissement	44
		Critère 1.3-03 Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	Tout l'établissement	45
		Critère 1.3-04 Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	Tout l'établissement	46
		Critère 1.3-05 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et les associations adéquats	Tout l'établissement	47
		Critère 1.3-06 Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	Enfants et adolescents	48
		Critère 1.3-07 Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	Patient âgé	49
		Critère 1.3-08 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	Soins de longue durée	50
		Critère 1.3-09 Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	Santé mentale et psychiatrie	51
		Critère 1.3-10 Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	Tout l'établissement	52
		Critère 1.3-11 Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidant s'impliquent dans le projet de soins	Tout l'établissement	53
		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	54
1.4 L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	1.4 L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	Critère 1.4-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	Tout l'établissement	56
		Critère 1.4-02 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	Tout l'établissement	57
		Critère 1.4-03 La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	Tout l'établissement	58
		Critère 1.4-04 Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	Tout l'établissement	59
		Critère 1.4-05 Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement	60
		Critère 1.4-06 Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	Tout l'établissement	61

## Table des fiches critères

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	63
		Critère 2.1-02 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	Tout l'établissement	64
		Critère 2.1-03 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	Tout l'établissement	65
		Critère 2.1-04 Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations cibles	Tout l'établissement	66
		Critère 2.1-05 Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Tout l'établissement	67
		Critère 2.1-06 Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	Tout l'établissement	68
		Critère 2.1-07 Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	Chirurgie et interventionnel	69
		Critère 2.1-08 Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	Maternité	70
		Critère 2.1-09 Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	Hospitalisation à domicile	71
		Critère 2.1-10 En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	Santé mentale et psychiatrie	72
		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	73
		Critère 2.1-12 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Santé mentale et psychiatrie	74
		Critère 2.1-13 Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	Tout l'établissement	75
		Critère 2.1-14 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	Tout l'établissement	76
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	78
		Critère 2.2-02 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	Tout l'établissement	79
		Critère 2.2-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	80
		Critère 2.2-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	Tout l'établissement	81
		Critère 2.2-05 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	82
		Critère 2.2-06 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse	Tout l'établissement	83

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2. Les équipes de soins	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 2.2-07 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Tout l'établissement	84
		Critère 2.2-08 Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	Tout l'établissement	85
		Critère 2.2-09 Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	Tout l'établissement	86
		Critère 2.2-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	Tout l'établissement	87
		Critère 2.2-11 Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Tout l'établissement	88
		Critère 2.2-12 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	Tout l'établissement	89
		Critère 2.2-13 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	Tout l'établissement	90
		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	92
		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	93
		Critère 2.3-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences	94
		Critère 2.3-04 Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	Chirurgie et interventionnel	95
		Critère 2.3-05 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	96
		Critère 2.3-06 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	Chirurgie et interventionnel	97
		Critère 2.3-07 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	Chirurgie et interventionnel	98
		Critère 2.3-08 Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	Chirurgie et interventionnel	99
		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	100
		Critère 2.3-10 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	Maternité	101
		Critère 2.3-11 Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	Maternité	102
		Critère 2.3-12 Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	Soins critiques	103

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
<b>2.</b> <b>Les équipes de soins</b>	<b>2.4</b> La culture de la pertinence et de l'évaluation	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	104
		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	105
		Critère 2.3-15 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	ECT	106
		Critère 2.3-16 Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	Radiothérapie	107
	<b>2.4</b> La culture de la pertinence et de l'évaluation	Critère 2.4-01 L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement	109
		Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Tout l'établissement	110
		Critère 2.4-03 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	Tout l'établissement	111
		Critère 2.4-04 Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	Tout l'établissement	112
		Critère 2.4-05 La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins médicaux et de réadaptation	113
		Critère 2.4-06 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	Tout l'établissement	114
		Critère 2.4-07 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	Chirurgie et interventionnel	115
		Critère 2.4-08 Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients	Soins critiques	116
		Critère 2.4-09 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	Tout l'établissement	117

## Table des fiches critères

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.1 Le management global par la qualité et la sécurité des soins	Critère 3.1-01 La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Tout l'établissement	119
		Critère 3.1-02 L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	Tout l'établissement	120
		Critère 3.1-03 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités	Tout l'établissement	121
		Critère 3.1-04 L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables, dont les presqu'accidents	Tout l'établissement	122
		Critère 3.1-05 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement	123
		Critère 3.1-06 L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	Tout l'établissement	124
		Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	Tout l'établissement	125
		Critère 3.1-08 L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée	Tout l'établissement	126
		Critère 3.1-09 Les données du patient sont sécurisées	Tout l'établissement	127
	3.2 La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	Critère 3.2-01 La continuité des soins est assurée pour toutes les unités de soins	Tout l'établissement	129
		Critère 3.2-02 L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement	130
		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	131
		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	132
		Critère 3.2-05 Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	Tout l'établissement	133
		Critère 3.2-06 La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	Tout l'établissement	134
		Critère 3.2-07 La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	Tout l'établissement	135
		Critère 3.2-08 L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	Tout l'établissement	136
		Critère 3.2-09 L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	Tout l'établissement	137
		Critère 3.2-10 La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement	138
		Critère 3.2-11 L'établissement favorise le travail en équipe	Tout l'établissement	139

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
3. L'établissement	3.3 Le positionnement territorial	Critère 3.3-01 L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	Tout l'établissement	141
		Critère 3.3-02 L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	Tout l'établissement	142
		Critère 3.3-03 L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	Santé mentale et psychiatrie	143
		Critère 3.3-04 L'établissement organise les prises en charge non programmées	Tout l'établissement	144
		Critère 3.3-05 L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	Tout l'établissement	145
		Critère 3.3-06 L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	Tout l'établissement	146
		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	147
		Critère 3.3-08 L'établissement participe à la mission d'enseignement sur son territoire	Tout l'établissement	148
	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	150
		Critère 3.4-02 L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	Tout l'établissement	151
		Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique	Tout l'établissement	152
		Critère 3.4-04 L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	Tout l'établissement	153
		Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	Tout l'établissement	154
		Critère 3.4-06 L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	Tout l'établissement	155

# **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 prodigues. Les professionnels y seront particulièrement attentifs si le patient vit avec un handicap (physique, mental ou sensoriel), ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable. Enfin, il importe d'assurer aux patients et à leurs proches une accessibilité effective des équipements et services de l'établissement (espaces d'attente adaptés, chambres équipées, matériel spécialisé, modalités de communication adaptées). L'accessibilité de l'information au patient est aussi à prévoir (la signalétique, par exemple).

### Tout l'établissement Impératif

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge ont respecté sa dignité, son intimité et son intégrité.</li> <li>• Du point de vue du patient, les accès extérieurs, les circulations, les locaux de consultation et d'hospitalisation, la signalétique, permettent de circuler aisément.</li> </ul>	
<p><b>Observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pratiques garantissent la dignité, l'intimité et l'intégrité du patient.</li> <li>• Les locaux garantissent la dignité, l'intimité et la sécurité des patients.</li> <li>• Les équipements garantissent la dignité, l'intimité et la sécurité du patient.</li> <li>• Les personnes, particulièrement en situation de handicap physique, mental et sensoriel, peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément.</li> </ul>	<p><b>Patient traceur</b></p> <p><b>Observation</b></p>

#### 🔍 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'un environnement adapté

Les enfants et adolescents pris en charge dans un établissement de santé évoluent dans un cadre spécifiquement conçu pour répondre à leurs besoins. Il convient d'éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes. Toutefois, les exceptions doivent être encadrées par des mesures adaptées pour le temps estimé de l'hospitalisation, dans un espace réservé, avec des professionnels formés et un environnement permettant de garantir la sécurité et le bien-être des enfants et adolescents. La présence des parents apporte un soutien essentiel à l'enfant mais doit tenir compte du projet de prise en charge. Lors des hospitalisations, les enfants et adolescents bénéficient des activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge (mise à disposition de livres, jeux de société, dispositif ludique d'accompagnement au bloc opératoire...). Pour les grands adolescents, il sera tenu compte chaque fois que possible de leurs souhaits quant au type de service où ils séjourneront.

**Tout l'établissement Impératif**

### Éléments d'évaluation

<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans les services accueillant des mineurs, de façon régulière ou ponctuellement, les bonnes pratiques liées aux spécificités de cette prise en charge sont appliquées.</li> <li>Pour les mineurs, la présence des parents est organisée 24 heures sur 24, sauf avis contraire du médecin.</li> <li>Durant une hospitalisation, les mineurs bénéficient d'activités ludiques et éducatives, adaptées à leur âge.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<p><b>Observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de prise en charge de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement et les locaux sont adaptés au respect de leur intimité, dignité ainsi qu'à leur sécurité.</li> </ul>	<b>Observation</b>

### 🔍 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

Patient		Patient traceur
<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel sont respectés lors de son séjour.</li> </ul>		
Gouvernance		Audit système
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement sensibilise les professionnels quant aux connexions illégitimes au dossier patient, aux risques qu'elles engendrent et aux sanctions pouvant en découler.</li> <li>L'établissement contrôle les connexions illégitimes au dossier patient qui constituent une violation du secret médical.</li> </ul>		
Professionnels		Observation
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels connaissent les risques engendrés par des connexions illégitimes au dossier du patient et les sanctions pouvant en découler.</li> </ul>		
Observations		Observation
<b>Observations</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel.</li> </ul>		

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Patient traceur
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe informe le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées.</li> </ul>	
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe sait aborder la question du recueil des directives anticipées selon le profil des patients accueillis.</li> <li>L'équipe peut avoir recours à une ressource interne ou externe pour être accompagnée dans son rôle de recueil des directives anticipées.</li> <li>Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont accessibles dans le dossier patient pour tous les professionnels impliqués dans la prise en charge. Le refus de les rédiger est également tracé</li> </ul>	Parcours traceur
<b>Gouvernance</b> <p>L'établissement mène des actions avec ses correspondants externes pour informer, en amont de l'hospitalisation, les patients sur l'importance de rédiger des directives anticipées.</p>	Audit système

#### ❖ 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

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé doit pouvoir bénéficier d'une évaluation régulière et adaptée de sa douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Le patient est seul capable d'indiquer l'intensité de sa douleur, il est donc essentiel d'adapter l'échelle d'évaluation à la situation du patient (patient en situation de handicap ou en situation de vulnérabilité, participation de l'entourage...). L'anticipation et la gestion efficace de la douleur permettent non seulement de préserver la dignité du patient, mais aussi d'améliorer sa qualité de vie et son rétablissement. Les professionnels de santé ont ainsi l'obligation d'adapter les traitements et d'utiliser les techniques les plus appropriées pour soulager rapidement et durablement la souffrance. Les évaluations et les réévaluations sont notées dans le dossier du patient et les résultats permettent, le cas échéant, d'adapter les modalités de prise en charge du patient.

### Tout l'établissement Impératif

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'anticipation et les mesures pour soulager la douleur, évaluée à l'appui d'une échelle adaptée, sont retrouvées dans le dossier.</li> <li>Les réévaluations de la douleur sont tracées dans le dossier permettant une adaptation de la thérapeutique si besoin.</li> <li>Les professionnels proposent des modes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.</li> </ul>	

#### ❖ 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 bénéficie d'une prise en charge bientraitante

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

### Tout l'établissement Impératif

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Patient	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'autonomie dans les besoins élémentaires du patient est évaluée, même en situation de tension d'activité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient a reçu tout au long de sa prise en charge une réponse et une aide pour répondre à ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité.</li> <li>Du point de vue du patient, les pratiques professionnelles sont bientraitantes même en situation de tension d'activité.</li> <li>Tous les intervenants présentent leur fonction au patient.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe identifie les risques d'atteinte à la bientraitance et met en place des actions d'amélioration le cas échéant.</li> <li>L'équipe sait déclarer les situations de maltraitance internes potentielles.</li> </ul>		Audit système

#### 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 La prise en charge des maltraitances externes est organisée

La prise en charge des maltraitances subies par les patients en dehors de l'établissement constitue un impératif dans les établissements de santé. Qu'il s'agisse de maltraitances 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	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement recense annuellement (notamment par le PMSI) les cas de maltraitance externe et adresse ce bilan à la commission des usagers.</li> <li>L'établissement s'assure que le dispositif pour la déclaration et le suivi de la prise en charge des situations de maltraitance externe détectées est opérationnel.</li> <li>L'établissement protège les professionnels lanceurs d'alerte d'un cas de maltraitance externe.</li> </ul>	
Professionnels	

#### Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient		Patient traceur
<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient sait qu'il peut accéder à son dossier.</li> </ul>		
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement organise l'accès du patient à son dossier ainsi qu'à ses ayants droit, sauf avis contraire du patient.</li> <li>L'établissement a prévu l'accompagnement du patient dans la consultation de son dossier.</li> <li>Les délais réglementaires de remise du dossier au patient sont respectés.</li> <li>Le cas échéant, l'établissement met en place des actions d'amélioration pour donner suite à l'analyse des retards de transmission du dossier au patient.</li> </ul>		Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	En cours de révision
---------------------	----------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

Parcours traceur

##### Gouvernance

- Dans le cadre de sa politique qualité et d'amélioration des parcours, l'établissement suit le nombre de décès annuels par secteur d'activité.

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

##### Fiches pédagogiques

- Parcours intrahospitalier
- Urgences – SAMU/SMUR
- Patients âgés
- Enfants et adolescents
- Maternité – périnatalité
- Soins critiques

# 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	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>Dès la prise de rendez-vous en consultation, le patient est informé des lieux, horaires, précautions préalables, type de consultation, nom du professionnel, modalités d'annulation...</li><li>Le patient a reçu un livret d'accueil papier ou dématérialisé et l'affichage règlementaire est assuré.</li><li>En plus du livret d'accueil, le patient est informé en amont de son hospitalisation : horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou préthérapeutiques, éléments administratifs...</li><li>Le patient a désigné une personne à prévenir pour sa sortie ou en cas de difficulté.</li><li>Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels.</li></ul>	
Observations	Observation
<ul style="list-style-type: none"><li>Le patient, et/ou ses proches ou aidants, sont informés de leurs obligations (respect de l'environnement hospitalier, respect des personnels et des autres usagers, charte de la laïcité, droit à l'image...).</li></ul>	

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 nécessaires à sa prise en charge

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Patient

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

Patient traceur

##### Professionnels

- L'équipe informe tout patient, ou sa personne de confiance, de l'évènement indésirable imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins lors de sa prise en charge, des actions immédiates mises en place, de l'analyse de l'évènement.

Traceur cible

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés Télésanté Personne en situation de handicap Médicament
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

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

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

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

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

### Chirurgie et interventionnel Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Patient	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées dans le dossier du patient.</li><li>La carte d'implant, ou équivalent, contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est remise au patient à sa sortie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Avant la pose du dispositif médical implantable, le patient a été informé : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire...</li><li>Le patient est informé des complications possibles et des conduites à tenir (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif.</li></ul>	

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Secteurs interventionnels Médicament
Flash Sécurité Patient	Dispositifs médicaux implantables (DMI). Implanter sans se planter

## 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	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>En prévision de sa sortie, le patient est informé sur les éventuels nouveaux traitements prescrits, la nécessité de signaler tout effet indésirable lié au traitement, et dispose d'un comparatif expliqué entre le traitement d'entrée et de sortie.</li><li>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.</li><li>En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les informations utiles relatives à des actes techniques, examens complémentaires, consultations, actes prévus...</li><li>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.</li><li>Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin ou par un autre membre de l'équipe de soins, le jour de sa sortie ou la veille en cas de retour à domicile, et versée dans le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient.</li><li>Le cas échéant, en prévision de sa sortie, le patient et ses proches reçoivent des conseils pour un soutien psychologique, social, médico-social.</li></ul>	

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
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

## Critère 1.2-05 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile

Les patients et leurs proches et/ou aidants peuvent bénéficier de l'appui des représentants des usagers et/ou des associations de patients bénévoles (dans l'établissement ou non). Elles peuvent intervenir dans divers champs : information, accueil, entraide, soutien des personnes concernées, formation des malades, des familles et des professionnels, information et éducation thérapeutiques, accompagnement et accès aux soins et aux droits. De plus, il est essentiel que le patient soit renseigné sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins, telles que les dispositifs médicaux, les services d'aide à domicile ou les soins infirmiers. Cette information, délivrée de manière claire et accessible, permet au patient de mieux organiser son retour à domicile, de maintenir son autonomie et de s'assurer une continuité des soins dans un environnement sécurisé.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>Le patient est informé que des représentants des usagers peuvent l'accompagner.</li><li>Le patient est informé des structures, des personnes et des associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner.</li><li>Le patient est informé sur les modalités pour contacter (coordonnées, permanence...) les représentants des usagers et les associations.</li></ul>	
Observations	Observation
<ul style="list-style-type: none"><li>Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles, éventuellement sur le site internet, mis à jour et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations.</li></ul>	

🔍 Pour vous accompagner	
Fiche pédagogique	Engagement patient
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

# Chapitre 1.

# Le patient

## Objectif 1.3

### L'engagement du patient dans son projet de soins

---

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

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

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

**Tout l'établissement Impératif**

### Éléments d'évaluation

<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les différentes options, notamment thérapeutiques, leurs bénéfices et leurs risques sont présentés au patient pour qu'il exprime ses préférences et besoins et pour qu'ils soient pris en compte dans son projet de soins.</li> <li>Le patient consent à son projet de soins et ses modalités (exemple : HAD, hôpital de jour, ambulatoire...).</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>L'équipe a construit, avec le patient, un projet de soins adapté à l'évaluation globale de sa situation, à ses besoins et préférences, aux bénéfices et aux risques, et à ses conditions de vie habituelles.</li> <li>Selon l'évolution de l'évaluation initiale et d'une dégradation potentielle de la santé mentale et de sa vulnérabilité, des besoins et des préférences du patient, le projet de soins est adapté.</li> <li>Le projet de soins est tracé dans le dossier.</li> </ul>	

### 🔍 Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Engagement patient Patients âgés Enfants et adolescents Personne en situation de handicap
<b>Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)</b>	e-Satis

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

La réglementation prévoit l'identification dans le dossier du patient d'une personne de confiance. La personne de confiance sert de lien entre le patient et l'équipe médicale. Dans les moments de stress ou d'incertitude, avoir une personne familiarisée avec ses souhaits et ses préférences permet d'assurer une communication claire et efficace. Cela peut faciliter la transmission des informations cruciales concernant l'état de santé, les traitements envisagés ou les décisions médicales à prendre. Le fait de désigner une personne de confiance permet de garantir que les souhaits du patient seront respectés, même dans les situations où il ne peut pas exprimer ses propres désirs. Cela est particulièrement pertinent dans le cadre de décisions médicales complexes ou en fin de vie. En ayant un mandataire bien informé, le patient s'assure que ses souhaits sont pris en compte et que son autonomie est préservée. À ce titre, les professionnels de santé doivent pouvoir recourir à la personne de confiance, notamment lorsque le patient a des troubles cognitifs. Cette identification est réalisée le plus en amont possible et par anticipation des situations de crise, notamment en psychiatrie.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient		Patient traceur
<b>Patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient sait qu'il peut désigner une personne de confiance.</li> <li>Le patient connaît le rôle de la personne de confiance.</li> </ul>		
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne nommée comme personne de confiance a co-signé le formulaire écrit qui la désigne en tant que telle.</li> <li>L'identité de la personne de confiance est tracée dans le dossier.</li> </ul>		

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient se sent associé à la mise en œuvre de son projet de soins, s'il le souhaite.</li> <li>Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications.</li> <li>Le patient bénéficie d'informations, d'actions éducatives, de formations adaptées (dont éducation thérapeutique) qui prennent en compte son expérience et favorisent son implication dans sa prise en soins.</li> </ul>	
Professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si cela est pertinent, l'équipe propose une offre de programmes d'éducation thérapeutique adaptée aux patients pris en charge.</li> </ul>	

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Enfants et adolescents
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

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

Tout patient vivant avec un handicap peut perdre son autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique. Des mesures adaptées doivent être mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes hospitalisées à toutes les étapes de leur prise en charge. Afin d'éviter tout risque de décompensation et/ou d'altération de la qualité de vie des patients vivant avec un handicap, leurs besoins et préférences, ainsi que ceux de leurs proches et/ou aidants, sont pris en compte, par les équipes dans leur projet de soins. Celui-ci est élaboré de façon pluriprofessionnelle incluant les professionnels en soins de support.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>Les secteurs de consultations et de soins externes identifient les aptitudes des patients en situation de handicap pour transmettre, aux secteurs d'hospitalisation (en interne ou en externe), les informations utiles à l'adaptation de leur prise en charge.</li><li>Les aptitudes, capacités, éventuelles carences en soins du patient vivant avec un handicap, évaluées de l'admission à la sortie, sont prises en compte pour établir et adapter son projet de soins.</li><li>Le projet de soins intègre un projet d'accompagnement du patient vivant avec un handicap.</li></ul>	
Patient	
<ul style="list-style-type: none"><li>Les mesures maintenant l'autonomie du patient vivant avec un handicap sont mises en place.</li></ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Engagement patient Personne en situation de handicap
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>Pour les patients en situation de précarité sociale, les carences en soins sont recherchées afin de les traiter.</li><li>Les équipes associent les professionnels concernés (assistance sociale...) pour organiser le parcours de soins des patients en situation de précarité sociale.</li><li>Une assistance sociale a été proposée au patient, en fonction du besoin.</li></ul>	
Patient	

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

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

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

### Enfants et adolescents Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les parents peuvent s'impliquer dans les soins, particulièrement pour les jeunes enfants.</li> <li>• Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, des solutions sont proposées aux parents au sein, ou à proximité, de l'établissement pour favoriser leur présence au chevet du mineur.</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les situations cliniques difficiles, la fratrie du mineur peut bénéficier d'accompagnements par du personnel formé.</li> <li>• Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, une prise en charge éducative et scolaire adaptée aux besoins est proposée à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Engagement patient Enfants et adolescents Soins critiques
----------------------------	-----------------------------------------------------------------

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

Tout patient âgé peut perdre son autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier. Des mesures adaptées tenant compte des besoins, préférences, aptitudes et conditions de vie habituelles doivent être mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes hospitalisées, y compris les mesures d'aide et d'accompagnement à certains gestes (toilette, alimentation...). Le risque de dépendance iatrogène doit être traité au travers :

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

### Patient âgé Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les besoins, préférences, aptitudes, capacités, conditions de vie habituelles et le risque de dépendance du patient âgé de plus de 75 ans sont pris en compte pour établir et suivre son projet de soins.</li> <li>• Le patient âgé de plus de 75 ans, ses proches et/ou aidants connaissent le risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.</li> <li>• Hormis les effets inhérents à sa prise en charge, du point de vue du patient âgé de plus de 75 ans, son autonomie est préservée.</li> </ul>	
Professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les aptitudes, capacités, facteurs de risque de dépendance du patient âgé de plus de 75 ans sont évalués de l'admission à la sortie.</li> <li>• Des mesures de prévention et de traitement précoce des facteurs de risque de dépendance iatrogène de la personne âgée de plus de 75 ans sont mises en œuvre.</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés
---------------------	-------------------------------------

## Critère 1.3-08 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social

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

### Soins de longue durée Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>En unité de soins de longue durée, pour maintenir son autonomie, des activités sont proposées chaque semaine au patient.</li><li>En unité de soins de longue durée, des activités sont proposées chaque semaine au patient alité.</li></ul>	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"><li>L'équipe d'unité de soins de longue durée met en place des actions visant à maintenir le lien social et familial.</li><li>En unité de soins de longue durée, pour préserver le lien familial, des solutions sont proposées aux proches pour favoriser leur présence au chevet du patient.</li></ul>

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés
---------------------	-------------------------------------

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

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

### Santé mentale et psychiatrie Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>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...).</li> </ul>	
Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour favoriser l'inclusion sociale du patient présentant des troubles psychiques, le projet de soins intègre un volet d'accompagnement personnalisé qui fixe des objectifs d'inclusion sociale, d'autonomisation et d'amélioration de sa qualité de vie.</li> </ul>	
Gouvernance	Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

## Critère 1.3-10 Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient connaît les principaux facteurs de risque liés à sa pathologie et les recommandations adaptées pour préserver son état de santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal...).</li> </ul> <p><b>Professionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels tracent les facteurs de risque et les actions recommandées et/ou mises en place.</li> <li>Le patient bénéficie d'actions adaptées pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (orientation vers une consultation tabac/alcool, autres drogues, prescription d'activités physiques, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, statut vaccinal...).</li> </ul>	<p><b>Patient traceur</b></p>
<p><b>Observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des messages de santé publique (vaccination, maltraitance, numéro national de prévention du suicide, don d'organe et de tissus...) et de prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) récents et adaptés sont disponibles dans les services.</li> </ul>	<p><b>Observation</b></p>

#### ❖ Pour vous accompagner

<p>Fiches pédagogiques</p>	<p>Engagement patient Maternité – périnatalité Enfants et adolescents</p>
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

## 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

<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si le patient en est d'accord, ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins (HAD en particulier).</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En accord avec le patient, dans les situations cliniques difficiles, la présence de ses proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite.</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans les situations cliniques difficiles, des réponses sont proposées aux proches et/ou aidants (lit, sanitaires, salle de repas ou de détente...).</li> <li>Dans les situations cliniques difficiles, des locaux adaptés permettent des échanges avec les proches et/ou aidants dans le respect de l'intimité et de la confidentialité.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Parcours intrahospitalier Engagement patient Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Soins critiques Personne en situation de handicap
<b>Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)</b>	e-Satis

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

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

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

### Hospitalisation à domicile Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique est proposé, en cas de besoin, aux proches et/ou aidants <i>a minima</i> pendant l'hospitalisation.</li> <li>• 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.</li> <li>• Le patient et/ou ses proches et/ou aidants savent qui contacter à tout moment, y compris en cas d'urgence vitale.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels informent et accompagnent le patient dans sa prise en charge en HAD.</li> <li>• Un médecin ou une IDE peut répondre au patient en cas de besoin 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.</li> </ul>	<b>Patient traceur</b>
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les numéros d'appel sont consignés dans un document disponible au domicile du patient.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

## **Chapitre 1.**

# **Le patient**

### **Objectif 1.4**

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

---

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient sait qu'il peut exprimer sa satisfaction et son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires internes).</li> <li>Le patient sait qu'il peut faire une réclamation ou un éloge durant et après son séjour.</li> <li>Le patient sait qu'un médiateur est disponible en cas de situations difficiles en matière de communication entre lui (ou ses aidants, accompagnants, proches) et les équipes.</li> <li>Le patient sait qu'il peut déclarer un évènement indésirable associé à ses soins (EIAS).</li> </ul>	
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement dispose de questionnaires sur l'expérience des patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) : e-Satis, enquêtes de satisfaction...</li> </ul>	
<p><b>Observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le macaron associé au niveau de certification et les résultats des IQSS en diffusion publique, dont e-Satis, sont lisiblement affichés aux accueils de l'établissement et sur son site internet s'il existe.</li> </ul>	Observation

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Patients âgés Personne en situation de handicap
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	e-Satis

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

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

**Tout l'établissement** **Impératif**

### Éléments d'évaluation

<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement incite les patients à participer aux diverses enquêtes internes et nationales en sollicitant le recueil des adresses mails pour e-Satis.</li> <li>L'établissement suit et améliore la participation de ses patients aux enquêtes de satisfaction et d'expérience des patients : suivi des taux de remise des questionnaires internes, suivi des taux de retours des patients, suivi des collectes et transmission des adresses mails des patients pour e-Satis...</li> <li>Le programme d'amélioration de la qualité intègre les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients, déclinés par unité sont partagés semestriellement avec les équipes de soins (résultats et verbatim e-Satis, autres dispositifs internes).</li> <li>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.</li> <li>Quand des recommandations sont proposées par la CDU, les professionnels mettent en place les actions d'amélioration proposées.</li> </ul>	<b>Audit système</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

### 🔍 Pour vous accompagner

<a href="#">Fiches pédagogiques</a>	<a href="#">Engagement patient</a> <a href="#">Télésanté</a>
<a href="#">Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)</a>	<a href="#">e-Satis</a>

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

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

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

### Tout l'établissement Avancé

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"><li>• La gouvernance soutient (information, accompagnement d'un service : choix du questionnaire adapté, formation, circuit de recueil, exploitation des résultats...) le déploiement des PROMs dans des services.</li><li>• La gouvernance soutient l'implication des patients partenaires pour le choix des PROMs utilisés dans les services.</li><li>• Un bilan annuel relatif à l'utilisation des questionnaires PROMs est partagé dans les instances.</li></ul>	

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des actions mobilisant le partenariat avec des patients sont portées par la gouvernance.</li> <li>Des patients partenaires interviennent dans des démarches qui mobilisent leur expertise (éducation thérapeutique, soutien au patient, formation des professionnels, journée dédiée à la prévention...).</li> <li>Des patients partenaires participent à la définition d'actions d'amélioration issues de démarches collectives d'amélioration des pratiques (RMM, CREX, chemins cliniques...).</li> </ul>	Audit système
<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'expérience des patients sur leur maladie et leur état de santé est prise en compte pour adapter les parcours et les traitements.</li> </ul>	Parcours traceur

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

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

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

**Tout l'établissement Standard**

### Éléments d'évaluation

#### Représentants des usagers

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

**Audit système**

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Engagement patient

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Représentants des usagers

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

Audit système

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

##### Patient

- Dans les secteurs externes (consultation, imagerie...), les patients peuvent prendre rendez-vous en ligne et par un numéro de téléphone dédié.
- Pendant la consultation, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, le patient est accompagné pour prendre le ou les prochains rendez-vous.

Parcours traceur

#### ↗ Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques

Parcours intrahospitalier  
Maternité – périnatalité

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les éléments utiles à la coordination de la prise en charge du patient (antécédents, examens cliniques, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...) sont accessibles dans le dossier.</li> <li>Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support...) tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier).</li> <li>Le système d'information permet aux professionnels un accès simultané à l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient.</li> <li>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.</li> </ul>	<b>Parcours traceurs</b>
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes médicales et paramédicales peuvent consulter le dossier médical partagé du patient.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<a href="#">Fiches pédagogiques</a>	<a href="#">Parcours intrahospitalier</a> <a href="#">Télésanté</a>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet de soins est élaboré en incluant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de soins (équipes de soins de support, ensemble des équipes lorsque le patient est hébergé dans une autre unité faute de places disponibles...).</li> <li>Le projet de soins personnalisé intègre des activités de prévention en tenant compte des facteurs de risque de chaque patient.</li> <li>Les équipes ont des correspondants experts (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie...) à l'intérieur ou l'extérieur de la structure.</li> <li>En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient et analysée avec les HAD.</li> <li>En cas de maladie chronique, en phase de transition adolescent/adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

#### 🔍 Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Parcours intrahospitalier Patients âgés Personne en situation de handicap
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"><li>La conciliation médicamenteuse est engagée pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamenteux, patients sous chimiothérapies...).</li><li>La conciliation médicamenteuse est programmée pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamenteux, patients sous chimiothérapies...) dans lesquels elle n'est pas déjà réalisée.</li><li>La conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, avec notamment : les 3 sources d'information, la rencontre du patient et/ou son entourage, l'échange médico-pharmaceutique.</li><li>Le bilan médicamenteux est accessible dans le dossier patient.</li><li>Une évaluation de la pertinence de l'activité de conciliation est réalisée (bilan de la conciliation) et les corrections apportées.</li></ul>	

#### 🔍 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

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

Parcours traceur

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques

Parcours intrahospitalier  
Soins critiques

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes identifient les profils de patient nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique qui permet de personnaliser les soins nutritionnels en mobilisant des professionnels experts (diététicien par exemple).</li> <li>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.</li> <li>Les professionnels sont formés au repérage et à la mise en œuvre d'action(s) d'équilibre nutritionnel des patients.</li> </ul>	
Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement évalue les caractéristiques nutritionnelles de ses repas, y compris s'ils sont fournis par un prestataire, afin de s'assurer qu'elles correspondent aux besoins des patients.</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Patients âgés Personne en situation de handicap
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------

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

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

### Chirurgie et interventionnel Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"><li>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...).</li><li>La programmation opératoire est établie entre l'opérateur, l'anesthésiste et le chef de bloc et validée en cellule de programmation.</li><li>La programmation opératoire prend en compte l'organisation de la SSPI.</li><li>Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient.</li><li>La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration.</li></ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels
-------------------	---------------------------

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

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

### Maternité Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dès le début de la grossesse, un projet de naissance (modes d'accouchement, type d'anesthésie, allaitement...) est élaboré avec les futurs parents qui le souhaitent.</li> <li>Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées aux parents.</li> </ul>	
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Les situations de vulnérabilité (fragilisation de la personne du fait de circonstances médicales, psychiques ou sociales avec un effet cumulatif aggravant) sont dépistées à l'aide d'outils, dès le projet à la parentalité et tout au long de la grossesse.</li> <li>Les situations de vulnérabilité sont partagées en staffs médico-psycho-sociaux ou staffs de périnatalité rassemblant l'ensemble des partenaires concernés.</li> <li>Les entretiens (prénatal précoce et postnatal) obligatoires sont réalisés.</li> </ul>	<p><b>Parcours traceur</b></p>

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Maternité – périnatalité

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

L'équipe de l'HAD coordonne les différents professionnels et organise leur intervention pour assurer la continuité des soins. Le médecin traitant du patient est un acteur de la prise en charge, à ce titre, il est destinataire du protocole de soins établi pour la prise en charge HAD. L'équipe, dans les cas le nécessitant, organise la réhospitalisation des patients en ayant recours si besoin aux services du SAMU. Pour sécuriser le circuit des produits de santé au domicile, l'établissement met en place une démarche personnalisée de gestion des risques au domicile qui tient compte des risques inhérents aux produits de santé, aux situations, aux pratiques et aux patients. La sécurisation des produits de santé tient compte d'une évaluation initiale suivie tout au long de la prise en charge, et est fondée sur :

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

### Hospitalisation à domicile Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En hospitalisation à domicile, un protocole de soins, établi à l'admission et précisant les intervenants, est communiqué au médecin traitant.</li> <li>• Le praticien de l'HAD coordonne une ou plusieurs réunions pluriprofessionnelles entre les professionnels hospitaliers et libéraux, pour le suivi du projet de soins.</li> <li>• La ré-hospitalisation des patients le nécessitant est organisée dans l'unité de soins adaptée et si besoin par recours aux services d'urgences après appel au 15.</li> <li>• 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...).</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	En cours de révision
Flash Sécurité Patient	Hospitalisation à domicile. Une organisation huilée pour ne pas avoir une HAD grippée

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

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

### Santé mentale et psychiatrie Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

Parcours traceur

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

En cours de révision

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

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

### Santé mentale et psychiatrie Standard

#### Éléments d'évaluation

Parcours traceur
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels sont formés à la prévention, au repérage et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.</li> <li>Dans les structures ambulatoires de psychiatrie, les critères d'alerte (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...) sont évalués à l'aide d'outils connus par l'équipe.</li> <li>En hospitalisation, le risque suicidaire est évalué à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante particulièrement lors des moments clés (entrée, 1<sup>re</sup> permission, avant la sortie par exemple) et tracé dans le dossier.</li> <li>Après une tentative de suicide, l'équipe propose au patient son inclusion dans le dispositif VigilanS au moment de sa sortie.</li> <li>Tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge, y compris pendant une permission, fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable grave et celui-ci est analysé de manière pluriprofessionnelle.</li> </ul>

 Pour vous accompagner	
Fiche pédagogique	En cours de révision
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 sans consentement ou plus tôt pour les autres par un médecin autre que celui ayant réalisé l'évaluation mentale, donne lieu à un suivi régulier, en lien avec le médecin traitant et/ou les services spécialisés si nécessaire. Ce suivi est tracé dans la lettre de liaison.

### Santé mentale et psychiatrie Impératif

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un examen somatique est réalisé dans les 24 h d'une hospitalisation complète sans consentement en psychiatrie.</li> <li>Pour les patients hospitalisés en soins libres, sans passage par un service d'urgences, l'examen somatique est réalisé dans un délai adapté à leur profil (maximum 3 jours ouvrés).</li> <li>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.</li> <li>Le suivi somatique est réalisé tout au long de la prise en charge et tracé dans la lettre de liaison.</li> </ul>	

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	En cours de révision
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Coordination et prises en charge somatiques en hospitalisation temps plein

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Patient	Observations	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les délais de transport sont adaptés au rythme de l'activité.</li> <li>Lorsque le transport des patients est réalisé par un autre membre de l'équipe que le brancardier, la continuité de l'activité est assurée pour tous les autres patients du service.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport internes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conditions de sécurité, de confidentialité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates...).</li> </ul>	Observation

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie.</li> <li>Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service « adresseur », les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions, le bilan thérapeutique. Ces éléments sont aussi communiqués au patient.</li> <li>Avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour son carnet de santé pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et du compte rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques Personne en situation de handicap
<b>Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)</b>	Coordination à la sortie et prise en charge de la douleur

# Chapitre 2.

# Les équipes de soins

## Objectif 2.2

### La maîtrise des risques liés aux pratiques

---

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

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

L'identitovigilance permet de limiter le risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire...). L'identification fiable et unique du patient à chaque venue et à toutes les étapes de sa prise en charge permet de relier l'identité d'une personne à un acte. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'utilisation de l'identité nationale de santé (INS), pour référencer les données de santé, est obligatoire. Cette INS est constituée du numéro d'identification au répertoire des personnes physiques (ou numéro identifiant attente de l'individu pour les personnes nées à l'étranger) et de cinq traits : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance. À l'admission, l'INS doit être qualifiée par appel au téléservice INSi. Pendant le séjour, les équipes informeront le patient qu'à chacune des étapes de sa prise en charge, la concordance entre son identité, ses prescriptions et les actes fera l'objet d'une vérification et elles l'impliqueront autant que possible dans cette procédure de sécurité.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chaque document papier du dossier patient est identifié (cartouche identité ou étiquette patient contenant les traits d'identité requis).</li> <li>Si le patient n'a pas la capacité de décliner son identité, l'identification secondaire du patient est assurée par un dispositif d'identification adapté (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité).</li> </ul>	
Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement a défini une gouvernance de l'identitovigilance : instance stratégique décisionnelle, cellule opérationnelle ou personnel opératif en identitovigilance, référent en identitovigilance disposant d'une lettre de mission ou d'une fiche de poste.</li> <li>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).</li> </ul>	
Professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les règles d'identification du patient, définies par l'établissement (charte d'identitovigilance) sont appliquées : qualification de l'identité nationale de santé (INS) par du personnel habilité lors d'une première venue en présence du patient, mode dégradé (rejet du téléservice, indisponibilité du système d'information, anonymat...) ...</li> <li>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.</li> </ul>	

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Soins critiques
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>La prescription d'entrée prend en compte le traitement habituel du patient.</li> <li>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.</li> <li>La capacité d'autogestion et d'autonomie du patient (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement habituel est évaluée, réévaluée et tracée par le prescripteur.</li> <li>Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une valeur seuil.</li> <li>Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des professionnels habilités sans retranscription par des professionnels non médicaux.</li> </ul>	

### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Flash Sécurité Patient	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 délivrer chaque médicament en respectant les indications du prescripteur. Ce travail collaboratif, entre médecins, pharmaciens et infirmiers, permet d'éviter les erreurs médicamenteuses et d'offrir une prise en charge adaptée et sécurisée à chaque patient.

Tout l'établissement **Standard**

### Éléments d'évaluation

#### Professionnels

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

Traceur cible

### ➤ 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

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les modalités d'approvisionnement répondent aux besoins des professionnels, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.</li> <li>Le pharmacien identifie les risques liés aux ruptures de stock, informe les prescripteurs et met en place des actions palliatives en collaboration avec les utilisateurs.</li> <li>Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions à la pharmacie à usage intérieur et dans les services de soins.</li> <li>Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées et sécurisées.</li> </ul>	
Observations	Observation
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le contrôle du stockage des produits de santé est effectif avec retrait des périmés.</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

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

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

**Tout l'établissement Impératif**

### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches.</li> <li>Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration.</li> <li>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.</li> <li>La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement vérifiée avant l'administration par les professionnels habilités.</li> <li>L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier au moment de la prise par les professionnels habilités.</li> <li>La prise de son traitement habituel par le patient autonome (hors programme PAAM) est tracée par les professionnels habilités.</li> </ul>	

### ❖ 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	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux.</li> <li>Les professionnels connaissent les moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque.</li> <li>Une liste des médicaments les plus à risque, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels.</li> <li>Le circuit des préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) est maîtrisé (prescription, analyse pharmaceutique, préparation, libération, transport, stockage et administration).</li> <li>Les erreurs médicamenteuses sont analysées en équipe et font l'objet d'un plan d'action suivi.</li> </ul>	

### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

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

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

### Tout l'établissement Avancé

#### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services volontaires définissent les critères de déploiement du programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » et les indicateurs d'évaluation de la démarche.</li> <li>• Les services et les patients volontaires mettent en œuvre le programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » en personnalisant le programme aux patients concernés.</li> <li>• Une évaluation de la démarche « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) en hospitalisation » est conduite collectivement et des actions d'amélioration sont mises en place.</li> </ul>	<b>Traceur cible</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gouvernance soutient, au travers de sa politique globale de gestion des risques, l'engagement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge médicamenteuse (identification des services volontaires, formation, déploiement priorisé, équipements disponibles ...).</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### ➤ Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Médicament Engagement patient
---------------------	----------------------------------

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

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

**Tout l'établissement** **Impératif**

### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe respecte les indications d'hygiène des mains : avant et après contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient.</li> <li>L'équipe privilégie la désinfection des mains par friction hydroalcoolique. Elle connaît les rares indications du lavage à l'eau et au savon.</li> <li>L'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excreta : 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.</li> <li>L'équipe connaît les précautions à prendre et conduites à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.</li> <li>L'équipe améliore ses pratiques en matière de précautions standards d'hygiène à l'appui de l'analyse régulière de ses indicateurs en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.</li> </ul>	
Observations	Observation
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.</li> </ul>	

### ❖ Pour vous accompagner

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

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

Les précautions complémentaires sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne ou par gouttelettes, ou à transmission manuportée : bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergentes. Ces mesures supplémentaires qui visent à limiter la transmission de ces micro-organismes (restrictions de mouvement, le maintien en chambre seul, porte fermée, port de protections barrières...) doivent être justifiées médicalement, expliquées au patient et s'accompagner d'aménagements facilitant leur mise en œuvre et leur acceptabilité. En parallèle, les professionnels appliquent déjà les précautions standard et respectent les bonnes pratiques de port des équipements de protection individuelle (port du masque, port des gants, port des surblouses dans la chambre du patient...). En suivant ces mesures, les équipes réduisent les risques de contamination croisée.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Observation	Traceur cible	Patient traceur
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standards.</li> <li>La mise en place des précautions complémentaires est effective, fait l'objet d'une prescription médicale ou d'un protocole validé et l'information donnée au patient est tracée dans le dossier.</li> </ul>			
<b>Observations</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe utilise les équipements de protection individuelle selon les recommandations (pas de masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, gants (stériles ou non) éliminés immédiatement après le geste, changés entre deux patients, pas de surblouse hors des chambres...).</li> </ul>			

#### 🔍 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 cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe applique les protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires (veineux, périphériques et centraux, et artériels), drainage urinaire et ventilation assistée.</li> <li>La date de pose ou du geste impliquant le dispositif est tracée dans le dossier.</li> <li>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.</li> <li>Une surveillance des taux d'infections liés aux dispositifs invasifs est assurée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les résultats sont connus des équipes.</li> </ul>	

#### ➤ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins
Flash sécurité patient	<p>Cathéters et infections associées aux soins. Trop longtemps il restera, une infection tu risqueras</p> <p>Cathéter veineux central et embolie gazeuse. Il suffit d'une bulle et tout bascule</p>

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

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

Tout l'établissement Standard

### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'analyse bénéfices/risques est réalisée pour tout acte de transfusion, notamment la nuit.</li><li>• Le contrôle ultime au lit du patient est réalisé conformément aux bonnes pratiques de transfusion.</li><li>• La prévention du risque transfusionnel est conforme aux recommandations de la HAS.</li><li>• Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques transfusionnelles.</li><li>• L'équipe améliore ses pratiques en matière de transfusion à l'appui de l'analyse régulière de ses indicateurs et des évènements indésirables déclarés.</li></ul>	

### 🔍 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

<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Tous les professionnels de soins sont formés aux gestes de première urgence (détection d'une urgence vitale, conduite à tenir...).</li> <li>Les chariots ou sacs d'urgence sont adaptés aux patients accueillis dans l'unité et accessibles.</li> <li>Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu.</li> <li>Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales valide son efficacité.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

### ➤ Pour vous accompagner

<a href="#">Fiches pédagogiques</a>	<a href="#">Parcours intrahospitalier Urgences vitales</a>
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------

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

Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants concernent particulièrement les secteurs d'imagerie, le bloc opératoire et interventionnel, la radiothérapie et la médecine nucléaire. Les conditions doivent être conformes aux exigences de l'Autorité de sûreté nucléaire pour le patient et les professionnels. Les équipes doivent maîtriser les bonnes pratiques, en veillant à respecter les principes de radioprotection, comme l'optimisation des doses administrées, la justification médicale des examens et la limitation de l'exposition. La formation continue des professionnels sur les techniques de protection, l'entretien régulier des équipements et le suivi des protocoles de sécurité sont essentiels. De plus, une surveillance régulière des doses de radiation et des audits de pratiques permettent de garantir la conformité avec les normes de radioprotection et de minimiser les risques liés aux rayonnements ionisants.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités (manipulateurs en radiologie, médecins, radiopharmacien) avec du matériel connecté au système de collecte et d'archivage des données dosimétriques.</li> <li>La pertinence des prescriptions de rayonnements ionisants est régulièrement justifiée et évaluée.</li> <li>Pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, le dossier du patient contient les éléments suivants : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue ou estimée par le patient au cours de la procédure.</li> <li>À la sortie, la lettre de liaison intègre la mention des doses de rayonnements ionisants reçues.</li> <li>Les professionnels de l'équipe savent expliquer la conduite à tenir (notamment le respect de l'obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et d'information de la personne compétente en radioprotection) en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel.</li> </ul>	<span style="color: blue;">Parcours traceur</span>
<b>Observations</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans les secteurs utilisant des rayonnements ionisants, les professionnels utilisent les équipements de protection individuels (tablier, lunettes, ...) et les dosimètres.</li> </ul>	<span style="color: blue;">Observation</span>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<a href="#">Fiche pédagogique</a>	<a href="#">Secteurs interventionnels</a>
-----------------------------------	-------------------------------------------

# **Chapitre 2.**

# **Les équipes de soins**

## **Objectif 2.3**

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

---

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

## 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)

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

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

#### SAMU/SMUR Standard

##### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"><li>Les professionnels du SAMU appliquent le protocole d'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'assistant de régulation médicale (ARM) et du médecin régulateur.</li><li>L'équipe du SAMU est formée à l'accueil, l'écoute et la bonne orientation des appellants.</li><li>Toutes les communications sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM).</li><li>Les patients remarquables (HAD, femme enceinte géographiquement isolée, patient sous assistance respiratoire...) sont identifiés avec les mesures particulières de prise en charge.</li><li>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.</li><li>Les équipes du SAMU analysent leurs pratiques et la pertinence des décisions, en particulier en réécoulant les enregistrements pour améliorer ces pratiques.</li></ul>	

##### ❖ 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

## 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)

# 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

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

Traceur cible

### ➤ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Urgences – SAMU/SMUR

**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)

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

L'équipe des urgences joue un rôle clé dans l'orientation des patients vers les circuits de soins les plus adaptés à leur état de santé. Dès l'arrivée du patient, une évaluation rapide est effectuée pour déterminer la gravité de la situation et définir la priorité de prise en charge, selon des critères d'urgence médicale. Ce processus permet de garantir que chaque patient reçoit les soins nécessaires dans des délais appropriés, qu'il s'agisse de consultations, d'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

Parcours traceur	Professionnels	Patient
	<ul style="list-style-type: none"><li>Dès l'accueil, le tri est réalisé par un professionnel habilité (infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO)) formé à cette fonction et à l'aide d'une échelle de tri validée.</li><li>Les délais d'attente en temps réel sont communiqués au patient.</li><li>Un médecin de spécialité, en interne ou en externe, est facilement joignable pour avis. En cas de sollicitation, son avis est tracé dans le dossier du patient.</li><li>L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement ainsi qu'au dossier médical partagé de Mon espace santé.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Lors de la prise en charge aux urgences, le patient est informé des étapes de son parcours de soins et, si la situation le permettait, un proche est resté à ses côtés pendant l'attente.</li></ul>

#### Pour vous accompagner

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

**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)

## 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	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li></ul>	

❖ Pour vous accompagner	
Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels

## 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)

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

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

## Chirurgie et interventionnel Standard

### Éléments d'évaluation

#### Professionnels

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

Traceur cible

### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques

Secteurs interventionnels  
Infections associées aux 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)

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

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

### Chirurgie et interventionnel **Impératif**

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"><li>L'équipe réalise toutes les étapes de préparation du patient selon le protocole en vigueur (douche, traitement des pilosités le cas échéant), défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.</li><li>Avant l'acte interventionnel, l'équipe réalise l'antisepsie cutanée selon le protocole en vigueur.</li><li>Les professionnels des salles interventionnelles tracent la conformité des équipements opératoires à l'ouverture de la salle.</li></ul>	
Observations	Observation
<ul style="list-style-type: none"><li>L'équipe porte une tenue et des équipements (tunique, pantalon, masque) adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel.</li></ul>	

#### ➤ 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

### **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)**

## **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 endocavitaire ;
- le matériel de microchirurgie ophtalmique.

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

### **Chirurgie et interventionnel Standard**

#### **Éléments d'évaluation**

##### **Professionnels**

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

**Traceur cible**

#### **🔍 Pour vous accompagner**

**Fiches pédagogiques**

Secteurs interventionnels  
Infections associées aux 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)

## 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	Patient traceur
<p>• En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire.</p>	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'équipe trace l'éligibilité à l'ambulatoire.</li></ul>	

#### Professionnels

- La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou sous condition de score (sur prescription) évalué par des professionnels formés.
- L'équipe de chirurgie ambulatoire assure le suivi du patient par un contact téléphonique ou SMS, après le retour à domicile.

Patient traceur

Parcours traceur

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

## 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)

# 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

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

Traceur cible

## 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Secteurs interventionnels

## 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)

### 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

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

Parcours traceur

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Maternité – périnatalité

## 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)

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

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

#### Maternité Impératif

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

Parcours traceur

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Maternité – périnatalité

## 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)

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

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

## Soins critiques Standard

### Éléments d'évaluation

Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"><li>La surveillance visuelle et sonore de tous les patients en soins critiques est réalisée à l'appui d'une procédure de gestion des systèmes de surveillance (définition des seuils d'alarme, report d'alarme...) par des professionnels formés.</li><li>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.</li><li>Les équipes de soins critiques préviennent le syndrome post-réanimation (protocole de mobilisation, dépistage et traitement du delirium...) selon les recommandations de bonnes pratiques.</li><li>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.</li></ul>	

### 🔍 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

## 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)

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

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

## Soins critiques Standard

### Éléments d'évaluation

#### Professionnels

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

Parcours traceur

### ➤ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Soins critiques

## 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)

### 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

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

Traceur cible

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

En cours de révision

## 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)

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

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

#### Électroconvulsivothérapie Standard

##### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur ciblé
<ul style="list-style-type: none"><li>La pertinence du recours à l'électroconvulsivothérapie est argumentée dans le dossier du patient et / ou le DMP.</li><li>Pour définir le rythme et le nombre de séances d'électroconvulsivothérapie à réaliser, l'équipe en analyse les bénéfices et les risques et les partage avec le patient. Cette analyse est tracée et réajustée en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.</li><li>Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes) contiennent tous les éléments nécessaires à l'évaluation du risque anesthésique en amont de la séance d'électroconvulsivothérapie.</li><li>L'acte d'électroconvulsivothérapie est réalisé au sein d'un site spécifique en présence des professionnels formés (<i>a minima</i> : le médecin psychiatre, l'anesthésiste et l'infirmier).</li><li>La surveillance du patient postinterventionnelle d'un acte d'électroconvulsivothérapie est assurée dans un environnement adapté et sécurisé.</li><li>Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs et / ou l'analyse de la pertinence de l'acte d'électroconvulsivothérapie.</li></ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

## 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)

### 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

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

Parcours traceur

##### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

En cours de révision

# Chapitre 2.

# Les équipes

# de soins

## Objectif 2.4

### La culture de la pertinence et de l'évaluation

---

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

## Critère 2.4-01 L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les instances médicales et soignantes identifient régulièrement les évolutions des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité sont accessibles aux équipes.</li> <li>Les équipes adaptent, autant que de besoin, leurs procédures (actes diagnostiques, actes thérapeutiques, prise en charge...) aux recommandations de bonnes pratiques.</li> <li>L'équipe présente une démarche continue d'évaluation des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge sur laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration au regard des recommandations de bonne pratique (évaluation des pratiques professionnelles).</li> <li>L'analyse d'évaluations de la pertinence des parcours, notamment par des indicateurs d'alerte dont l'équipe s'est dotée (par exemple : admissions, taux de transfert à 48h, durée de séjour, taux de réhospitalisation...) permet la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</li> </ul>	<b>Audit système</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

#### ❖ Pour vous accompagner

<p>Fiches pédagogiques</p>	<p>Télésanté Accréditation médicale</p>
<p>Flash Sécurité Patient</p>	<p>Téléconsultation : à distance, redoubler de vigilance</p>

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

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

**Tout l'établissement** **Impératif**

### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).</li> <li>Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.</li> <li>Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier.</li> <li>Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.</li> <li>Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.</li> <li>L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques.</li> </ul>	

### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Patient	Patient traceur
<p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance a reçu une information claire et explicite.</li> </ul>	
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la mesure de restriction de liberté fait l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre (points de contention, modalité de restrictions de liberté, diurnes ou nocturnes, durée, modalités de surveillance et d'évaluation).</li> <li>• Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, l'utilisation de mesures de restriction de liberté fait l'objet d'une analyse pluridisciplinaire bénéfices/risques tracée dans le dossier.</li> <li>• Au-delà d'une mesure de sécurité ponctuelle, la pertinence du maintien de la restriction de liberté est systématiquement réévaluée.</li> <li>• L'établissement conduit une démarche de réduction des risques par la promotion des alternatives à des mesures de restriction de liberté en particulier chez les patients à risque de chute ou de déambulation pathologique.</li> </ul>	<p><b>Patient traceur</b></p> <p><b>Traceur cible</b></p>

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Patients âgés
-------------------	---------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- L'établissement informe les équipes des efforts conduits en termes de consommations d'eau, d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre.

##### Professionnels

- Une réflexion pluriprofessionnelle sur la réalisation de soins écoresponsables est menée afin d'identifier des actions d'amélioration au sein des services.
- La révision des protocoles de soins prend en compte la dimension des soins écoresponsables (réduction des interventions inutiles, révision du matériel nécessaire...).
- L'équipe évalue l'impact des actions en faveur de soins écoresponsables qu'elle met en œuvre.

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Infections associées aux soins

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

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

### Soins médicaux et de réadaptation Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

Parcours traceur

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	En cours de révision
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Coordination des prises en charge et pratiques cliniques

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes suivent des indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS) et les analysent.</li> <li>• Les équipes améliorent les résultats des indicateurs qui les concernent (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS).</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS).</li> <li>• Les résultats d'indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS), leur analyse et leurs évolutions sont présentés aux instances (CME, CSIRMT, CDU...).</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### 🔍 Pour vous accompagner

<p><b>Fiches pédagogiques</b></p>	Parcours intrahospitalier Urgences – SAMU/SMUR Patients âgés <a href="#">Infections associées aux soins</a> Personne en situation de handicap
<p><b>Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)</b></p>	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé

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

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

### Chirurgie et interventionnel Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Traceur cible
<ul style="list-style-type: none"><li>Les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des indicateurs de fonctionnement des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (taux d'occupation de salle, taux réel d'occupation de salle, débordement...).</li><li>Les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation (différence entre ce qui est programmé et ce qui est réalisé, délai de reprogrammation).</li><li>Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des mesures de prévention des infections : port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes, allées et venues...).</li><li>Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des infections du site opératoire.</li></ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Secteurs interventionnels
-------------------	---------------------------

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

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

### Soins critiques Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes des secteurs de soins critiques suivent des indicateurs spécifiques au service, les analysent collectivement et améliorent la prise en charge des patients.</li> <li>Les équipes des secteurs de soins critiques analysent la pertinence des séjours.</li> <li>Les équipes des secteurs de soins critiques mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des réhospitalisations à 48/72 heures.</li> </ul>	Parcours traceur
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gouvernance a anticipé le renfort des secteurs de soins critiques en cas de crise (formation des professionnels, disponibilité du matériel...).</li> </ul>	Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Professionnels

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

Parcours traceur

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Parcours intrahospitalier

## Chapitre 3

# L'établissement

### Objectif 3.1

#### Le management global par la qualité et la sécurité des soins

---

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

## Critère 3.1-01 La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- La CME élabore et suit la politique qualité/sécurité des soins avec l'encadrement, les professionnels et les représentants des usagers.
- Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des indicateurs (notamment les IQSS, dont les indicateurs de l'expérience des patients), risques spécifiques à l'établissement et connaissances disponibles.
- Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) prend en compte les préconisations et analyses des risques des autres autorités d'évaluation et/ou de contrôles externes : ARS, ASN, CGLPL, ABM...
- Les orientations prioritaires de la politique qualité et sécurité des soins sont déclinées dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins structuré, pertinent, actualisé, unique et évalué chaque année.

##### Encadrement

- L'encadrement médical et paramédical connaît les principales actions du PAQSS qui le concerne pour les décliner en actions concrètes dans son secteur.

##### Professionnels

- Les professionnels connaissent des actions du PAQSS qui les concernent.

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Télésanté SSE
---------------------	----------------------------------------

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

La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Il s'agit du reporting des évènements indésirables associés aux soins (EIAS), du retour d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture « juste » (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Elle est construite par l'interaction entre les acteurs et implique l'usager. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est un dispositif à valoriser, tout comme les rencontres de sécurité qui montrent l'engagement de la gouvernance dans la sécurité des patients et des professionnels et facilitent la communication entre la gouvernance et les professionnels des secteurs où les rencontres se déroulent.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- L'établissement évalue régulièrement la culture qualité et sécurité des soins de l'ensemble des professionnels par une méthode définie (exemple : enquête de culture sécurité ou autre).
- La gouvernance a participé à au moins une rencontre de sécurité inspirée des méthodes promues par la HAS.
- La gouvernance promeut auprès des médecins éligibles le dispositif d'accréditation (information, incitation, soutien logistique et financier...).

##### Encadrement

- L'encadrement médical et paramédical connaît les résultats de l'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins et met en place des actions d'amélioration adaptées à son secteur.

##### Professionnels

- Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité des soins organisées au sein de l'établissement.
- Le dispositif d'alerte de vigilances ascendantes et descendantes et tous les signalements sont pilotés : les responsabilités sont identifiées ; les modalités de réception sont définies ; les modalités de transmission sont définies. Il existe une permanence 24 heures sur 24.

Audit système

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Accréditation médicale

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

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque » est l'un des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients opérationnel depuis plus de 15 ans. La HAS promeut en particulier le programme d'accréditation en équipe (mono ou pluridisciplinaire), modèle particulièrement adapté au travail en établissement de santé, quel que soit son statut. La démarche d'accréditation, volontaire, repose sur des programmes de spécialité, élaborés par des pairs et soutenus par des organismes professionnels agréés par la HAS pour l'accréditation et selon une méthode et une évaluation encadrée par la HAS. Ce programme permet de développer une culture sécurité au sein des équipes. Chaque programme d'accréditation comporte désormais 5 volets : amélioration du travail en équipe, des pratiques professionnelles, de la sécurité des patients, des relations avec les patients et de la santé du professionnel. L'accréditation garantit ainsi le maintien des compétences selon les exigences de la certification périodique des professionnels de santé. L'enregistrement national (HAS) des retours d'expérience (REX) permet à la HAS et aux équipes d'élaborer des solutions pour la sécurité qui peuvent ensuite être partagées. Ces programmes ne sont proposés aujourd'hui qu'aux spécialités chirurgicales et interventionnelles, mais l'ensemble des disciplines peut mettre en œuvre des programmes inspirés de ce modèle.

### Tout l'établissement Avancé

#### Éléments d'évaluation

		Parcours traceur
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes éligibles connaissent l'accréditation des médecins et en équipe.</li> </ul>	Audit système
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gouvernance a identifié les médecins éligibles non engagés dans le dispositif d'accréditation et a établi avec eux un échéancier d'engagement.</li> <li>Tous les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont au moins un médecin ou une équipe accréditée.</li> <li>Les actions menées dans le cadre du dispositif d'accréditation sont articulées avec la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins dans l'établissement.</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Accréditation médicale
-------------------	------------------------

## Critère 3.1-04 L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables, dont les presqu'accidents

Pour insuffler une culture bienveillante où l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée, la gouvernance promeut la culture de la déclaration des évènements indésirables et des presqu'accidents. En effet, les évènements indésirables associés aux soins (EIAS dont les presqu'accidents, plaintes, erreurs cliniques, thérapeutiques ou pharmaceutiques...) et la gestion des vigilances sont une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective d'amélioration de la sécurité du patient.

### Tout l'établissement Impératif

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les évènements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement analysés, en associant les équipes concernées, selon les méthodes promues par la HAS.</li> <li>Une synthèse des facteurs contributifs (ou causes profondes) des évènements indésirables associés aux soins, dont des presqu'accidents, et des résultats des plans d'actions mis en place sont diffusés aux professionnels et aux représentants des usagers.</li> <li>Les évènements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement déclarés sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables. Ils font l'objet d'un volet 2 au plus tard 3 mois après le volet 1.</li> <li>Les évènements indésirables associés aux soins analysés et déclarés dans le cadre de l'accréditation sont aussi transmis au sein de l'établissement et les actions d'amélioration issues des analyses collectives contribuent au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</li> </ul>	<b>Traceur cible</b>
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### Pour vous accompagner

<p>Fiches pédagogiques</p>	<p>Engagement patient Télésanté Accréditation médicale</p>
----------------------------	--------------------------------------------------------------------

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

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

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

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

### Tout l'établissement **Impératif**

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>		<b>Audit système</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les catégories de risques, dont les risques numériques, pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées.</li> <li>Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels).</li> <li>La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).</li> <li>Les exercices ou entraînements de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, a fortiori les activations réelles, sont suivis d'actions d'amélioration issues d'un RETEX.</li> <li>Pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, les moyens matériels et humains, les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins disponibles sont connus de la gouvernance et rapidement mobilisables. Ils sont suivis pour en vérifier l'opérationnalité.</li> </ul>		
<b>Professionnels</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>		

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	SSE Soins critiques
---------------------	------------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un état des lieux des questionnements éthiques est partagé avec l'ensemble des professionnels.</li> <li>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.</li> <li>Un espace de réflexion éthique, intégrant des représentants des usagers et/ou patients partenaires, se réunit à périodicité définie.</li> </ul>	
Professionnels	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels sont sensibilisés au questionnement éthique.</li> <li>En plus de ceux identifiés dans l'état des lieux des questionnements éthiques, les professionnels échangent, si besoin avec des ressources externes, sur les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés (droits du patient, état de santé, stratégie thérapeutique, soins proposés).</li> </ul>	

#### ➤ Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Engagement patient Télésanté
---------------------	---------------------------------

## Critère 3.1-07 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans ses secteurs les plus à risques, l'établissement a déployé un plan de continuité et de reprise d'activité formalisé.</li> <li>• L'établissement a mis en œuvre le plan d'actions correctives issu des audits Active Directory et exposition internet.</li> <li>• L'établissement déploie un plan de formation pluriannuel à la sécurité et l'hygiène informatique et organise des actions de sensibilisation à destination de tous les professionnels.</li> <li>• L'établissement a formé des référents sécurité SI en relais des équipes SI dans les secteurs de soins.</li> <li>• 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.</li> </ul>	
Professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, identification des mails frauduleux, modes dégradés...).</li> </ul>

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"><li>Les règles d'habilitation (accès, droit d'usage...) du système d'information de santé sont définies.</li><li>Pour proscrire les comptes génériques, l'établissement gère les arrivées/départs pour l'octroi des habilitations au système d'information (notamment pour les intérimaires, étudiants, stagiaires...).</li><li>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.</li><li>Pour les accès à distance, les identités et accès aux données de santé sont gérés par un système d'authentification renforcé avec deux facteurs.</li></ul>	
Professionnels	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Télésanté

## Critère 3.1-09 Les données du patient sont sécurisées

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

Tout l'établissement Standard

### Éléments d'évaluation

#### Gouvernance

- L'établissement a cartographié les échanges de données de santé non sécurisés et établi un plan de transfert vers une messagerie sécurisée de santé.
- La qualité et la complétude des éléments versés dans Mon espace santé sont évaluées par l'établissement. Les résultats sont diffusés, en CME et en CDU, et donnent lieu à un plan d'actions pour améliorer le taux d'alimentation du dossier médical partagé.
- En cas de fuite des données, une procédure est prévue pour informer les patients victimes de la fuite de leurs données. Le cas échéant, elle a été mise en œuvre.

#### Professionnels

- Les professionnels habilités sont formés à l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé ainsi qu'à l'alimentation et à la consultation de Mon espace santé.
- Les professionnels sont sensibilisés au besoin d'éradiquer sur leur poste de travail la conservation de documents de santé intégrant des données médicales à caractère personnel.
- Les professionnels concernés connaissent les documents du dossier du patient, définis par la réglementation, qui doivent être versés dans Mon espace santé.

Audit système

### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

En cours de révision

# Chapitre 3.

# L'établissement

## Objectif 3.2

### La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

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

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

Les équipes sont essentielles pour améliorer la capacité de l'organisation à répondre à ses missions et ses enjeux. Leur implication crée un climat propice à l'adaptation permanente et réactive des organisations et des pratiques, la recherche de solutions innovantes au bénéfice des patients, des professionnels et de l'établissement.

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Professionnels	Audit système
<ul style="list-style-type: none"><li>L'organisation médicale permet une prise en charge conforme aux recommandations et à la réglementation.</li><li>L'organisation paramédicale permet une prise en charge conforme aux recommandations et à la réglementation.</li><li>Les soignants savent joindre un médecin à tout moment.</li><li>Des solutions sont mobilisées en cas d'absentéisme imprévisible.</li></ul>	

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"> <li>La gouvernance suit les écarts entre un effectif cible, défini par une norme ou par des maquettes organisationnelles adaptées au fonctionnement du service, et l'effectif réellement disponible.</li> <li>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.</li> <li>Lorsque des écarts ponctuels entre effectif cible et effectif réel sont constatés des dispositions immédiates (heures supplémentaires, intérim, mode dégradé, réduction temporaire d'activité) sont mobilisées.</li> <li>Lorsque des écarts récurrents entre effectif cible et effectif réel sont constatés des dispositions (mobilité des personnels non médicaux, réduction ou suspension d'activité) sont mobilisées.</li> <li>Pour l'exercice d'une activité de soin réglementée, lorsque le nombre minimal de professionnels médicaux et paramédicaux n'est pas respecté, l'Agence régionale de santé et les instances (CME, CSIRMT, CDU...) en sont informées sans délai.</li> <li>Les nouveaux arrivants, notamment les intérimaires, internes, étudiants... ont les informations (livret d'accueil, journée d'intégration à laquelle participent les représentants des usagers, intranet, site internet...) et l'encadrement nécessaires pour accomplir leur activité et s'intégrer dans l'équipe.</li> </ul>	

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- L'établissement vérifie les titres des professionnels de soins pour assurer l'adéquation entre les missions et les compétences. À défaut, l'établissement met en place les actions requises.

##### Encadrement

- L'encadrement médical et paramédical dispose d'un bilan des formations continues suivies dans leur équipe.
- L'encadrement médical et paramédical mène des entretiens annuels pour mettre en œuvre les actions utiles pour faire coïncider missions et compétences (formation, développement professionnel continu en conformité avec les méthodes HAS...).

##### Professionnels

- Les professionnels peuvent bénéficier de formations cohérentes avec les actions du PAQSS mises en place dans leur service.
- Des programmes collectifs de maintien et de développement de compétences, avec évaluations pré et post-formation, sont suivis par les équipes (simulation d'évènements à risque dans les secteurs critiques, ateliers de bonnes pratiques, évaluation des pratiques professionnelles (EPP)...).
- Les professionnels connaissent les acteurs qui peuvent les accompagner dans leurs démarches de projet professionnel, parcours de développement des compétences, bilan de compétences...

Audit système

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	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

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

### Tout l'établissement Avancé

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Ressources professionnelles

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Encadrement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gouvernance analyse le taux d'absentéisme en lien avec les maladies professionnelles et accidents du travail par service et, le cas échéant, met en œuvre des actions d'amélioration.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels sont accompagnés tout au long des campagnes de vaccination recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière, Covid-19...) et obligatoires (hépatite B...) : informations et réponses à l'hésitation vaccinale, référents vaccination...</li> <li>• 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).</li> <li>• 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...).</li> <li>• Les professionnels peuvent accéder à des dispositifs d'écoute et d'accompagnement pour un soutien psychologique.</li> </ul>	<p><b>Audit système</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

#### ➤ Pour vous accompagner

<p>Fiches pédagogiques</p>	Ressources professionnelles Infections associées aux soins
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Prévention de la grippe en établissement de santé, indicateur de couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier
Flash Sécurité Patient	Effet tunnel en santé. L'appel à un ami peut sauver des vies

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• La gouvernance prépare les professionnels à faire face aux risques d'atteinte à leur sécurité (formation, outils, exercices de simulation...).</li> </ul>	<b>Audit système</b>
<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels connaissent les règles de sécurité, les acteurs et les solutions de sécurisation en cas de situation critique.</li> </ul>	
<b>Observations</b>		<b>Observation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'environnement de travail contribue à la sécurité des professionnels (équipements, locaux, accès).</li> </ul>		

#### 🔍 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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Gouvernance	Audit système
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement a élaboré une politique de qualité de vie au travail fondée sur des indicateurs, une étude réalisée auprès des professionnels de terrain, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et les risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels.</li><li>• Les instances représentatives des professionnels participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de qualité de vie au travail.</li><li>• La politique de qualité de vie au travail est ajustée au regard du suivi des indicateurs, de l'étude réalisée auprès des professionnels de terrain, de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et des risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels.</li></ul>	

#### Professionnels

- Les professionnels ont participé à l'étude visant à élaborer la politique de qualité de vie au travail.
- La communication interne permet aux professionnels de s'informer aisément sur les projets et actualités de l'établissement.
- Les professionnels connaissent les rôles et responsabilités de chaque acteur, ainsi que les circuits de décision et de délégation.

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des dispositifs sont accessibles pour mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle (exemple : télétravail, restauration, accès en transport en commun, services de garde pour le jeune enfant, aides au logement...).</li> </ul>	<b>Audit système</b>
<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe des espaces d'expression de proximité où les professionnels discutent du travail lui-même et conçoivent des solutions pour améliorer l'organisation du travail (plannings, temps de travail...).</li> <li>L'équipe, en lien avec la gouvernance, participe à la mise en œuvre de solutions pour améliorer ce qui altère la réalisation du travail (charge de travail, turnover, défaut de coordination et/ou communication...) et, <i>in fine</i>, la qualité et la sécurité des soins.</li> <li>Les professionnels sont concertés dans les programmes de réhabilitation des locaux.</li> <li>Les professionnels voient leur expérience valorisée pour diffuser des pratiques de soins au sein de leur équipe.</li> </ul>	
<b>Observations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'environnement de travail contribue à la qualité de vie au travail (propreté, décoration, aménagements pensés par et pour les professionnels...).</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

## Critère 3.2-10 La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

Si les difficultés interpersonnelles et les conflits sont inévitables en situation de travail, des mécanismes de prévention et de régulation doivent opérer. Ces dispositifs visent à préserver les relations personnelles et professionnelles et, ce faisant, la cohésion des équipes. Le management, particulièrement le management de proximité, joue ici un rôle essentiel et doit être soutenu. Ces conflits, s'ils ne sont pas prévenus ou traités, peuvent impacter durement le fonctionnement des équipes, altérer la qualité de vie au travail, nuire au travail lui-même et entraîner des répercussions dommageables sur la qualité et la sécurité des soins.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- En lien avec le service de prévention et de santé au travail, la gouvernance soutient des mesures d'anticipation et de prévention des difficultés interprofessionnelles et des conflits.
- La gouvernance met en place un dispositif gradué de réponse et de prise en charge des professionnels (y compris ceux en formation) dans la résolution des conflits.
- Les professionnels bénéficient d'un accompagnement à l'issue de la gestion d'un conflit interpersonnel.

Audit système

##### 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).

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Ressources professionnelles

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- Dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques, la gouvernance soutient la pratique avancée et les délégations de tâches entre professionnels.

##### Professionnels

- Des équipes développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (CRM santé, Pacte, accréditation en équipe, mise en situation, consolidation d'équipe, repérage des moments de communication critiques...).
- Les organisations, notamment du temps de travail, permettent de dédier du temps à des projets en équipe (analyse de pratiques à la suite d'un évènement indésirable, activités de perfectionnement des connaissances) ou à des projets qualité/gestion des risques.
- Les temps médicaux et non médicaux sont synchronisés.

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Ressources professionnelles  
Accréditation médicale

# Chapitre 3.

# L'établissement

## Objectif 3.3

### Le positionnement territorial

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

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

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

Pour garantir la continuité des soins sur le territoire et éviter la rupture de prise en charge des patients, l'établissement, dans le cadre du projet régional de santé, est acteur dans la construction et la coordination des parcours de ses patients, en collaboration avec les autres acteurs du territoire (établissements sanitaires, dont HAD, établissements et services sociaux et médico-sociaux, professionnels de ville), et des dispositifs de coordination territoriaux. Il contribue à l'amélioration de la qualité globale des filières de soins sur le territoire.

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Positionnement territorial

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

Parcours traceur	Audit système
<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Les professionnels des établissements qui ne disposent pas de centres de compétences ou de référence connaissent les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.</li></ul>	
<b>Gouvernance</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Pour les établissements qui en disposent, les centres de compétences ou de référence (notamment pour les maladies rares) sont facilement identifiables sur leur site internet et leur rapport d'activité.</li><li>Les établissements qui ne disposent pas de centres de compétences ou de référence identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.</li><li>Pour lutter contre l'errance diagnostique, l'établissement évalue son activité de prise en charge et/ou orientation de ses patients vers des filières adaptées (centres de maladies rares, centres spécialisés...).</li><li>Pour lutter contre des hospitalisations non pertinentes, l'établissement réalise un RETEX sur les difficultés relatives à l'orientation vers des parcours adaptés.</li></ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Positionnement territorial Parcours intrahospitalier Enfants et adolescents Maternité – périnatalité Personne en situation de handicap
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Critère 3.3-03 L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)

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

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

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

### Santé mentale et psychiatrie Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Positionnement territorial

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques	Positionnement territorial Urgences – SAMU/SMUR Soins critiques
---------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

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

**Tout l'établissement Impératif**

### Éléments d'évaluation

#### Gouvernance

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

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiches pédagogiques

Positionnement territorial  
Patients âgés  
Télésanté

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

- *A minima*, la gouvernance repère les professionnels et les patients partenaires désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche.
- Lorsque cela est adapté à sa situation, la gouvernance a défini une politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir.
- Lorsqu'il existe des équipes et/ou des patients partenaires désireux de s'y engager, les réponses aux appels à projets nationaux, régionaux, la participation à des essais cliniques et/ou technologiques, les études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins sont soutenues et reconnues.
- Lorsqu'il existe un émargement au système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), au système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), aux brevets, aux subventions... il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.
- L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles en son sein ou dans des centres du territoire.

Audit système

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Positionnement territorial

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

Positionnement territorial

## Chapitre 3.

# L'établissement

### Objectif 3.4

#### L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

---

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Observation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les locaux sont entretenus et propres.</li> </ul>	<b>Observation</b>
<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement suit, dans un plan d'actions, les conclusions des rapports de contrôle de sécurité.</li> <li>L'établissement dispose d'un plan de maintenance de ses locaux et de ses équipements, conformément aux règles de maintenance.</li> <li>L'établissement fonde son plan de gestion de ses équipements en adéquation avec les besoins de son activité et les besoins exprimés par ses professionnels.</li> </ul>	<b>Audit système</b>
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement forme ses professionnels à la bonne utilisation de ses équipements.</li> </ul>	

#### 🔍 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins
-------------------	--------------------------------

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet d'établissement intègre une stratégie développement durable partagée avec les partenaires territoriaux.</li> <li>• L'établissement a mis en œuvre des procédures favorisant les achats écoresponsables.</li> </ul>	<b>Audit système</b>
<b>Professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les services ou, <i>a minima</i>, les pôles développent une action en faveur du développement durable.</li> <li>• Le référent développement durable accompagne les professionnels dans la mise en œuvre des projets « développement durable » au niveau des unités et des services.</li> <li>• Les équipes sont sensibilisées aux soins écoresponsables et à l'impact environnemental de leurs pratiques (gestion des déchets, consommation de ressources (matériels, produits, eau, électricité...)).</li> </ul>	

#### ❖ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Infections associées aux soins
-------------------	--------------------------------

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement ajuste sa stratégie aux risques environnementaux auxquels il est exposé.</li> <li>L'établissement favorise la mobilité durable pour ses professionnels et ses patients.</li> <li>L'établissement réduit ses déchets à la source.</li> <li>Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchets et suit la procédure de traçabilité.</li> <li>L'établissement met en œuvre un plan de rénovation de ses locaux.</li> </ul>	Audit système
<b>Observation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tri des déchets est opérationnel (poubelles de tri pour les différents types de déchets, faciles d'accès et des affiches expliquant les règles de tri).</li> </ul>	Observation

#### ❖ Pour vous accompagner

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

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

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les équipes qui pratiquent la télésanté organisent cette activité : critères d'éligibilité, identification des professionnels pouvant être sollicités pour la télaptopsie, organisation du parcours du patient (avant, pendant et après l'acte de télésanté), traçabilité dans le dossier du patient selon les exigences applicables.</li> <li>Les professionnels impliqués dans l'activité de télésanté sont formés et connaissent les outils, les procédures et les protocoles cliniques adaptés à l'établissement.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement a identifié les situations de prise en charge éligibles à la télésanté et mis en place les organisations qui permettent le déploiement effectif.</li> <li>L'établissement met à la disposition des professionnels des outils conformes aux exigences applicables pour les activités de télésanté.</li> <li>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.</li> <li>L'établissement évalue ses activités de télésanté pour les piloter et améliorer ses pratiques.</li> </ul>	<b>Audit système</b>

#### ➤ Pour vous accompagner

<b>Fiches pédagogiques</b>	Parcours intrahospitalier Télésanté Personne en situation de handicap
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

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

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

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

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

### Tout l'établissement Standard

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

##### Professionnels

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

#### Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

DMN et outils technologiques

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

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

### Tout l'établissement Avancé

#### Éléments d'évaluation

##### Gouvernance

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

Audit système

#### ➤ Pour vous accompagner

Fiche pédagogique

DMN et outils technologiques

# Suivi des modifications du référentiel

A la suite des tests réalisés en établissement de santé, nous avons procédé à quelques ajustements.

## Modifications réalisées depuis la dernière version de mars 2025.

Critère	Ajustements
Critère 2.2-08	<p><u>Elément d'évaluation</u> : L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.</p> <p>Changement de méthode d'évaluation</p>

## Modifications réalisées depuis la version de janvier 2025.

Critère	Ajustements
Critère 1.3-03	<p><u>Elément d'évaluation</u> : L'établissement, dans sa démarche de gestion des risques a priori et a posteriori, propose un programme de formation intégrant une méthode pédagogique par simulation à destination des patients.</p> <p>Suppression de l'élément d'évaluation</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Si cela est pertinent, l'équipe propose une offre de programmes d'éducation thérapeutique adaptée aux patients pris en charge.</p> <p>Ajout d'un élément d'évaluation. Méthode : patient traceur. Cible : questions aux professionnels</p>
Critère 2.1-01	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Dans les secteurs externes (consultation, imagerie...), les patients peuvent prendre rendez-vous en ligne et par un numéro de téléphone dédié.</p> <p>Changement de la cible : question au patient</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Pendant la consultation, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, le patient est accompagné pour prendre le ou les prochains rendez-vous.</p> <p>Changement de la cible : question au patient</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Pendant la consultation, en cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) à visée diagnostique ou thérapeutique, l'équipe accompagne le patient pour prendre le ou les prochains rendez-vous.</p> <p>Ajout d'un élément d'évaluation. Méthode : parcours traceur. Cible : questions aux professionnels</p>
Critère 2.1-07	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Pour les déprogrammations, l'analyse des délais de reprogrammation amène à des actions d'amélioration pour éviter la perte de chance pour les patients.</p> <p>Suppression de l'élément d'évaluation car redondant avec le critère 2.4-07</p>
Critère 2.2-02	<p><u>Elément d'évaluation</u> : La capacité d'autogestion et d'autonomie du patient (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement <b>habituel</b> est évaluée, réévaluée et tracée par le prescripteur.</p>
Critère 2.2-05	<p><u>Elément d'évaluation</u> : La prise de son traitement <b>habituel</b> par le patient autonome (hors programme PAAM) est tracée par les professionnels habilités, <b>après prescription médicale</b>.</p>

Critère 2.3-14	<p>Reformulation du libellé du critère, du texte introductif et du libellé des éléments d'évaluation.</p> <p><u>Critère</u> : Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Dans le respect de la règlementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques, la décision d'isolement prise par un psychiatre, assortie ou non d'une prescription de contention, est tracée dans le dossier du patient. La décision précise les modalités de surveillance (indications, fréquence, point de contention le cas échéant).</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Un examen psychiatrique et somatique est réalisé au moment de la mise en isolement <u>et/ou sous contention</u>.</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : 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.</p>
Critère 2.3-15	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Pour définir le rythme et le nombre de séances d'électroconvulsivothérapie à réaliser, l'équipe en analyse les bénéfices et les risques <u>et les partage avec le patient</u>. Cette analyse est tracée et réajustée en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.</p>
Critère 2.4-02	<p><u>Elément d'évaluation</u> : L'établissement améliore ses indicateurs de lutte contre l'antibiorésistance. <u>Suppression de l'élément d'évaluation</u></p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation). <u>Ajout de l'élément d'évaluation</u></p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Toute prescription d'un traitement antibiotique <u>et/ou sa prolongation</u> est justifiée dans le dossier.</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antiothérapie <u>interne et/ou externe</u>.</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.</p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : L'EOH, les équipes, le référent en antiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques (<b>CONSORES</b>).</p>
Critère 3.1-04	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Les événements indésirables graves associés aux soins sont systématiquement analysés, en associant les équipes concernées <u>et les représentants des usagers</u>, selon les méthodes promues par la HAS.</p>
Critère 3.3-02	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Les professionnels des établissements qui ne disposent pas de centres de compétences ou de référence connaissent les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès. <u>Changement de méthode d'évaluation</u></p>
Critère 3.4-04	<p><u>Elément d'évaluation</u> : Les équipes qui pratiquent la télésanté organisent cette activité : critères d'éligibilité, identification des professionnels pouvant être sollicités pour la téléexpertise, organisation du parcours du patient (avant, pendant et après l'acte de télésanté), traçabilité dans le dossier du patient selon les exigences applicables. <u>Changement de méthode d'évaluation</u></p> <p><u>Elément d'évaluation</u> : Les professionnels impliqués dans l'activité de télésanté sont formés et connaissent les outils, les procédures et les protocoles cliniques adaptés à l'établissement. <u>Changement de méthode d'évaluation</u></p>

# Lexique

Libellé	Définition
<b>Accréditation des médecins et des équipes médicales</b>	L'accréditation est la reconnaissance de l'engagement des professionnels exerçant une spécialité dite « à risques » en établissement de santé dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques et de gestion des risques. C'est un label de qualité des pratiques professionnelles (HAS)
<b>Aidant</b>	Personne qui apporte son aide pour une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne de manière régulière et fréquente, et à titre non professionnel : – <b>l'aidant familial</b> apporte son aide à une personne en situation de handicap ; – <b>le proche aidant</b> apporte son aide à une personne âgée en perte d'autonomie.
<b>Antibioprophylaxie (ou antibiothérapie préventive)</b>	Vise à réduire le risque d'infection bactérienne chez un patient donné. Elle peut être utile après une exposition à un pathogène (infections invasives à méningocoque, coqueluche...), avant ou pendant une chirurgie, après une infection pour éviter la récidive, ou chez des patients particuliers, à risque élevé d'infection bactérienne (en hématologie notamment). Elle sera d'autant plus pertinente et efficace que l'agent pathogène ciblé est unique (permettant l'utilisation d'antibiotique à spectre étroit), que l'exposition est limitée dans le temps, que la maladie est potentiellement grave et que l'antibiotique est facile à utiliser et bien toléré.
<b>Antibiotique</b>	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 : <ul style="list-style-type: none"><li>• les antibiotiques dits à large spectre, qui éliminent une grande variété de bactéries,</li><li>• 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)</li></ul>
<b>Amélioration continue</b>	Activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences. Le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives.
<b>Amélioration de la qualité</b>	Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire les exigences pour la qualité.
<b>Analyse pharmaceutique</b>	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.
<b>Antennes de médecine d'urgence (AMU)</b>	Les antennes de médecine d'urgence ont une activité de médecine d'urgence avec des prérequis spécifiques (participer à une équipe médicale commune de territoire, être titulaire de l'autorisation de faire fonctionner un SMUR sur le même site) et ne sont pas ouvertes 24 h/24. Les horaires d'ouverture au public couvrent une amplitude d'au moins douze heures de service continu, tous les jours de l'année. Ils sont mentionnés dans la décision d'autorisation. Durant les horaires de fermeture au public, l'établissement siège de l'antenne de médecine d'urgence prévoit un affichage invitant à composer le 15 afin de bénéficier d'une orientation adaptée (ou un dispositif permettant de joindre directement le 15). Une organisation médicale et paramédicale de l'antenne de médecine d'urgence est prévue au-delà des horaires de fermeture, afin d'assurer la continuité des soins (Code de la santé publique – SFMU).
<b>Assistant de régulation médicale</b>	L'ARM est le premier maillon de la chaîne de secours préhospitalier. Professionnel spécialement formé, il accueille, qualifie et oriente les appels téléphoniques en fonction de la demande (aide médicale urgente traitée par le service d'aide médicale urgente ou besoin de soins non programmés) dans un contexte d'urgence et de détresse. Il hiérarchise les appels et priorise l'orientation vers le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente ou de la filière de médecine générale du service d'accès aux soins, à partir de protocoles préétablis. Il gère les flux et moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient. Pour renforcer la qualité de la régulation médicale au sein des centres régulant les appels d'urgence médicale (SAMU-centres 15), une formation diplômante est désormais obligatoire pour exercer la profession d'assistant de régulation médicale (ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles)

Libellé	Définition
<b>Assistance médicale à la procréation</b>	<p>L'assistance médicale à la procréation, antérieurement procréation médicalement assistée, s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (Code de la santé publique). Elle fait appel à différentes techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'insémination artificielle ;</li> <li>• la fécondation in vitro ;</li> <li>• l'accueil d'embryon.</li> </ul>
<b>Arrêt cardiorespiratoire</b>	<p>L'arrêt cardiorespiratoire ou arrêt cardiocirculatoire (ACC) ou arrêt cardiaque (AC) correspond à la cessation de l'activité mécanique cardiaque, confirmée par l'absence de pouls et une apnée ou respiration agonique (gasping) (Société française de cardiologie).</p>
<b>Auxiliaire de vie sociale</b>	<p>Accompagnant professionnel, diplômé. Le plus souvent, il exerce au sein d'un organisme de services à la personne.</p>
<b>Bientraitance</b>	<p>Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.</p>
<b>Centre périnatal de proximité</b>	<p>Les établissements qui ne sont pas autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité. Celui-ci bénéficie, par convention, du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité assure les consultations prénatales et postnatales, les entretiens prénatal précoce et postnatal précoce, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.</p> <p>Le CPP s'inscrit dans le cadre d'une organisation territoriale coordonnée avec le reste des acteurs en périnatalité du territoire, permettant d'assurer l'accès des femmes, des couples et des nouveau-nés à un parcours gradué et intégrant le panel des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales.</p> <p>Le CPP conclut ainsi avec la ou les maternités partenaires, desservant son territoire, une convention de partenariat, qui prévoit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la répartition des rôles des partenaires en termes de suivi des grossesses, selon les profils des patientes ;</li> <li>• les critères d'orientation des femmes enceintes vers la maternité partenaire, y compris en urgence ;</li> <li>• les conditions de mise à disposition, par la maternité partenaire, de personnels (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, infirmiers puériculteurs, etc.) intervenant à l'appui de l'activité programmée du CPP ;</li> <li>• pour les CPP organisant une permanence de soins sages-femmes en H24 afin de répondre aux appels (hors urgence) des patientes et de contribuer à leur orientation en lien étroit avec le SAMU-SMUR : les conditions de contribution de la maternité partenaire au tour d'astreinte sage-femme ;</li> <li>• les conditions de la participation des personnels du CPP à l'activité de la maternité partenaire, dans l'objectif notamment d'entretenir leur expérience en matière de gestion des accouchements et de prise en charge des nouveau-nés ;</li> <li>• les conditions d'organisation de la formation des personnels du CPP, autant que nécessaire, de façon conjointe avec celle des personnels de la maternité partenaire ;</li> <li>• les conditions d'organisation et la périodicité des réunions de concertation entre le CPP et la maternité partenaire. Autant que possible, le CPP doit pouvoir accéder et présenter des situations aux staffs médico-psycho-sociaux de sa maternité partenaire.</li> </ul> <p>Le CPP établit par ailleurs, via des conventions, les conditions d'un travail coordonné avec les services de la protection maternelle et infantile (PMI), les services de médecine d'urgence de proximité, les services de santé mentale, infanto-juvénile et générale, d'addictologie, les structures médico-sociales du territoire (CAMSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les permanences d'accès aux soins mobiles (PASS), les centres de santé sexuelle, le dispositif spécifique régional en périnatalité (ex-réseau de périnatalité), etc.</p>
<b>Confidentialité</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>

Libellé	Définition
<b>Consentement éclairé</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Consultation avancée</b>	<p>Activité de consultation externe réalisée par des praticiens d'un établissement de santé dans un autre établissement de santé, ces consultations peuvent permettre d'élargir l'accès aux consultations médicales de spécialité à l'hôpital dans des territoires périphériques ou isolés et d'opérer une gradation de la prise en charge en établissement en fonction de la complexité de la situation du patient et des soins qui lui sont apportés.</p>
<b>Contention mécanique</b>	<p>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.</p>
<b>Check-list « Sécurité du patient »</b>	<p>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.</p>
<b>Conciliation des traitements médicamenteux</b>	<p>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.</p>
<b>Crise sanitaire</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Démarche palliative</b>	<p>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 ».</p>
<b>Démarche qualité</b>	<p>Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.</p> <p>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.</p>
<b>Développement durable</b>	<p>Concept qui vise à répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins.</p>

Libellé	Définition
<p><b>Dépendance iatrogène</b></p>	<p>Elle regroupe les principales causes de décompensation fonctionnelles et/ou psychiques lors de l'hospitalisation pouvant, parfois, aller jusqu'au décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le syndrome d'immobilisation : à l'origine d'une décompensation multi systémique, en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie et une augmentation du taux de ré hospitalisations. Malgré cela, le patient est parfois alité alors que la restriction d'activité n'est pas toujours justifiée médicalement et parfois trop systématique. Les facteurs déclencheurs sont : environnement, organisation des soins et des aides inadaptés, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc. ;</li> <li>• la confusion aiguë : elle augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, de la durée d'hospitalisation et d'entrée en institution. Les facteurs de risque prédisposants sont : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression) ;</li> <li>• la dénutrition : elle est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La dénutrition des personnes âgées est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie ;</li> <li>• les chutes : elles sont source de blessures, de traumatismes, de syndrome post-chute avec la peur de retomber, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital ;</li> <li>• l'incontinence : elle est fréquente et augmente avec l'hospitalisation. Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en soin inadaptés, en particulier le port de protection urinaire, voire de sondage vésical de novo non justifié ;</li> <li>• les effets indésirables des médicaments : 30 à 60% des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables. La iatrogénie médicamenteuse est cause d'hospitalisations en urgence des plus de 75 ans. La polymédication est un facteur de risque de iatrogénie. Les personnes âgées sont davantage exposées à la survenue d'effets indésirables lors de l'utilisation de médicaments à risque (par exemple, ceux favorisant le risque de chutes), notamment ceux à marge thérapeutique étroite, ou d'interactions médicamenteuse en cas de polymédication ;</li> <li>• le risque suicidaire : La dépression est l'une des principales causes de suicide. Or, les dépressions sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les personnes âgées notamment en raison de présentations atypiques. Des outils validés comme la GDS (Geriatric Depression Scale) existent pour dépister la dépression chez la personne âgée. La dépression n'est pas un « signe normal de vieillesse », mais un trouble qui nécessite un traitement. Au cours de la semaine précédant un suicide, les personnes âgées consultent souvent leur médecin de famille. Une précédente tentative de suicide est considérée comme le principal facteur de risque de tentatives de suicide ultérieures. Il est avéré que plus les individus vieillissent, plus le risque qu'une nouvelle tentative de suicide se solde par une issue fatale est élevé.</li> </ul>
<p><b>Directives anticipées</b></p>	<p>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).</p>

Libellé	Définition
<b>Dispositif médical</b>	<p>Un dispositif médical (DM) correspond à tout instrument, appareil, équipement, matière, produit (à l'exception des produits d'origine humaine), y compris les accessoires et logiciels, utilisé seul ou en association, à des fins médicales chez l'homme, et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques.</p> <p>Pour assurer la matériovigilance, le fabricant et les professionnels de santé doivent déclarer sans délai à l'ANSM tous les incidents ou risques d'incidents survenus à la suite de l'utilisation d'un dispositif médical. De même, les utilisateurs (usagers, professionnels de santé, etc.) sont vivement encouragés à déclarer les incidents qu'ils rencontrent à la suite de l'utilisation d'un dispositif médical, y compris lorsque ces incidents résultent d'un mésusage.</p> <p><b>Les dispositifs médicaux implantables</b> Les DM implantables sont destinés à être implantés dans le corps humain ou à remplacer un tissu grâce à une intervention chirurgicale (ex : prothèse de hanche, implant intraoculaire, implant dentaire, stimulateur cardiaque implantable, stent, système de neurostimulation cérébrale, etc.). Le dispositif implanté demeure en place après l'intervention pendant une période d'au moins trente jours.</p> <p><b>Les dispositifs médicaux invasifs</b> Les dispositifs médicaux invasifs pénètrent partiellement ou entièrement à l'intérieur du corps, soit par un orifice du corps, soit à travers la surface du corps (cathéter central, cathéter artériel, cathéter périphérique, sonde urinaire, etc.).</p> <p><b>Les dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles</b> Il s'agit d'un DM prévu pour être utilisé sur un patient à des fins de diagnostic et qui a été soumis à des opérations de retraitement (nettoyage, désinfection) pour être utilisé de nouveau.</p> <p>*ANSM - Ministère de la santé et de l'accès aux soins.</p>
<b>Dispositifs numériques à usage professionnel</b>	<p>Ce sont des outils numériques ayant une finalité médicale (et donc un marquage CE), utilisés dans le cadre de soins courants par des professionnels de santé comme aide au dépistage, aide au diagnostic, aide à la décision médicale et aide à la décision thérapeutique.</p> <p>Quelques exemples :</p> <p>Différents systèmes d'aide au dépistage, au diagnostic et à la décision médicale et thérapeutique existent déjà dans des domaines d'application très variés. Peuvent être cités en exemple les systèmes d'aide à la détection de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nodules pulmonaires ou de la tuberculose à partir de radiographies thoraciques ;</li> <li>• nodules cancéreux à partir de mammographies ;</li> <li>• mélanomes à partir d'image de lésions cutanées ;</li> <li>• fractures osseuses à partir de radiographies ;</li> <li>• rétinopathies diabétiques à partir de fond d'œil ;</li> <li>• polypes lors de coloscopie.</li> </ul> <p>D'autres DMN à usage professionnel peuvent accompagner la précision et réalisation de certains actes, par exemple en aidant au contournage d'une tumeur en vue d'une radiothérapie ou en aidant à l'identification de prescriptions à haut risque iatrogénique pour un patient.</p>

Libellé	Définition
<b>Dispositif ORSAN</b>	<p>Le dispositif ORSAN organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés. Il a vocation à être mis en œuvre de manière exceptionnelle, et principalement au niveau régional. Il comprend 5 volets qui servent à organiser les soins quand l'une des 5 situations susceptibles d'impacter le système de santé survient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI ») ;</li> <li>• prise en charge de nombreux patients à la suite d'un phénomène climatique (« ORSAN CLIM ») ;</li> <li>• gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (« ORSAN EPI-VAC ») ;</li> <li>• prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (« ORSAN BIO ») ;</li> <li>• prise en charge d'un risque NRC (« ORSAN NRC »).</li> </ul> <p>En termes de moyens, il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dans un premier temps de réorganiser l'offre de soins dans les 3 secteurs (secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social) afin de pouvoir réaffecter les ressources au regard des priorités identifiées ;</li> <li>• dans un second temps, de renforcer les moyens locaux (rappel du personnel hospitalier, renforcement de la permanence des soins ambulatoires, ouverture de lits supplémentaires...) ;</li> <li>• si les moyens locaux ne suffisent plus, des moyens nationaux peuvent être déployés, en particulier des professionnels de santé remplaçants, retraités, non exerçants et étudiants (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).</li> </ul>
<b>Dispositifs technologiques innovants</b>	<p>Ce sont des outils sans finalité médicale qui ne répondent pas à la définition des dispositifs médicaux mais peuvent permettre aux établissements d'améliorer leur organisation des soins. Cependant, une attention particulière doit être portée sur les technologies numériques dont le fonctionnement repose sur un système d'intelligence artificielle qui peuvent être directement utilisés par des équipes de soins.</p> <p>Quelques exemples non exhaustifs</p> <p>Les outils technologiques innovants peuvent prendre différentes formes et finalités d'usages. Peuvent notamment être cités en exemple, les outils d'aide à la rédaction de documents médicaux, d'aide à la structuration du dossier médical informatisé ou les logiciels de tri de patients. Les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale tels que définis au sens du L. 162-48 du Code de la sécurité sociale ne rentrent pas dans la catégorie des DMN à usage professionnel visés car il existe un cadre national spécifique pour leur évaluation.</p>
<b>Don d'organes et de tissus</b>	<p>Quand on parle de don d'organes ou de tissus, on fait référence à la volonté de la personne qui va être prélevée.</p> <p>Quand on parle de prélèvement, on fait référence à l'acte médical qui est rendu possible par le don. En France, le prélèvement ne peut pas se faire sur une personne qui était contre le don (Agence de la biomédecine). L'acte de prélèvement ne peut être effectué que dans des établissements autorisés et soumis aux règles de bonnes pratiques correspondantes. Cependant, tous les établissements de santé, autorisés ou non, participent à l'activité de recensement et de prélèvement d'organes en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement.</p> <p>Le donneur est la personne sur laquelle le prélèvement d'organes et/ou de tissus a été effectué.</p>
<b>Dossier médical partagé (DMP)</b>	<p>Dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. Un dossier médical partagé peut être créé pour tout bénéficiaire de l'Assurance maladie après recueil de son consentement exprès ou de celui de son représentant légal. Une fois son dossier créé, le bénéficiaire de l'Assurance maladie en devient le titulaire.</p>

Libellé	Définition
<b>Dossier patient</b>	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.
<b>Dossier de régulation médicale (DRM)</b>	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.
<b>Equipements de protection individuelle</b>	<p>Les équipements de protection individuelle désignent les mesures barrières suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le port de gants ;</li> <li>• la protection du visage (masque/lunettes) ;</li> <li>• la protection de la tenue.</li> </ul> <p>Ces équipements sont utilisés seuls ou en association et protègent les professionnels de santé du risque d'exposition à des micro-organismes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lors des contacts avec les muqueuses, la peau lésée ;</li> <li>• en cas de contact ou risque de contact/projection/aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.</li> </ul>
<b>Electroconvulsivothérapie (ECT)</b>	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).
<b>Entretien prénatal précoce</b>	<p>L'entretien prénatal précoce permet à la femme, dès sa déclaration de grossesse, de rencontrer seule ou en couple une sage-femme ou un médecin, que ce soit en libéral, dans un centre de PMI ou à la maternité. Cet entretien est obligatoire.</p> <p>Il a pour objectif de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ou avec le couple les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que l'environnement social de la grossesse. Il s'agit d'un entretien d'écoute et de partages. Aucun examen physique n'est réalisé.</p> <p>En effet, il ne s'agit pas d'une consultation médicale (ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et article L. 2122-1 du Code de la santé publique).</p>
<b>Entretien postnatal précoce</b>	<p>Pour mieux accompagner les jeunes mères dans les semaines qui suivent la naissance, un entretien postnatal précoce leur est proposé systématiquement depuis 2022. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaine après l'accouchement. L'objectif de cet entretien est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum (état dépressif ou anxieux, fatigue, humeur instable...) ;</li> <li>• d'identifier d'éventuels facteurs de risques qui exposent les parents à cette dépression (isolement, événement stressant...) ;</li> <li>• de prévenir et dépister les situations de vulnérabilités ;</li> <li>• d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du couple en termes d'accompagnement.</li> </ul> <p>Le professionnel de santé peut proposer un 2<sup>e</sup> entretien entre la 10<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> semaine qui suivent l'accouchement, afin de continuer l'accompagnement s'il le juge nécessaire ou à la demande du ou des parents.</p>
<b>Erreur médicamenteuse</b>	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).
<b>Évaluation de la satisfaction des patients</b>	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.
<b>Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)</b>	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.

Libellé	Définition
<b>Évènement indésirable associé aux soins (EIAS)</b>	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 ayant des conséquences potentiellement préjudiciables (définition réglementaire – article R1413-66-1 du CSP).
<b>Évènement porteur de risque (EPR)</b>	EIAS qui n'a pas eu de conséquence ou dont les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) (synonymes : near miss, near hit, close call, échappée belle, presqu'accident, presqu'évènement, etc.). (HAS)
<b>Évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS)</b>	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).
<b>e-Satis</b>	Dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients. Cette mesure est effectuée grâce à des questionnaires nationaux validés par la HAS et adaptés au type de séjour. Concrètement, 2 semaines après sa sortie, le patient reçoit un mail contenant un lien lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne. Il peut y répondre jusqu'à 8 semaines après l'envoi. Les résultats sont restitués aux établissements de santé en temps réel sur la plateforme nationale e-Satis. Ils sont mis à disposition du public sur Qualiscope. Dans le dispositif e-Satis, certains questionnaires mesurent la satisfaction et l'expérience des patients (en MCO – séjour de + 48 h, en chirurgie ambulatoire, en SMR) et certains questionnaires mesurent uniquement l'expérience des patients (PREMs) (en PSY, et questionnaires en développement en maternité et aux urgences).
<b>Excreta</b>	Les excreta, en physiologie, sont définis comme l'ensemble des substances éliminées par l'organisme. Les selles sont le principal réservoir de micro-organismes en particulier les bactéries résistantes aux antibiotiques d'origine digestive et imposent une gestion stricte des excreta pour éliminer la transmission croisée. Les urines et les vomissements peuvent également contenir des micro-organismes à haut potentiel de transmission dont ceux d'origine digestive. Gérer des excreta demande de porter des gants de soins et une protection de la tenue, et pratiquer une hygiène des mains au retrait des gants. En l'absence de sac de recueil à usage unique, les bassins doivent être transportés avec un couvercle et directement déposés pleins dans le lave-bassin, sans manipulation ni rinçage en raison du risque d'aérosolisation et de contamination de l'environnement.
<b>Expérience des patients</b>	Ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours, mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée. Autrement dit, l'expérience, c'est la perception qu'ont les patients de leur vécu tout au long de leur parcours de soins. Elle est influencée par l'ensemble des personnes impliquées et par l'environnement de prise en charge.
<b>Expertise des patients</b>	Ensemble de compétences et savoirs (connaissances, savoir-faire, savoir-dire, savoir-être) construits à partir de leurs expériences (expérience de situation de santé vécue, expérience d'un soin ou d'un accompagnement, de l'usage d'un service, d'un lieu, d'un objet technique). Les savoirs des patients/personnes accompagnées/proches aidants sont progressivement élaborés, notamment via une prise de recul au fil des expériences, et au cours d'échanges avec leurs pairs. <b>Dans la relation individuelle de soins</b> , l'expertise des patients améliore les décisions médicales et les soins. Elle complète l'expertise médicale, soignante et académique. L'expertise acquise par les patients leur permet de participer plus activement à la prise de décision partagée avec leurs médecins, en contribuant à définir leurs objectifs de traitement, à évaluer les avantages et les risques des différentes options et à choisir le plan de soins qui convient le mieux à leur situation. <b>Au niveau collectif</b> , l'expertise des patients améliore l'organisation des soins et les services de soins, la relation entre les personnes soignées ou accompagnées et les professionnels. Dans un établissement, elle peut être mobilisée dans de nombreuses activités : pair-aidance, actions de prévention/sensibilisation de populations, design de biens et de services, de parcours, formation des professionnels, recherche médicale... Les personnes disposant d'une telle « expertise » et qui s'engagent dans le système de santé dans une démarche de partenariat en santé sont désignées le plus souvent sous le terme de « patients partenaires » (ou plus précisément patient partenaire ressource, patient partenaire formateur, patient partenaire chercheur...), même si la terminologie n'est aujourd'hui pas totalement stabilisée (le terme « patient expert » est souvent utilisé en éducation thérapeutique du patient par exemple).

Libellé	Définition
<b>Filières de soins</b>	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.
<b>Friction hydroalcoolique</b>	<p>L'utilisation large des SHA, technique à la fois rapide et efficace, permet la maîtrise du risque de transmission croisée de microorganismes manuportés et contribue ainsi à la diminution du taux d'infections associées aux soins et de la dissémination des bactéries multirésistantes et hautement résistantes émergentes.</p> <p>La friction hydro-alcoolique consiste à appliquer une solution hydro-alcoolique (SHA) sur des mains en apparence propre (sans souillure apparente) pour réduire ou inhiber la croissance de micro-organismes sans recours à une source d'eau externe et sans nécessité de rinçage ou de séchage avec des essuie-mains. Les indications de la friction hydroalcoolique sont avant et après contact avec le patient avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient.</p> <p>Pour accompagner les établissements de santé dans la promotion de l'utilisation des SHA, l'indicateur « consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA) est recueilli dans les secteurs MCO, SMR, HAD, soins de longue durée, dialyse et la radiothérapie. Il permet de mesurer de manière indirecte, la pratique de l'hygiène des mains dans les établissements de santé.</p>
<b>Gestion documentaire</b>	Ensemble de règles générales définissant principalement : le mode d'élaboration et d'évolution des documents ; la gestion de références (documentation source) ; l'élaboration de critères d'identification et de classification ; la rédaction de procédures de vérification, de validation, de mise à disposition des documents ; les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents. Pour mettre en œuvre la gestion documentaire, il convient d'établir une typologie fonctionnelle, de définir le plan de gestion documentaire et de spécifier le système d'information.
<b>Gestion des lits</b>	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.
<b>Groupement hospitalier de territoire (GHT)</b>	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.
<b>Gouvernance</b>	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. Appliquée à la visite de certification, la gouvernance s'entend par direction, présidence du conseil médical et direction des soins.
<b>HOP'EN 2 « Hôpital numérique ouvert sur son environnement »</b>	<p>Le programme HOP'EN 2, action majeure de la Feuille de route 2023-2027 « Mettre le numérique au service de la santé », prend le relais des programmes HOP'EN et SUN-ES pour accompagner la transformation numérique des établissements de santé, et encourager le développement des usages numériques permettant d'améliorer la prise en charge des patients et de simplifier la vie des soignants.</p> <p>Il est complémentaire aux autres dispositifs du numérique en santé portés par le ministère, pour couvrir l'ensemble des dimensions de la transformation numérique du secteur hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement du socle de sécurité SI et de l'identification des utilisateurs avec le programme CaRE et les dispositifs Hospiconnect ;</li> <li>- La mise à jour des logiciels hospitaliers clés impliqués dans le partage des données de santé, avec la vague 2 du Ségur numérique ;</li> <li>- Et enfin, la transformation des pratiques et le développement des usages numériques, avec ce nouveau programme HOPEN 2.</li> </ul>
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Mode d'hospitalisation permettant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Libellé	Définition
<b>Identification des risques</b>	Processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les événements, les conséquences et la probabilité.
<b>Identité nationale de santé et identification secondaire</b>	L'identité nationale de santé (INS) est un référentiel clé de la feuille de route Ma Santé 2022, permettant une identification numérique des patients dans les systèmes d'information. Obligatoire depuis le 1er janvier 2021, elle assure une identification fiable des patients par les professionnels de santé. Couplée à une démarche d'identitovigilance, l'INS améliore la qualité et la sécurité des soins. Des opérations d'identification secondaire, incluant des dispositifs physiques d'identification et des vérifications régulières, garantissent que les soins sont administrés au bon patient.
<b>Identitovigilance</b>	Ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'usager 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)
<b>Indicateur</b>	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.
<b>Interopérabilité (des systèmes d'information)</b>	Capacité que possède un produit ou un système informatique à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes existants ou futurs. C'est, en d'autres mots, la possibilité qu'ont des systèmes à fonctionner ensemble, à « communiquer » entre eux. Pour permettre cette communication, il est donc nécessaire d'utiliser un langage commun. Rendre des systèmes interopérables, c'est en résumé leur permettre de parler un langage commun pour travailler ensemble.
<b>Indicateur de qualité et sécurité des soins (IQSS)</b>	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.
<b>Infections associées aux soins</b>	Une infection associée aux soins (IAS) survient au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative ; elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée dans un établissement de santé. Les IAS les plus courantes sont les infections urinaires, les pneumonies, les infections du site opératoire, les bactériémies. Le malade peut s'infecter avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière. Les micro-organismes peuvent aussi avoir pour origine les autres malades (transmission croisée), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier.
<b>Infirmier organisateur de l'accueil (IOA)</b>	L'infirmier(ère) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) a comme principales missions d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, de définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, puis, en fonction de ces derniers, de décider du lieu de soins adapté. À ce moment-là, la gravité du problème de santé est définie à l'aide d'une échelle de tri validée. L'IOA est responsable de l'évaluation initiale de chaque patient qui se présente dans un service d'urgence. Ses actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de leurs accompagnants, ce dès l'accueil. Ainsi, il est essentiel d'avoir recours au triage lorsque le flux dépasse la capacité de prise en charge immédiate. L'infirmier d'accueil peut, à tout moment, s'il en a besoin, demander l'avis ou l'aide d'un(e) autre infirmier(ère) et d'un médecin urgentiste.
<b>Leadership</b>	Le leadership est un mécanisme de fonctionnement par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun. Le leadership est indissociable du management dans sa capacité à mobiliser et fédérer les professionnels autour d'objectifs partagés dont celui, prioritaire, de la qualité et de la sécurité des soins. Si le management doit faire preuve de leadership, il doit aussi créer les conditions d'un leadership largement partagé dans le respect de chacun. Ainsi, le leadership doit se retrouver à tous les niveaux de l'établissement et agir au niveau de l'équipe, c'est-à-dire au plus près du terrain, là où les actions se mettent en œuvre. Le leadership crée les conditions de leur déploiement et de leur pérennisation en reconnaissant et valorisant des professionnels, ainsi qu'en soutenant des démarches d'amélioration du travail en équipe et de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail.
<b>Lettre de sortie ou lettre de liaison</b>	Elément 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.
<b>Maîtrise du risque</b>	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.

Libellé	Définition
<b>Maltraitance</b>	<p>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.</p>
<b>Management de la qualité</b>	<p>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.</p>
<b>Management des risques</b>	<p>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.</p>
<b>Maquette organisationnelle</b>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le calcul de l'obligation annuelle de travail (par catégories de personnels : de jour, de nuit, en horaires variables, en horaires fixes) ;</li> <li>• les modalités de calcul des effectifs requis (intégrant selon les variations prévisibles d'activité) et équivalents temps plein (ETP) disponibles ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• les périmètres d'intervention (par exemple, le pôle) et dans chaque périmètre :</li> <li>• 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,</li> <li>• 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).</li> </ul>
<b>Médicament humain à usage</b>	<p>Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier ses fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.</p> <p>Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve. (Code de la santé publique).</p>
<b>Médicaments dérivés du sang (MDS)</b>	<p><b>Les médicaments dérivés du sang</b> sont des médicaments à base de sang ou de composants de sang préparés industriellement. Il s'agit notamment de l'albumine, des facteurs de coagulation ou encore des immunoglobulines d'origine humaine.</p> <p>Les médicaments dérivés du sang diffèrent des produits sanguins quant à la réglementation qui leur est applicable.</p> <p>Préalablement à leur commercialisation, ces produits doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché ou encore respecter des règles spécifiques concernant la publicité.</p>
<b>Obstination déraisonnable</b>	<p>« Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 [de prévention, d'investigation, de traitement et de soins] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire » (article L. 1110-5-1 du CSP). La LATA (limitation ou arrêt des thérapeutiques actives) vise à éviter l'obstination déraisonnable. Elle peut être demandée par le patient ou le professionnel de santé si le patient ne peut exprimer sa volonté. La décision doit être basée sur les directives anticipées, le témoignage de la personne de confiance ou des proches, et nécessite une procédure collégiale. Elle doit être motivée et consignée dans le dossier médical.</p>
<b>Parties prenantes (ou parties intéressées)</b>	<p>Dans tous les cas, la partie prenante est représentative d'un intérêt associatif, économique ou professionnel. Sont ainsi reconnus comme parties prenantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au titre des intérêts associatifs : les associations de patients ;</li> <li>• au titre des intérêts économiques : tout acteur économique dans le domaine des produits de santé ;</li> <li>• au titre des intérêts professionnels : les sociétés savantes, les syndicats professionnels, les collèges de spécialité, les conseils nationaux des professions de santé, qui regroupent tout ou partie des trois catégories précédentes.</li> </ul>

Libellé	Définition
<b>Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)</b>	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.
<b>Parcours de soins</b>	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.
<b>Parentalité</b>	<p>La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant (ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012).</p> <p>Le projet de parentalité correspond au projet de devenir parent. Il correspond à l'expression du projet auprès des professionnels de santé avant même le début de la grossesse. À la différence du projet de naissance, qui est formalisé au décours de la grossesse.</p>
<b>Patient Reported Experience Measures (PREMS)</b>	<p>« Mesures de l'expérience rapportées par les patients ».</p> <p>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.</p>
<b>Patient Reported Outcome Measures (PROMS)</b>	<p>« Mesures de résultats rapportés par les patients ».</p> <p>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.</p>
<b>Personne en situation de vulnérabilité</b>	<p>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.</p>
<b>Personnes âgées</b>	<p>La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie, même si la limite communément admise est 75 ans. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes.</p> <p>Les personnes âgées constituent une population :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spécifique en raison de la fréquence de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de la prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et du risque de perte d'autonomie et de dépendance ;</li> <li>• hétérogène, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.</li> </ul> <p>Dans le référentiel de certification, un patient est considéré comme âgé s'il a plus de 75 ans.</p>

Libellé	Définition
<b>Personne de confiance</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
<b>Pertinence des soins (revue de)</b>	<p>Méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.</p>
<b>Plan blanc</b>	<p>Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise, dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle (tensions majeures sur les urgences et le capacitaire, cyber-attaque, épidémies, inondations, accident exceptionnel, panne électrique...). Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département, ou à la demande de ce dernier. Le Directeur Général de l'ARS peut aussi déclencher le plan blanc au niveau territorial, départemental ou régional (après avis des établissements et du GHT lorsque que ceux-ci sont concernés).</p> <p>Le Plan Blanc intègre les orientations du schéma ORSAN et recense les moyens des établissements de santé susceptibles d'être mobilisés. Il définit les conditions de leur emploi et prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut-être maintenu sur place ou, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie. Les étapes de mobilisation des moyens humains et matériels sont déclinées de façon graduées et sectorielles. Enfin, le plan blanc précise que chaque établissement de santé doit se doter d'une cellule de crise opérationnelle chargée de gérer l'alerte, ou encore la crise, pilotée par le chef d'établissement ou son représentant. (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).</p>
<b>Plan de prévention</b>	<p>Démarche de prévention globale qui permet de repérer les facteurs de risque propres à chaque activité et qui implique de mettre en place des moyens de prévention adaptés. Il s'applique aux professionnels travaillant en établissement de soins (hôpital ou clinique) qui sont potentiellement exposés à des risques infectieux, à des produits chimiques, aux risques physiques, aux risques psychosociaux (RPS), aux troubles musculosquelettiques (TMS).</p>
<b>Politique qualité</b>	<p>Orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit.</p> <p>La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires.</p>
<b>Pratique avancée</b>	<p>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.</p>
<b>Précautions complémentaires</b>	<p>Mesures d'hygiènes 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).</p>
<b>Précautions standards</b>	<p>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).</p>

Libellé	Définition
<b>Prévention</b>	Ensemble des moyens médicaux, médico-sociaux et sanitaires destinés à prévenir la survenue d'une maladie (prévention primaire) ou à en empêcher la propagation (prévention secondaire).
<b>Précarité sociale</b>	Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et <b>sociales</b> , et de jouir de leurs droits fondamentaux. (Conseil économique, social et environnemental).
<b>Procédure</b>	Manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus.
<b>Processus</b>	Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie.
<b>Produits sanguins labiles</b>	<p>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.</p> <p>Parmi ces produits, on distingue les produits autologues, destinés au donneur lui-même, des produits homologues, destinés à une autre personne que le donneur.</p> <p>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.</p>
<b>Produits de santé</b>	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.
<b>Projet personnalisé de soins (PPS)</b>	Un projet de soins est un plan d'action créé par une équipe soignante pluridisciplinaire en collaboration avec le patient et sa famille. Il inclut une approche diagnostique et une stratégie thérapeutique, visant à offrir des soins de qualité, adaptés et centrés sur le patient, en tenant compte des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et spirituels. Ce projet est dynamique et évolue selon l'état de santé et les besoins du patient. Il comprend la formulation d'objectifs, la détermination des interventions et l'évaluation des actions, tout en respectant les bonnes pratiques pour éviter l'errance diagnostique.
<b>Projet de naissance</b>	Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés. Il s'agit d'un outil de communication. Ce document est idéalement élaboré bien en amont du terme, dans un dialogue continu avec les professionnels qui accompagnent la grossesse et l'accouchement. Ce processus de préparation doit permettre à la femme (ou au couple) d'identifier ce qu'elle souhaite partager avec l'équipe qui la recevra, quant à ses forces, ses vulnérabilités et ses besoins. Ce projet de naissance permet également à l'équipe qui accueillera la femme d'avoir une vision globale de ce qui est important pour le couple. Ces informations permettront aux professionnels d'aller à l'essentiel pour établir rapidement un contact personnalisé (HAS – CNGOF, 2023).
<b>Projet régional de santé (PRS)</b>	Le PRS est l'ensemble des priorités que l'agence régionale de santé met en œuvre avec ses partenaires pour améliorer l'état de santé des habitants de la région, favoriser au quotidien leur accès à la santé, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
<b>Projet territorial de santé mentale (PTSM)</b>	Instauré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (Art.69), le PTSM est un outil visant à améliorer l'accès, la qualité et la coordination des parcours en santé mentale sur chaque territoire. Construit collectivement par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire, le PTSM a pour ambition d'organiser le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration du diagnostic, l'accès aux soins et aux accompagnements, en s'appuyant sur les données actualisées de la science et les bonnes pratiques professionnelles.
<b>Qualité de vie au travail (QVT)</b>	La qualité de vie au travail agit très directement sur la qualité et sécurité des soins. La démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail désigne et regroupe les actions qui permettent de concilier l'amélioration de l'environnement et les conditions de travail (intégrant la santé et la sécurité) et la performance globale de l'établissement. Cette démarche regroupe toutes les actions permettant d'améliorer les conditions d'exercice du travail : organisation du travail, sens donné à celui-ci, accompagnement des professionnels dans l'évolution des organisations, écoute et valorisation de l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes, soutien au travail en équipe.

Libellé	Définition
<b>Radiologie interventionnelle</b>	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).
<b>Radioprotection</b>	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).
<b>Radiothérapie</b>	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).
<b>Radiodiagnostic médical</b>	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'examens (radiographie du thorax, scanner thoraco-abdomino-pelvien...).
<b>Rayonnement ionisant</b>	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).
<b>Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles)</b>	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...
<b>Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)</b>	Ensemble de mesures (avant, pendant et après une intervention chirurgicale) visant à minimiser le traumatisme subi par le patient et donc accélérer sa récupération à la fois sur le plan général et sur la fonction de la partie opérée. Elle entre dans la catégorie des prises en charge innovantes. L'objectif principal est de permettre au patient de reprendre le plus vite possible ses activités quotidiennes et donc de se rétablir plus rapidement.
<b>Référentiel</b>	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.
<b>Régulation médicale</b>	<p>La régulation médicale est assurée par des médecins régulateurs hospitaliers ou libéraux, en collaboration étroite avec des assistants de régulation médicale (ARM), premiers interlocuteurs des appellants. L'objectif de cette régulation est de proposer une réponse proportionnée à la situation : déclenchement de moyens de secours, initiation des gestes d'urgence, orientation vers une filière de soins adaptés, conseil médical (HAS).</p> <p>Dans le cadre de cette mission, le SAMU peut faire intervenir, sous sa régulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ;</li> <li>• les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ;</li> <li>• les transporteurs sanitaires privés ;</li> <li>• les médecins et paramédicaux libéraux ;</li> <li>• tout autre moyen médical existant sur le territoire (accès aux maisons de santé...).</li> </ul> <p>La participation des moyens privés, sous la responsabilité de la régulation médicale du SAMU, est déterminée par convention (Code de la santé publique).</p>
<b>Réhabilitation psychosociale</b>	<p>Ensemble d'approches visant à favoriser le rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques. Elle s'inscrit dans une logique de soins orientée vers l'autonomie, la qualité de vie, et la participation active du patient à son parcours. Elle intervient sur plusieurs dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique : accompagnement des symptômes et adaptation du traitement,</li> <li>• Fonctionnelle : soutien des capacités cognitives, relationnelles, et de l'autonomie dans la vie quotidienne,</li> <li>• Sociale : accès au logement, à la formation, à l'emploi, à la citoyenneté.</li> </ul> <p>La réhabilitation repose sur des outils validés (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, job coaching, etc.) et mobilise souvent une approche pluridisciplinaire avec la participation possible de « pair-aidant ».</p>

Libellé	Définition
<b>Répertoire opérationnel des ressources (ROR)</b>	Outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social et, à terme, du social.
<b>Représentant des usagers</b>	<p>Les représentants des usagers du système de santé défendent et incarnent les principes de la démocratie en santé.</p> <p>Les RU siégeant au sein des instances hospitalières (publiques et privées) sont des membres d'associations agréées du système de santé désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé (article L1114-1et R1112-81 du code de la santé publique).</p> <p>La mission principale du RU est de s'assurer que les besoins et les préoccupations des usagers soient pris en compte dans la planification, la prestation et l'évaluation des services de santé, contribuant ainsi à promouvoir une approche centrée sur le patient et à garantir la qualité des soins.</p> <p>Ainsi, les missions des RU se déclinent en quatre grands chapitres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecoute, soutien et recours pour les usagers,</li> <li>- Intermédiaire entre l'usager et la direction,</li> <li>- Partenaire de l'Ets/ structure et force de proposition dans tous les domaines qui impactent la qualité de prise en soin, de prise en charge, de prise en compte de l'usager (formation aux droits des usagers, implication dans les projets d'établissement, de services, de communication, participation aux projets architecturaux etc.)</li> <li>- Acteur essentiel et moteur de la CDU</li> </ul> <p>Dans le cadre de la commission des usagers, ils ont pour rôle de veiller à la fois au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration qualitative du système de santé, spécifiquement du système de soins.</p> <p>A ce double titre, la commission des usagers, plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- examine les plaintes et réclamations adressées à l'établissement ainsi que les réponses qui y sont apportées en veillant à ce que toute personne soit informée des voies de recours et de médiation dont elle dispose</li> <li>- est destinataire d'une synthèse des questionnaires de sortie ainsi que des enquêtes de satisfaction réalisées par l'établissement</li> <li>- bénéficie d'une présentation des événements indésirables graves survenus dans l'établissement et des actions menées par l'établissement pour y remédier et empêcher leur répétition</li> <li>- est associée à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement et peut émettre des propositions sur ces sujets</li> <li>- produit chaque année un rapport annuel transmis aux instances de l'établissement et à l'agence régionale de santé</li> <li>- peut proposer un projet des usagers (intégré au Projet d'Etablissement) visant à répondre aux besoins et attentes des usagers en matière d'accueil, de qualité et de sécurité de leur prise en charge ainsi que de respect de leurs droits</li> <li>- peut contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'amélioration continue des services en tenant compte des retours d'expérience des patients</li> <li>- participe à la démarche de certification de l'établissement et au suivi des actions en découlant.</li> </ul>
<b>Retours d'expérience (REX)</b>	Démarche visant à détecter et analyser les anomalies, les écarts et tout évènement, qu'il soit positif ou négatif, en recherchant les causes et les enchaînements et en retirant des enseignements.
<b>Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)</b>	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.
<b>Revue de mortalité (RMM)</b>	Analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Libellé	Définition
<b>Revues de pertinence</b>	<p>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.</p>
<b>Risque</b>	<p>Prend en compte deux éléments tels que la probabilité que survienne un élément dangereux et la sévérité de ses conséquences.</p>
<b>Service d'aide médicale urgente (SAMU)</b>	<p>Le SAMU est un service hospitalier chargé d'assurer une réponse sanitaire, notamment médicale, aux situations d'urgence. Il s'appuie sur un centre de réception et de régulation des appels (CRRA), accessible 24 h/24 via le numéro 15, pour répondre aux besoins de la population en soins urgents (Code de la santé publique).</p> <p>Les SAMU participent à la prise en charge sanitaire des victimes impliquées dans une situation exceptionnelle, suivant les plans d'organisation des secours définis. Ils assurent aussi la régulation médicale des situations d'urgence (Code de la santé publique).</p>
<b>Service d'accès aux soins (SAS)</b>	<p>Le SAS est un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible par le numéro 15. En cas d'indisponibilité du médecin traitant, l'appelant peut accéder à distance à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil médical, lui proposer une téléconsultation ou orienter le patient vers une consultation de soins non programmés en cabinet, en maison ou centre de santé, ou vers un service des urgences en cas de besoin. Ou encore, déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire.</p> <p>Ainsi, le 15 évolue : réservé jusqu'alors aux urgences médicales, il devient aussi le numéro du service d'accès aux soins.</p>
<b>Service d'accueil des urgences (SAU)</b>	<p>Un service d'accueil des urgences (SAU) est un service hospitalier dédié à la prise en charge immédiate des patients nécessitant des soins médicaux non programmés, en raison d'un accident, d'une maladie soudaine ou d'une aggravation de leur état de santé. Fonctionnant 24 h/24 et 7 j/7, il est équipé pour évaluer, traiter et orienter les patients selon la gravité de leur état. Certains nécessitent une prise en charge rapide, voire une hospitalisation, tandis que d'autres peuvent être réorientés vers la médecine de ville. Le SAU peut être intégré à un établissement public ou privé, et travaille en collaboration avec le SAMU/SMUR pour la gestion des urgences vitales.</p> <p>Le service dispose de locaux distribués en trois zones :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1° une zone d'accueil et d'orientation ;</li> <li>2° une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchocage ;</li> <li>3° une zone de surveillance de très courte durée comportant trois à cinq boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an au service, permettant une observation rapide des patients avant décision de sortie ou d'admission (Code de la santé publique).</li> </ul>
<b>Soin écoresponsable</b>	<p>Soin qui, à qualité et sécurité égales pour le patient, est moins impactant pour l'environnement. (Ameli).</p>
<b>Structure des urgences (SU)</b>	<p>Les structures des urgences sont des services hospitaliers chargés d'assurer, 24 h/24 et sans sélection préalable, l'accueil, l'évaluation, la prise en charge initiale et l'orientation des patients, adultes et enfants, se présentant pour une situation perçue comme urgente. Leur mission est d'apporter une réponse rapide, adaptée à la gravité de l'état de santé, tout en assurant la sécurité et la continuité des soins.</p> <p>Elles comprennent les services d'accueil des urgences (SAU) et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).</p>

Libellé	Définition
<b>Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)</b>	<p>Les SMUR sont des unités rattachées à un établissement de santé autorisé à exercer la médecine d'urgence. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les SMUR ont pour mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'assurer, en permanence, en tous lieux, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation, principalement en dehors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée.</li> </ul> <p>Le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient est ensuite décidé, selon son état, vers un établissement de santé (« transport primaire ») ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une surveillance et/ou des soins médicaux pendant le trajet (« transport secondaire »).</li> </ul> <p>Pour l'exercice de ces missions, on distingue la structure mobile d'urgence et de réanimation comprenant un médecin, un infirmier et un ambulancier et celle constituée d'une équipe réduite (ambulancier et infirmier). C'est le médecin régulateur du SAMU qui, selon l'état du patient et les équipes déjà engagées, déclenche les moyens de secours proportionnés et adaptés à la situation.</p> <p>Les SMUR interviennent à l'aide d'unités mobiles hospitalières (UMH), véhicules spécialement dotés d'un matériel de réanimation complet pour assurer les soins médicaux et de réanimation nécessaires (Code de la santé publique).</p> <p>Des SMUR pédiatriques existent pour la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris des nouveau-nés et des nourrissons.</p> <p>Les SMUR peuvent disposer d'antennes, c'est-à-dire d'implantations délocalisées, fonctionnant de manière continue ou discontinue et être installées de façon permanente ou saisonnière, afin de répondre à un besoin (maillage du territoire, prise en charge des urgences vitales). L'existence de ces antennes est réglementée (Code de la santé publique – SFMU-SUDF).</p>
<b>Secteurs d'activité</b>	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.
<b>Sécurité</b>	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.
<b>Signalement d'événements indésirables</b>	Action par laquelle tout incident ou évènement 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.
<b>Simulation en santé</b>	<p>La simulation en santé est une méthode de formation. Elle permet aussi de réaliser une action d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques. Elle correspond « à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ». Elle est basée sur l'utilisation de scénarios, plus ou moins complexes, qui utilisent une technique de simulation pour permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'entraînement à des gestes techniques (usuels ou exceptionnels) ;</li> <li>• la mise en œuvre de procédures (individuelles ou en équipe) ;</li> <li>• l'entraînement au raisonnement clinique diagnostique et/ou thérapeutique ;</li> <li>• la gestion des comportements (mise en situation professionnelle, travail en équipe, communication, etc.) ;</li> <li>• la gestion des risques (reproduction d'évènements indésirables, capacité à faire face à des situations exceptionnelles, etc.) ;</li> <li>• les techniques de simulation choisies doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques identifiés.</li> </ul> <p>Définition « Guide simulation en santé » HAS 2019.</p>
<b>Situation sanitaire exceptionnelle</b>	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.
<b>Situation de crise</b>	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, évènement catastrophique).

Libellé	Définition
<b>Soins critiques</b>	<p>L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance (ventilation artificielle, dialyse, oxygénation du sang par circulation extracorporelle (ECMO...) (décret n° 2022-690 du 26 avril 2022).</p>
<b>Soins de réhabilitation psychosociale</b>	<p>Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.</p>
<b>Sortie précoce de la maternité</b>	<p>Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ;</li> <li>• au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.</li> </ul> <p>Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;</li> <li>• délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;</li> <li>• maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;</li> <li>• utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.</li> </ul> <p>La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse ;</li> <li>• de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne</li> </ul>
<b>Syndrome post-réanimation</b>	<p>Le PICS (post-intensive care syndrome) ou syndrome post-réanimation désigne un ensemble de symptômes divers apparaissant dans les 12 mois après l'hospitalisation en réanimation, voire au-delà. Ils perdurent plusieurs mois, voire plusieurs années après la sortie de réanimation et ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients, sur leur autonomie et sur leur réinsertion sociale et professionnelle. Le PICS regroupe des symptômes divers, fréquemment associés entre eux, qui peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• physiques : atteintes neuromusculaires (faiblesse musculaire acquise en réanimation), ORL, pulmonaires, rénales, ostéoarticulaires ou encore cutanées ;</li> <li>• psychologiques/psychiatriques : trouble anxieux, dépressif ou de stress post-traumatique ;</li> <li>• cognitifs : incluant principalement des difficultés de mémorisation, de concentration, d'attention et des dysfonctionnements exécutifs. (HAS, 2023).</li> </ul> <p>Le syndrome post-réanimation en pédiatrie (PICS-P) peut avoir des répercussions sur les enfants, mais aussi sur leurs familles.</p> <p>Au sein des unités de réanimation néonatale, soins intensifs de néonatalogie et de néonatalogie, les soins de développement mis en place participent à la prévention de l'apparition du syndrome post-réanimation de l'enfant.</p>
<b>Tableau de bord</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Tension hospitalière</b>	<p>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.</p>
<b>Traçabilité</b>	<p>Possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.</p>

Libellé	Définition
<b>Transition</b>	<p>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)</p>
<b>Télésanté</b>	<p>Regroupe l'ensemble des activités (soin, consultation, etc..) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique.</p> <p>La télésanté est composée de 2 domaines d'activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la télémédecine</li> <li>- le télésoin (Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)</li> </ul>
<b>Télésoin</b>	<p>« Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.</p> <p>Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code. » (Article L6316-2 du CSP).</p> <p>Les professions de santé pouvant réaliser une activité de télésoin sont les pharmaciens et les auxiliaires médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Audioprothésistes</li> <li>- Diététiciens</li> <li>- Épithésistes</li> <li>- Ergothérapeutes</li> <li>- Infirmiers</li> <li>- Manipulateurs d'électroradiologie médicale</li> <li>- Masseurs-kinésithérapeutes</li> <li>- Ocularistes</li> <li>- Opticiens-lunetiers</li> <li>- Orthopédistes-orthésistes</li> <li>- Orthophonistes</li> <li>- Orthoprothésistes</li> <li>- Orthoptistes</li> <li>- Pédicures-podologues</li> <li>- Pharmaciens</li> <li>- Podo-orthésistes</li> <li>- Psychomotriciens</li> <li>- Techniciens de laboratoire médical</li> </ul>
<b>Télémédecine</b>	<p>« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »</p> <p>Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. » (Article L6316-1 du CSP).</p> <p>Les professions médicales pouvant réaliser des actes de télémédecine sont au nombre de trois : chirurgien-dentiste, médecin et sage-femme.</p> <p>5 actes de télémédecine</p> <p>« Relèvent de la télémédecine définie à l'article L6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Constituent des actes de télémédecine :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues (...) peuvent également être présents auprès du patient ;</li> <li>2° La télécriture, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;</li> <li>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;</li> <li>4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;</li> <li>5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale (...). » (Article R6316-1 du CSP).</li> </ol>

Libellé	Définition
<b>Téléconsultation</b>	Acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues (...) peuvent également être présents auprès du patient.
<b>Téléexpertise</b>	Acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
<b>Télésurveillance médicale</b>	Acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
<b>Travail en équipe</b>	L'équipe a une fonction essentielle au point de vue de la qualité et de la sécurité des soins. L'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin. L'équipe permet de décliner, sur le terrain, la politique qualité-sécurité des soins de l'établissement. La démarche de travail en équipe mobilise l'expérience des équipes sur leur travail et son organisation pour concevoir et mettre en œuvre des améliorations concrètes, qui peuvent prendre la forme d'innovations organisationnelles simples mais qui agissent très directement et positivement sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins.
<b>Urgence relative</b>	L'urgence relative nécessite une prise en charge, mais sans que le facteur temps soit prédominant. La vie du patient n'est pas en danger imminent. Cette urgence relative est le reflet d'une évaluation à un instant T et peut évoluer à tout moment. En effet, l'état du malade peut se dégrader brutalement et passer en urgence vitale. Ainsi, l'urgence relative nécessite une surveillance régulière de l'état clinique du patient.
<b>Urgence vitale</b>	La situation de détresse (hémorragie sévère, asthme grave, obstruction des voies aériennes supérieures, réaction allergique grave, cardiopathies avec arrêts cardiaques, tachycardie ou bradycardie profondes...) où la vie du patient est en danger imminent faute de soins rapides et adaptés. Les détresses vitales sont définies sur le plan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• neurologique : coma : le patient ne répond pas aux stimulations douloureuses ;</li> <li>• respiratoire : arrêt respiratoire, respiration anormale en fréquence ou en amplitude, obstruction des voies aériennes supérieures : impossibilité de parler, patient bouche ouverte, porte les mains à son cou ;</li> <li>• circulatoire : pression artérielle imprenable, pouls proximal non perçu.</li> </ul> <p>Les professionnels peuvent expliquer la manière dont l'équipe est organisée pour faire face à l'urgence vitale dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'étouffement : en cas d'étouffement, il faut agir vite avec des claques dans le dos de la personne, voire des compressions abdominales ;</li> <li>• le saignement : lorsque le sang gicle ou coule de façon continue, il convient d'exercer une pression sur la plaie afin d'arrêter le saignement ;</li> <li>• l'inconscience : si la personne est inconsciente, et que sa poitrine se soulève régulièrement, il importe de libérer ses voies aériennes et de la placer en position latérale de sécurité ; une réanimation cardiopulmonaire est nécessaire ;</li> <li>• l'arrêt cardiaque : si la personne est inconsciente et ne respire pas normalement, il faut effectuer des compressions thoraciques et des insufflations. La réanimation doit se poursuivre jusqu'à la reprise d'une respiration normale ou l'arrivée des secours ;</li> <li>• le malaise cardiaque : un malaise cardiaque se manifeste par une douleur qui serre la poitrine. La personne peut aussi présenter d'autres signes comme des difficultés respiratoires, des sueurs, des nausées... Il est indispensable de questionner la personne pour que le SAMU puisse juger du degré d'urgence (fiche « Réagir en cas d'urgence médicale » du ministère de la Santé).</li> </ul>
<b>Unité de réanimation</b>	L'unité de réanimation a pour mission fondamentale la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé en raison de défaillances viscérales aiguës potentiellement réversibles et dont les causes sont souvent multiples. Cette prise en charge nécessite donc une organisation transversale et multidisciplinaire et l'accès au sein de l'établissement de santé à de multiples compétences et techniques de diagnostic, de surveillance et de traitement (SRLF). Les causes de défaillance d'une fonction vitale sont multiples par exemple lors d'une infection grave (choc septique), d'une intoxication médicamenteuse, d'un polytraumatisme, d'un coma, d'une insuffisance rénale aiguë, d'une insuffisance respiratoire aiguë, après un arrêt cardiaque ou encore en post-opératoire d'une chirurgie majeure comme la chirurgie cardiaque ou digestive (SFAR). Il existe des unités de réanimation adultes, pédiatriques, néonatales. L'unité de réanimation pédiatrique assure la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans.

Libellé	Définition
<b>Unité de soins intensifs</b>	<p>Les unités de soins intensifs peuvent être polyvalentes ou de spécialité.</p> <p>Les unités de soins intensifs polyvalents prennent en charge les patients avec des défaillances aiguës menaçant leur pronostic vital ou fonctionnel, nécessitant parfois une suppléance temporaire. Si la défaillance nécessite une suppléance d'organe, le patient est transféré en réanimation. Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques assurent la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans. L'unité de soins intensifs peut aussi être spécialisée en cardiologie neurologie vasculaire hématologie.</p> <p>Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques assurent la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans.</p> <p>Les unités de « soins intensifs polyvalents dérogatoires » (en lien avec l'autorisation) ne sont pas directement accolées à une unité de réanimation mais les établissements doivent avoir formalisé une convention avec une unité de réanimation référente en cas de besoin de transfert.</p> <p>Les unités de soins intensifs peuvent être spécialisées : en cardiologie (USIC), neurologie vasculaire (USINV), hématologie (USIH) par exemple.</p>
<b>Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)</b>	<p>L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) peut être intégrée ou attenante au SAU. Elle est destinée à accueillir, pour une durée &lt; 24 heures, des patients nécessitant une surveillance clinique ou des soins complémentaires après leur prise en charge initiale, avant de décider de l'orientation définitive du patient (retour à domicile ou hospitalisation) (SFMU).</p>
<b>Vigilances réglementaires sanitaires</b>	<p>Concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, addicto-, hémato-, matériaux, bio-, cosmétiques, 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.</p> <p>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.</p>
<b>Zone contrôlée d'atmosphère</b>	<p>Zone dont le contrôle de la contamination particulaire et microbienne dans l'environnement est défini et qui est construite et utilisée de façon à réduire l'introduction, la multiplication ou la persistance de substances contaminantes.</p>

# Remerciements

---

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

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

## Membres du Collège de la Haute Autorité de santé

Pr Lionel Collet, président de la Haute Autorité de santé

M<sup>me</sup> Karine Chevreuil

M<sup>me</sup> Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

Pr Pierre Cochat

M<sup>me</sup> Claire Compagnon

Pr Anne-Claude Crémieux

Dr Jean-Yves Grall

M. Christian Saout

## Comité de pilotage de la certification

M<sup>me</sup> Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé

Mme Corinne Collignon, cheffe du service, mission numérique en santé

M<sup>me</sup> Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé

M<sup>me</sup> Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé

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

Dr Pierre Gabach, adjoint à la directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité et chef de service évaluation des pratiques jusqu'à octobre 2024

M<sup>me</sup> Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

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

Dr Amélie Lansiaux, directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

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

Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins

Dr Morgane Lebail, cheffe du service évaluation des pratiques depuis octobre 2024

Mme Christine Vincent, secrétaire générale

## Remerciements

### Commission de certification des établissements de santé

Mme Catherine Geindre, présidente de la commission de certification des établissements de santé

M. Pascal Bonafini, directeur, clinique mutualiste de Grenoble

Dr Laurence Bozec Le Moal, oncologue, institut Curie – hôpital René-Huguenin

Dr Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia

Dr Enrique Casalino, directeur médical, GH Paris Nord de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Mme Chantal Cateau, représentante des usagers, union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val-de-Loire, association Le Lien

Mme Marie Citrini, représentante des usagers

Dr Anne Curan, directrice du service de santé universitaire de Cergy

Mme Olivia Deschamp, directrice générale adjointe UGECAM Nord Est

Dr Christian Favier, médecin anesthésiste réanimateur, CHU de Nice

Dr Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin

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

Dr Hassan Hida, pharmacien, centre hospitalier de Valence

Mme Jeanne Loyher, directrice générale des sociétés de dialyse Océan Indien, groupe Clinifutur

Mme Fabienne Marion, coordinatrice des soins, centre hospitalier universitaire de Nîmes

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

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

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

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

Dr. Élisabeth Sheppard, psychiatre, centre hospitalier Guillaume Régnier

Mme Michèle Torres, directrice des soins, secteur privé

## Remerciements

### Groupe de travail thématiques

M<sup>me</sup> Isabelle Alquier, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

Dr. Thomas Baum, pharmacien, centre hospitalier de Lunéville

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

M<sup>me</sup> Meriem Bejaoui, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M<sup>me</sup> Anne Benceteux, cadre supérieure de santé, ARS Val de Loire

M<sup>me</sup> Izia Berger, référente régionale en identitovigilance, GRADeS e-santé Centre-Val de Loire

D<sup>r</sup> Emmanuel Bolzinger, gynécologue-obstétricien, hôpital privé Natecia

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

M<sup>me</sup> Zoé Boudry référente régionale en identitovigilance, GRADeS Hauts-de-France, M. Philippe Boulogne, directeur adjoint, hôpital Foch

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

M<sup>me</sup> Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M<sup>me</sup> Mathilde Bruneau, cheffe de projet, service de l'engagement des usagers, HAS

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

D<sup>r</sup> Enrique Casalino, directeur médical, GH Paris Nord de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

M<sup>me</sup> Chantal Cateau représentante des usagers, union régionale des associations agréées du système de santé Centre-Val-de-Loire, association Le Lien

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

M<sup>me</sup> Élodie Chaudron, directrice de programme, Agence du numérique en santé

M<sup>me</sup> Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS

M<sup>me</sup> Marie Citrini, représentante des usagers

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

M<sup>me</sup> Marie Cosniel, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M<sup>me</sup> Ghislaine Couespel, assistante, service de certification des établissements de santé, HAS

M<sup>me</sup> Anne Curan, directrice du service de santé universitaire de Cergy

M<sup>me</sup> Olivia Deschamps, directrice générale adjointe UGECAM Nord-Est

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

M<sup>me</sup> Claire Devienne, médecin référente en AMP, direction procréation embryologie génétique humaines, Agence de biomédecine

M<sup>me</sup> Camille Devroedt, experte immobilier et développement durable, Agence nationale d'appui à la performance, pôle DD

M<sup>me</sup> Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

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

M<sup>me</sup> Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D<sup>r</sup> Valérie Ertel-Pau, adjointe à la cheffe de service, service des bonnes pratiques, HAS

D<sup>r</sup> Mounir El-Mhamdi, chef de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

D<sup>r</sup> Jean-Marc Fauchoux, praticien hospitalier, centre hospitalier d'Agen – Nérac, Fédération hospitalière de France

D<sup>r</sup> Christian Favier, médecin anesthésiste réanimateur, centre hospitalier universitaire de Nice

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

M<sup>me</sup> Betty Fumel, référente régionale en identitovigilance, GRADeS ESEA de Nouvelle Aquitaine

D<sup>r</sup> Pierre Gabach, directeur adjoint, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

M<sup>me</sup> Marie Gloanec, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

M<sup>me</sup> Soizick Gouy, référente régionale en identitovigilance, GRADeS e-santé Pays de la Loire

D<sup>r</sup> Amandine Grain, pharmacienne, centre hospitalier de Saint-Marcellin

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

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

D<sup>r</sup> Ghada Hatem (EV), gynécologue-obstétricienne, secteur public

M<sup>me</sup> Vanessa Hernando, cheffe de projet, mission numérique en santé, HAS

D<sup>r</sup> Hassan Hida, pharmacien, centre hospitalier de Valence

M<sup>me</sup> Marie Huet, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M<sup>me</sup> Isabelle Jaffrennou, gestionnaire des risques SRA île de France

## Remerciements

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

D<sup>r</sup> Yves Jouchoux, praticien hospitalier, urgentiste, centre hospitalier universitaire d'Amiens

M. Loic Keribin, adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé, HAS  
M<sup>me</sup> Leslie Lecaudey, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS  
D<sup>r</sup> Corinne Lejeune-Fremond, pharmacienne gestionnaire des risques, centre hospitalier de Troyes

D<sup>r</sup> Pierre Liot, chef de projet, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

M<sup>me</sup> Chantal Klein, responsable qualité, secteur privé

M<sup>me</sup> Florence Martel, directrice adjointe, direction de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers, centre hospitalier universitaire de Dijon Bourgogne

M<sup>me</sup> Clothilde Masson, pôle développement durable, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

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

M<sup>me</sup> Florence Méchain-Guegan, cadre supérieure de santé, secteur public

D<sup>r</sup> Hervé Mentec, chef de projet, service des bonnes pratiques, HAS

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

Mme Xenia Michelson, responsable pôle AMP, Agence de biomédecine

Mme Louisa Milia, référent régionale en identitovigilance, GRADeS Martinique

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

M<sup>me</sup> Florence Millorit, déléguée à la protection des données, centre hospitalier Eure-Seine

M<sup>me</sup> Laure Misrahi, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

D<sup>r</sup> Pascal Monteil, praticien hospitalier, neurochirurgien, centre hospitalier universitaire de Bordeaux

D<sup>r</sup> Marie-José Moquet, cheffe de projet, mission appropriation et impact des productions

M<sup>me</sup> Clara Morlières, directrice de projets TF Hôpital, délégation au numérique en santé

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

M<sup>me</sup> Christelle Nozière, référente régionale en identitovigilance, GRADeS ESEA de Nouvelle-Aquitaine

M<sup>me</sup> Miryam Petit, sage-femme, polyclinique de l'Europe

D<sup>r</sup> Manuela Oliver, directrice de projet, référente régionale en identitovigilance, coordinatrice du GRIVES

M<sup>me</sup> Sophie Ollivier, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

M<sup>me</sup> Marie-Hélène Painchaud, responsable qualité gestionnaire des risques, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

M<sup>me</sup> Anne-Françoise Pauchet Traversat, cheffe de projet, service des bonnes pratiques, HAS

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

M<sup>me</sup> Marilyn Praud, référente régionale en identitovigilance, GRADeS Normandie

M<sup>me</sup> Amélie Prigent, cheffe de projet, service des bonnes pratiques, HAS

D<sup>r</sup> Évelyne Ragni, médecin urologue et coordonnatrice médicale, Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

M<sup>me</sup> Éléna Rauch, cheffe de projet, service de certification des établissements de santé, HAS

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

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

M. Yvon Richir, directeur, secteur public

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

D<sup>r</sup> Chloé Rousseliere, pharmacienne, centre hospitalier universitaire de Lille,

M<sup>me</sup> Christine Saglietto, référente régionale en identitovigilance, GRADeS PACA Innovation e-santé SUD

M<sup>me</sup> Yasmine Sami, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

D<sup>r</sup> Albert Scemana, chef de projet, service des bonnes pratiques, HAS

M<sup>me</sup> Hélène Tiriau, adjointe au chef de bureau organisation des politiques humaines, direction générale de l'Offre de soins

M<sup>me</sup> Michèle Torres, directrice des soins, secteur privé

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

D<sup>r</sup> Dominique Vallet, médecin psychiatre, HIA Sainte Anne Toulon

D<sup>r</sup> Valérie Valot, médecin, association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté

D<sup>r</sup> David Veillard, praticien hospitalier, centre hospitalier universitaire de Rennes

## Groupe de travail dispositif

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

Mme Catherine Bourgneuf, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

Mme Anne Chevrier, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS  
Mme Marie Citrini, usagère, formatrice en qualité de membre de la CEESP

Mme Isabelle Dorléans, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

Mme Anne-Claire Duval, cheffe de projet, service certification des établissements de santé, HAS

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

Dr Yves Jouchoux, praticien hospitalier, urgentiste, centre hospitalier universitaire d'Amiens

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

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

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

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

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

Dr Simone Nérome, médecin praticienne hospitalière, hôpital Beaujon, Assistance publique – Hôpitaux de Paris

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

## Fédérations, associations et autres organismes concertés

Agence de la biomédecine

Agence nationale d'appui à la performance

Agence régionale de santé

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

Association française des directeurs des soins

Association française des experts visiteurs de la HAS

Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Conférence des directeurs de centre hospitalier  
Conférence des directeurs d'hôpitaux MCO de la FEHAP

Conférence des directeurs généraux de centre hospitalier universitaire et HCL

Conférence des présidents de CME privé à but non lucratif

Conférence des présidents de CME privé à but lucratif

Conférence des présidents de CME de CH

Conférence des présidents de CME de CHS

Conférence des présidents de CME de CHU

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Défenseur des droits

Direction générale de la Santé

Direction générale de l'Offre de soins

Fédération de l'hospitalisation privée

Fédération de l'hospitalisation privée – médecine, chirurgie obstétrique

Fédération de l'hospitalisation privée – psychiatrie

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

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

Fédération hospitalière de France

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

Fédération Unicancer

## **Remerciements**

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

### **Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS**

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

### **Conseil pour l'engagement des usagers HAS**

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

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

