

Certification des établissements de santé - HAS



FICHE MEMO CRITERE IMPERATIF



Critère 3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

Cette fiche a été élaborée par la FORAP et construite sur la base des éléments du **manuel de certification V2024** et de la fiche pratique informatique_v4 « Règles d'utilisation des indicateurs dans la certification ».

Elle a pour objectifs de :

- **Faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation du critère impératif** sur les indicateurs qualité.
- **Présenter une vision globale des attendus** du manuel de certification **concernant les indicateurs qualité** en analysant les attendus des critères associés.

Elle s'adresse aux professionnels en charge de cette thématique au sein de l'établissement (CME, CLUD, CDU, CLIN, COPIQ Qualité et gestion des risques, etc.) et aux professionnels en charge du pilotage de la démarche de certification et aux professionnels de terrain.

Que trouve-t-on dans cette fiche ?

- En préambule : le critère impératif et la liste des critères en lien avec la thématique
- Le critère impératif : les objectifs et les attendus du critère, les éléments d'évaluation, complétés par le regard de la FORAP
- Les critères en lien avec la thématique indicateurs qualité, complétés par le regard de la FORAP.
- Des annexes : les références bibliographiques et les outils développés par la FORAP sur cette thématique.

Le « regard porté par la FORAP » sur les différents éléments d'évaluation s'appuie sur l'expertise des professionnels des structures régionales d'appui et ne présente pas de caractère exhaustif ni opposable. Cette fiche fera l'objet d'actualisation le cas échéant.

Liste des critères en lien avec le critère impératif

Critère 1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques
Critère 1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge
Critère 1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
Critère 2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée
Critère 2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée
Critère 2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins
Critère 2.2-13	Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent
Critère 2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin
Critère 2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains
Critère 2.3-14	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates
Critère 2.3-15	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires
Critère 2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé
Critère 2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat (HPPI)
Critère 2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques
Critère 2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients
Critère 2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins
Critère 3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activité de recours
Critère 3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville
Critère 3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient

* Critères impératifs

1. LE CRITERE IMPERATIF

CRITERE 3.7-03	L'ETABLISSEMENT ANALYSE, EXPLOITE ET COMMUNIQUE LES INDICATEURS QUALITE ET SECURITE DES SOINS
Chapitre 3 Objectif 3.7	L'ETABLISSEMENT L'ETABLISSEMENT DEVELOPPE UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES SOINS
	<p>❖ Objectifs et attendus du critère dans le manuel de certification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont les IQSS nationaux (comprenant e-Satis) qui s'appliquent à l'établissement et tout autre IQSS issu d'une démarche locale ou non. • Les résultats des indicateurs permettent d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins pour objectif déterminé. • Le principe de revues régulières en équipe participe à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. • L'analyse partagée et le suivi des résultats permettent aux équipes d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place. <p>❖ Selon les campagnes HAS, nous pouvons retrouver différents types d'indicateurs de qualité et sécurité des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IQSS mesurés à partir du dossier patient Exemple : Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (secteur MCO) • IQSS mesurés à partir d'un questionnaire établissement Exemple : Vaccination anti-grippale du personnel hospitalier • IQSS mesurés à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) Exemple : réhospitalisations entre 1 et 3 jours par type de prise en charge (chirurgie ambulatoire) : <p>Autres indicateurs Dans le cadre d'expérimentations, la HAS envisage d'autres indicateurs. Exemple : Mesure des HPP</p> <p>Rappel des IQSS : consulter la page dédiée du site de la HAS Il convient de se tenir informé des indicateurs obligatoires ou non suivant la campagne annuelle définie par la HAS. En plus des éléments partagés sur le Site Internet de la HAS, un courrier d'information générale est toujours transmis aux établissements de santé.</p>

Regard des éléments d'évaluation

Critère 3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	Méthode
Elément d'évaluation	Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connues des professionnels des secteurs concernés.	Parcours traceur - Entretien équipe
 <p>Regard de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les équipes médico-soignantes sont impliquées pour la définition des actions d'amélioration ainsi que pour leur mise en œuvre. ✓ Les équipes des services de soins sont en mesure d'illustrer et de citer un exemple d'action d'amélioration mis en œuvre au sein du service ✓ Les équipes sont en mesure de faire du lien entre les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins et leurs pratiques professionnelles ✓ La mise en œuvre des actions d'amélioration s'appuie sur la collaboration entre les professionnels et le service qualité. Un partage d'informations est en place au sein de l'établissement, permettant une remontée des informations des services de soins vers les acteurs de la démarche qualité et inversement. ✓ Les attendus des actions définies en lien avec les indicateurs sont explicités et la mise en œuvre est accompagnée. ✓ Les actions d'amélioration sont définies dans un plan d'actions. Pour chacune sont définis un pilote, un calendrier et les modalités de suivi. Les acteurs de la démarche qualité se coordonnent pour assurer le suivi de la mise en œuvre. 	
Elément d'évaluation	Les objectifs d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis	Audit système Gouvernance
 <p>Regard de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les axes stratégiques de l'établissement définissent les objectifs de la démarche qualité et sécurité des soins (projet d'établissement, projet qualité, etc.) ✓ Ces axes stratégiques sont définis en incluant l'ensemble des parties prenantes de la gouvernance : PCME, Direction Qualité, Direction des soins, Direction des usagers, etc. ✓ Les objectifs de la qualité et de sécurité des soins sont partagés au sein de l'établissement et sont suivis à l'aide notamment du PAQS (Plan d'Amélioration continue de la Qualité des Soins). ✓ Les informations concernant les axes stratégiques de l'établissement sont accessibles par tout professionnel (exemples : livret d'accueil, rappel en Journée d'accueil des nouveaux agents, gestion documentaire, affichage, diffusion du PAQS, etc.). 	

<p>Elément d'évaluation</p>	<p>Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</p>	<p>Audit système Gouvernance</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le PAQS est défini en fonction des objectifs qualité et sécurité des soins et est mis à jour en fonction des résultats des travaux de la démarche qualité de l'établissement. ✓ Ce programme est suivi et les actions sont mises en œuvre au sein de l'établissement. ✓ Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins et leur analyse permettent de mettre à jour le PAQS et de cibler les actions prioritaires ✓ Dans le PAQS, les actions d'amélioration issues de l'analyse des indicateurs qualité et sécurité des soins sont clairement identifiées en tant que telles. 	
<p>Elément d'évaluation</p>	<p>Dans le cas d'un non répondant à un IQSS, les raisons sont identifiées et font l'objet d'actions</p>	<p>Audit système Gouvernance</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A l'issue des campagnes de chaque recueil, l'établissement analyse les résultats inférieurs ou égaux aux cibles attendues (définies par la HAS ou définies en interne). ✓ L'établissement fait preuve de réactivité en termes de démarche qualité et sécurité des soins. L'établissement sait évaluer les axes d'amélioration prioritaires et les exigences HAS non atteintes. ✓ Pour les exigences HAS non atteintes lors des campagnes IQSS, l'établissement est en mesure de présenter des actions d'amélioration identifiées. Ces actions d'améliorations sont validées à l'issue d'une analyse conjointe des différents pilotes de la démarche qualité. ✓ Lorsque les résultats d'IQSS ne correspondent pas aux objectifs fixés par la HAS, l'établissement est en mesure de mettre en exergue sa dynamique entre les différentes campagnes de recueil. 	
<p>Elément d'évaluation</p>	<p>Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (lorsqu'elle existe)</p>	<p>Audit système Gouvernance</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des campagnes de recueil pour les indicateurs qualité et sécurité des soins sont organisées au sein de l'établissement. Les modalités d'organisation sont définies en amont et présentées en instance (accès au dossier du patient, professionnels impliqués, etc.). ✓ Les résultats de ces indicateurs sont partagés auprès des professionnels (affichage, diffusion en interne, relai par l'encadrement de proximité, etc.) et présentés lors des différentes instances. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les résultats de ces indicateurs sont comparés avec les campagnes précédentes. ✓ Les résultats des indicateurs font l'objet d'une première analyse conjointe par les différents acteurs de la démarche qualité pour un point de vue médico-soignant et qualitatif. ✓ Les résultats de cette première analyse des indicateurs sont présentés et explicités lors des différentes instances et notamment en CME et CSIMRT ✓ Les instances participent à l'analyse des résultats présentés et à l'identification d'axes d'amélioration. ✓ L'analyse détaillée des résultats des indicateurs est diffusée au sein de l'établissement. ✓ La définition des actions d'amélioration au regard des résultats des indicateurs intègre les professionnels médico-soignants. ✓ Le plan d'actions d'amélioration défini à la suite des résultats est suivi et peut intégrer des audits ciblés en amont des prochaines campagnes de recueil notamment pour les indicateurs dont les résultats sont sous la moyenne nationale.
--	---

<p>Élément d'évaluation</p>	<p>Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers</p>	<p>Audit système Représentants des usagers</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les représentants des usagers sont en mesure de définir et d'expliquer les objectifs des indicateurs qualité et sécurité des soins. ✓ Les représentants des usagers sont en mesure de retrouver les résultats de ces indicateurs au sein de l'établissement. ✓ La présentation de ces indicateurs, leurs résultats et l'analyse des résultats fait partie des points présentés en CDU. ✓ Les représentants des usagers sont en mesure de présenter des exemples d'axes d'amélioration identifiés à l'aide des résultats des indicateurs. 	

2. LES CRITERES EN LIEN AVEC LE CRITERE IMPERATIF

Regard des éléments d'évaluation

CHAPITRE 1	LE PATIENT	
Critère 1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	Méthode Patient traceur et Observations
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge... Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service d'accueil, le patient est informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé 	Entretien patient
	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe témoigne de l'information donnée au patient 	Entretien équipe
	<ul style="list-style-type: none"> Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée et charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charge spécifiques (ex : Charte Romain Jacob) 	Observations
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels informent spontanément le patient et ses proches de tout élément concernant son séjour dans l'établissement (état de santé, modalités de prise en charge, investigations menées ou à mener, actions de prévention, traitements, alternative éventuelle). Ces informations sont transmises à l'aide d'un langage adapté aux facultés de compréhension, à l'âge du patient et à son niveau de maîtrise de la langue française. ✓ Les professionnels disposent d'outils de communication favorisant les échanges avec les patients âgés. ✓ Les professionnels demandent l'accord du patient âgé avant de transmettre des informations à ses proches. ✓ Les professionnels connaissent la marche à suivre pour l'information des tuteurs/curateurs des patients sous protection judiciaire. ✓ L'âge du patient mineur est pris en compte dans la délivrance de l'information (information progressive des parents puis du jeune patient selon ses capacités de compréhension). ✓ Le patient est informé des bénéfices/risques. ✓ Le patient est informé de l'existence des représentants des usagers, associations de patients bénévoles, de leurs rôles respectifs et de la manière de les contacter. ✓ La lettre de liaison comprenant l'ensemble des informations nécessaires à la continuité des soins est remise au patient à sa sortie. La remise est tracée dans le dossier. ✓ Les affichages en place dans les services sont lisibles, accessibles, à hauteur des patients (ex : fauteuil roulant) et correspondent à l'affichage obligatoire (stratégie d'affichage doit être définie par l'établissement). ✓ Le patient est informé que des indicateurs sont issus de son dossier afin d'améliorer la prise en charge et la coordination des soins. Il peut accéder aux résultats des indicateurs 	

	<p>et s'il le souhaite, il peut se rapprocher de la CDU et/ou des représentants des usagers afin de participer à leur recueil et/ou à leur exploitation.</p> <p>✓ Le patient est informé que sa satisfaction va être évaluée (questionnaire de sortie, dispositif e-satis...).</p> <p style="text-align: center;">Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique au critère impératif 1.1-03.</p>
--	---

Critère 1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge	Méthode Patient traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite) • Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications 	Entretien patient
	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient fait l'objet de précautions complémentaires pour risque de transmission d'agents infectieux, les raisons et les règles d'application lui sont expliquées ainsi qu'à ses visiteurs • Le patient bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives, de formations adaptées qui favorisent son implication dans sa prise en charge 	Entretien équipe
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'analyse des pratiques des professionnels s'appuie sur les retours des patients recueillis à l'aide de différents outils et mesurés par des indicateurs nationaux ou construits en interne. ✓ Les professionnels favorisent le retour d'expérience des patients quant à leur prise en charge (questionnaire de satisfaction, patient traceur, enquête e-Satis, Amppati, PROMs, PREMs, etc.). ✓ Le patient est informé de son état de santé, de sa possibilité de participer au projet de soins et aux choix thérapeutiques et diagnostiques le concernant s'il le souhaite. La délivrance de ces informations est adaptée au degré de compréhension du patient. ✓ Le patient en situation de handicap est informé de l'existence de personnes ressources (réfèrent handicap par exemple) et sait comment les contacter. ✓ Les professionnels favorisent l'autonomie de la personne (quel que soit son âge et son degré de handicap), en s'appuyant sur une évaluation du degré d'autonomie de la personne. ✓ Le patient est informé des modalités d'accueil et d'accompagnement de son entourage. ✓ L'implication du patient lors de son parcours est prise en compte dans le cadre de partenariats avec des structures de soins. ✓ Des actions de prévention et d'éducation à la santé sont mises en œuvre. Celles-ci sont adaptées à l'âge et aux capacités cognitives du patient. ✓ L'implication des patients mineurs et la place des parents sont appréciées en fonction de l'âge et de la maturité du jeune patient. ✓ Les parents et les jeunes patients atteints de maladies rares ont connaissance des centres de référence favorisant la prise en charge spécialisée. 	

Critère 1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	Méthode Patient traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie. 	Entretien patient
	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin - niveau de douleur - est précisé) 	Entretien équipe
Regard de la 	<i>Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique à ce critère impératif.</i>	

CHAPITRE 2	LES EQUIPES DE SOINS	
Critère 2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	Méthode Patient traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> En cas de restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite 	Entretien patient
	<ul style="list-style-type: none"> Toute mesure d'isolement est une décision médicale La pertinence des mesures restrictives est systématiquement évaluée et elle est réévaluée régulièrement durant le séjour Les mesures restrictives de liberté (pratiques d'isolement, contention...) du patient, après l'échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfique/risque en équipe pluriprofessionnelle 	Entretien équipe
Regard de la 	<i>Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique à ce critère impératif.</i>	

Critère 2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Méthode Traceur ciblé
<p>Éléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification • Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne) • Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24^e et la 72^e heure sont systématiques • Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus 	<p>Entretien équipe</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels s'appuient sur l'expertise de l'équipe et évaluent les bénéfices, les risques et les souhaits du patient pour toute prescription d'un traitement d'antibiotique. ✓ Un référent antibiothérapie est identifié, ses missions sont définies et ses coordonnées sont communiquées à tous les praticiens. ✓ En cas de changement/prolongation de traitement, la raison est indiquée dans le dossier du patient. ✓ Des évaluations portant sur les dossiers de patients ayant une prescription d'antibiothérapie sont réalisées. Les prescripteurs sont impliqués lors de ces évaluations. ✓ Dans le cadre de l'indicateur national ATBIR (Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse), les professionnels sont impliqués dans le recueil, l'exploitation des résultats et la définition du plan d'actions. ✓ Les médecins prescripteurs sont informés des résultats et des actions d'amélioration. 	

Critère 2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	Méthode Parcours traceur
<p>Éléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe a construit avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation • Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support • Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins 	<p>Entretien équipe</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un examen médical d'entrée est réalisé et tracé. ✓ Une évaluation de l'autonomie du patient et une évaluation sociale sont réalisées dans les 7 jours suivant l'admission. Leur traçabilité est retrouvée dans le dossier du patient. ✓ Une évaluation psychologique, neurologique ou comportementale est réalisée et tracée dans le dossier du patient. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le projet de soins est élaboré dans les 15 jours suivant l'admission. La traçabilité est retrouvée dans le dossier du patient. ✓ Pour les séjours de plus de 30 jours, l'actualisation du projet de soins est réalisée et tracée. ✓ Une réunion pluriprofessionnelle est réalisée dans les 15 jours suivant l'admission et tracée dans le dossier du patient. Pour les séjours de plus de 30 jours, une seconde réunion pluriprofessionnelle est réalisée et tracée. ✓ Ces réunions impliquent a minima un médecin, une infirmière/cadre de santé/aide de santé, deux rééducateurs ou un rééducateur et une assistante sociale. ✓ Le projet de vie est réalisé. La préparation de la sortie du patient est réalisée et tracée dans le dossier du patient. ✓ La participation du patient ou de sa famille au projet de vie est recherchée. ✓ Les équipes déploient des indicateurs en lien avec le projet de soins. ✓ En cas de résultat inférieur à la cible, l'établissement identifie des axes d'amélioration. Exemples : définition d'une trame, d'une check-list des éléments à faire apparaître dans le dossier de soins, etc. Ces outils s'adressent à toute l'équipe pluridisciplinaire.
--	---

Critère 2.2-13	Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent	Méthode Parcours traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Une réunion pluriprofessionnelle au cours du séjour a lieu en présence du médecin coordonnateur • Un protocole de soins, renseigné, précisant les interventions, daté, a été communiqué au médecin traitant • Les coordonnées de l'ensemble des intervenants du patient hospitalisé à domicile sont tracées dans son dossier 	Entretien équipe
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un protocole de soins daté est réalisé au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission. L'information du médecin traitant est tracée. ✓ Pour chaque intervenant du patient sont précisés le type d'intervention, la fréquence/rythme ou le nombre d'interventions ✓ Une réunion pluriprofessionnelle est réalisée au moins une fois au cours du séjour (au moins deux fois pour un séjour supérieur à 1 mois) et tracée dans le dossier du patient ✓ Le médecin coordonnateur est présent à au moins une réunion pluriprofessionnelle. Sa participation est tracée. ✓ Les coordonnées des intervenants internes ou externes sont retrouvées dans le dossier du patient. ✓ Si ils existent, d'autres acteurs sont impliqués (ex : l'Equipe mobile de soins palliatifs) 	

Critère 2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	Méthode Parcours traceur
<p>Eléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant • L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie • Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions 	<p>Entretien équipe</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels sont sensibilisés à l'intérêt de la lettre de liaison, à ses modalités de remplissage et à la traçabilité associée ✓ La lettre de liaison est rédigée pour tout séjour, y compris en cas de transfert en interne, sans changement de lit et sans changement de médecin. Son contenu répond aux impératifs réglementaires ✓ La lettre de liaison est datée du jour de la sortie et remise au patient ✓ La transmission de la lettre de liaison au médecin traitant, s'il existe, est soumise à l'accord du patient, si celui-ci ne souhaite pas se voir remettre la lettre ✓ La planification des soins est réalisée avant la sortie (rendez-vous médicaux, examens complémentaires, rééducation...) ✓ Le patient est informé sur les traitements à prendre après la sortie (dosage, horaires, effets indésirables) (cf. indicateurs e-Satis) ✓ Le patient est informé sur les modalités de reprise des activités de la vie quotidienne (cf. indicateurs e-Satis) ✓ Le patient est informé des soins à commencer/poursuivre après la sortie (cf. indicateurs e-Satis) ✓ L'aide d'une assistante sociale peut être proposée au patient pour préparer son retour à domicile (cf. indicateurs e-Satis) 	

Critère 2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	Méthode Patient traceur, Traceur ciblé, Observations
<p>Eléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe connaît les indications de l'hygiène des mains : avant et après le contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient • L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » ou tout autre audit 	<p>Patient traceur – Entretien patient</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA), l'EOH, appuyée par la gouvernance, met en place des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains • Sur la base des résultats de l'indicateur national hygiène des mains et du suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA), l'EOH, appuyée par la gouvernance, met en place des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains 	Traceur ciblé- Entretien équipe
	<ul style="list-style-type: none"> • Les solutions hydroalcooliques sont disponibles • L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. • L'équipe applique la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation et privilégie la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon. 	Observations
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les équipes sont sensibilisées aux précautions standard ✓ L'établissement s'assure que les solutions hydroalcooliques (SHA) sont à portée des patients, des professionnels et des visiteurs. ✓ La gouvernance est impliquée dans l'évaluation de l'utilisation des SHA ✓ Un référent hygiène est identifié, ses missions sont définies 	

Critère 2.3-14	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	Méthode Traceur ciblé
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs. • L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît. • La date de pose ou du geste impliquant le dispositif est tracée dans le dossier. • Pour les dispositifs invasifs qui le requièrent (abords veineux et sondes notamment), la pertinence de leur maintien est réévaluée périodiquement. • L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels. • Les professionnels respectent les bonnes pratiques de pose et de surveillance d'un DMI (abord vasculaire, sonde urinaire, ventilation assistée). 	Traceur ciblé – Entretien équipe

<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les équipes savent comment contacter le référent hygiène ou l'EOH ✓ Les mesures de précautions (standard, complémentaires) sont connues des équipes et accessibles. Elles font l'objet d'une réactualisation régulière. ✓ La mise en œuvre des précautions complémentaires de type contact est tracée ✓ Le patient ou l'entourage sont informés de l'indication des précautions et des mesures mises en place. Cette information est tracée. ✓ Les équipes participent à des audits de pratique en hygiène. Ceux-ci sont planifiés. ✓ Les équipes savent où retrouver le niveau de consommation de solution hydro alcoolique de leur service et le situer par rapport à l'attendu <p><i>Se référer à la fiche mémo FORAP « Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires »</i></p>
--	---

Critère 2.3-15	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires	Méthode Traceur ciblé et Observations
<p>Éléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage • Avant l'acte interventionnel, l'équipe applique les protocoles de préparation du patient selon la spécialité (pour inclure l'endoscopie). • L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référentiel en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe porte une coiffe, un masque à usage médical et une tenue (tunique, pantalon, chaussures étanches) strictement dédiée au bloc opératoire • L'équipe ne porte pas le masque en collier autour du cou, une barbe non protégée, des bijoux aux mains et/ou aux poignets, une tenue non dédiée au bloc 	<p>Traceur ciblé – Entretien équipe</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Observations</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le protocole de préparation de l'opéré est accessible aux professionnels. Son contenu est mis à jour et réévalué régulièrement. ✓ La mise en œuvre des précautions standard d'hygiène est évaluée lors d'audits de pratiques. Les équipes sont impliquées dans ces audits. ✓ Les résultats de l'audit et les actions d'amélioration qui en découlent sont portés à la connaissance des professionnels. 	

Critère 2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	Méthode Audit système
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière) et obligatoires (hépatite B et COVID-19) • L'établissement donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels • La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relai vaccinateur dans les services...) • L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant 	Entretien avec la gouvernance
	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : rougeole, coqueluche, varicelle, grippe saisonnière, hépatite B et COVID-19 • Les responsables des unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité 	Entretien avec les professionnels
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'établissement dispose d'un service de santé au travail. ✓ Le processus de vaccination est formalisé. Il décrit l'articulation des différents acteurs impliqués. ✓ Les professionnels sont informés de la possibilité de se faire vacciner sur leur lieu de travail et des modalités de vaccination. La possibilité de remplir un questionnaire pré vaccinal est annoncée. ✓ Des référents vaccination sont identifiés au sein de l'établissement. Ceux-ci sont de profession médicale ou paramédicale. ✓ L'établissement organise des campagnes de promotion et de vaccination. ✓ Un suivi du taux de couverture vaccinale des professionnels est réalisé par le service de santé au travail. Ce taux est communiqué aux instances et aux professionnels de l'établissement. 	

Critère 2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du <i>post-partum</i> (HPPI)	Méthode Parcours traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat est vérifié et conforme • La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels • L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta 	Entretien équipe

 <p>Regard de la</p>	<p><i>Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique à ce critère impératif.</i></p>
--	---

Critère 2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques	Méthode Parcours Traceur
<p>Eléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe présente une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). • L'équipe a mis en place un plan d'actions et en a mesuré les effets. 	<p>Entretien équipe</p>
 <p>Regard de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels participent à des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) via différentes méthodes validées par la HAS : audit ciblé, parcours traceur, revue de pertinence des soins, RCP, DPC, etc. ✓ L'auto-analyse des professionnels est complétée par l'évaluation des résultats cliniques par les patients. Il s'agit de mesurer la satisfaction d'une prise en soins (exemples : enquêtes de satisfaction, réclamations et plaintes, mots de remerciement, etc.) ainsi que l'expérience patient (exemples : patient expert formé, méthode patient traceur, méthode AMPATTI, PREMs, etc.). ✓ L'établissement utilise des outils d'analyse des résultats cliniques (exemple : développement des PROMs). ✓ Les professionnels sont capables d'analyser les résultats en lien avec ces différentes démarches. La synthèse des résultats est partagée au sein de l'établissement. 	

Critère 2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients	Méthode Parcours Traceur
<p>Eléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient • Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient • Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes • Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration 	<p>Entretien équipe</p>

<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La satisfaction des patients doit être évaluée au sein de l'établissement. ✓ Les équipes font la différence avec la notion d'expérience patient. Elles ont un retour d'information sur l'analyse de la satisfaction des patients/leur expérience. Elles peuvent donner un exemple d'action d'amélioration mise en place au sein du service de soins ou un exemple de proposition. ✓ Les équipes peuvent situer la place des représentations des usagers ou de la Commission des usagers dans le processus de mesure de la satisfaction des patients de l'établissement.
--	---

Critère 2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins	Méthode Parcours Traceur
<p>Éléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes réalisent des revues régulières de leurs indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent • Les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent 	<p>Entretien équipe</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis régulièrement au sein de l'établissement. Les équipes des services de soins sont sollicitées et sensibilisées aux exigences HAS. Le relai des différentes informations et explicitations des attendus est réalisé par le service qualité et l'encadrement de proximité. ✓ L'ensemble des équipes médico-soignantes est sensibilisé aux objectifs et au contenu des différents indicateurs. ✓ Les équipes médico-soignantes sont capables de présenter les indicateurs pour lesquels des axes d'amélioration sont identifiés. Les équipes peuvent donner des exemples permettant d'illustrer l'analyse des pratiques réalisée en équipe au regard des indicateurs qualité et sécurité des soins. ✓ La régularité des campagnes de recueil d'indicateurs est définie dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement. Ces campagnes sont organisées et permettent l'implication de tous les professionnels concernés. Un planning de revue des indicateurs est rédigé et communiqué aux professionnels. 	

CHAPITRE 3		L'ETABLISSEMENT	
Critère 3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours		Méthode Audit Système
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours • L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structure d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales... • L'établissement contribue au développement des CPTS de son territoire • L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte-rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires 		Entretien avec la gouvernance
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En cas de résultat inférieur à la cible pour l'indicateur du délai de remise de la lettre à la sortie, l'établissement identifie des actions d'amélioration qui sont intégrées au PAQS. 		

Critère 3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville		Méthode Parcours traceur
Éléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Les structures ambulatoires de psychiatrie entretiennent avec le médecin généraliste, lorsqu'il est identifié et en accord avec le patient, les liens nécessaires à la coordination du parcours, en veillant à la prise en charge des comorbidités somatiques associées • Les structures ambulatoires de psychiatrie de l'établissement tiennent le médecin généraliste du patient (lorsqu'il peut être identifié) informé de son état de santé et des prises en charge proposées 		Entretien équipe
Regard de la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La lettre de sortie et la qualité de son contenu, constituent l'outil essentiel pour assurer une prise en charge coordonnée. ✓ Le DMP est également à alimenter en ce sens. 		

Critère 3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	Méthode Audit système
<p>Éléments d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-Satis (ou autres dispositifs complémentaires, le cas échéant) • Les mesures promouvant la participation des patients à e-Satis sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra-établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national e-Satis • L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) ou sur le résultat de leur santé de leur point de vue (PROMS) 	<p>Entretien avec la gouvernance</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • L'exploitation des résultats e-Satis est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. 	<p>Entretien avec les professionnels</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art. R. 1112-80) 	<p>Entretien avec les Représentants des usagers</p>
<p>Regard de la</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'établissement étudie la possibilité de déployer d'autres formes de recueil (ex : patient expert, PROMs, etc...). ✓ Les résultats obtenus grâce à l'utilisation des outils de recueil permettent d'identifier des actions d'amélioration intégrées au PAQS. 	

3. ANNEXES

Annexe 1

Pour aller plus loin... Références bibliographiques

1. LE CRITERE IMPERATIF		Références bibliographiques
<p>Critère 3.7-03</p>	<p>L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins</p>	<p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020 - IQSS 2020 : Travaux sur le développement et l'utilisation d'indicateurs, 2020 - Comprendre les indicateurs, 2019 - Résultats des indicateurs et impact des dispositifs d'amélioration de la qualité (IQSS), 2019 <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. L. 6113-2 du CSP

Annexe 2

Pour aller plus loin... Les outils de la FORAP

	<p>✓ Vous pouvez utiliser l'outil Excel Certification V2024 FORAP pour préparer votre évaluation interne. Cet outil Excel pourra vous aider à filtrer pour ce critère la fonction du ou des responsable(s) identifiés (instance, partie prenante ou pilote). Vous pouvez également obtenir la liste des responsables pour l'établissement ou un champ d'application sélectionné. Cet outil est disponible sur demande auprès de votre SRA.</p>
---	---