

# Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Septembre 2014

Avertissement



Caractérisation générale



## Planifier

Définition de la politique



Organisation interne



## Mettre en œuvre

Mobilisation des équipes



Disponibilité des ressources



Effectivité de la mise en oeuvre



## Évaluer

Évaluation du fonctionnement du processus



## Agir

Mise en place des actions d'amélioration



Pour en savoir plus





**Les présents guides sont des outils de visite à destination des experts-visiteurs de la HAS** visant à leur apporter une connaissance de la thématique à partir de laquelle ils pourront conduire leur investigation.

- Ils permettent une remise en perspective des attentes du Manuel de certification selon l'approche processus et donnent des éléments de compréhension pour maîtriser la qualité et la sécurité liées à la thématique.
- Ils précisent notamment des points d'observation permettant d'affiner le regard sur la mise en œuvre réelle au regard des organisations et dispositions prévues par l'établissement.

**Ces guides présentent parfois des modalités de mise en œuvre qui vont au-delà des exigences de la certification.** Elles visent à indiquer comment optimiser la maîtrise du processus. À ce titre, les établissements sont libres de les appliquer. Ils peuvent avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il leur appartient d'en faire état et de démontrer que les dispositions prises sont satisfaisantes pour maîtriser et/ou améliorer la qualité et la sécurité des soins.

**Les experts-visiteurs fondent leur investigation sur ces guides sans pour autant investiguer chacune des lignes de façon exhaustive ou littérale.** Ils tiennent compte des situations spécifiques rencontrées pendant leur visite pour prioriser leurs investigations sur les points essentiels.

**Ces guides seront évolutifs** et prendront en compte notamment les retours d'expérience.

Éléments d'appréciation **surlignés en vert** : exigence directement rattachée à la thématique traitée

Éléments d'appréciation **surlignés en jaune** : exigence mettant en avant des liens avec les autres guides thématiques

**Les encadrés ne préjugent pas du caractère obligatoire mais sont illustratifs.**

## Caractérisation générale



Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

L'investigation de la thématique « **Prise en charge des urgences et des soins non programmés** » vise à évaluer que les enjeux actuels et à venir de l'amélioration de la prise en charge aux urgences des patients, compte tenu notamment de l'augmentation significative du nombre de passages aux urgences au cours des dernières années pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence, reposent sur :

- la capacité de l'établissement à organiser la prise en charge des soins non programmés ;
- une adaptation de l'organisation de la prise en charge aux diversités territoriales dans un souci de maillage du territoire ;
- la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences ;
- la mise en place de filières spécifiques adaptées à certaines pathologies ou populations.





Identification des besoins, analyse des risques



Identification des objectifs d'amélioration



Identification des mesures de traitement des risques

### Identification des besoins, analyse des risques



L'établissement a identifié ses autorisations. L'autorisation donnée par l'ARS précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée.

#### Exemples

- L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes (R 6123-1 CSP) :
- la régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
  - la prise en charge des patients par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ou le SMUR spécialisé dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelé SMUR pédiatrique ;
  - la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences, dans la structure des urgences pédiatriques ou gynécologiques.

Compte tenu d'une situation particulière, un établissement de santé peut être autorisé à faire fonctionner une structure des urgences une partie de l'année seulement, à condition que les modalités de prise en charge des patients par un autre établissement autorisé soient organisées dans le cadre du réseau.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques (25a E1- EA1) avec les professionnels concernés.



**Les sources de données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont par exemple :**

- l'analyse de la conformité à la réglementation, les rapports d'inspection, le bilan de la dernière procédure de certification, la conformité des effectifs au regard des recommandations de la SFMU, les rapports de visite de risques des sociétés d'assurance ;
- les évaluations, les audits, les enquêtes, les analyses statistiques des dysfonctionnements et événements indésirables ;
- le bilan du suivi des temps d'attente et de passage ;
- le suivi des plaintes et réclamations ;
- les résultats des indicateurs ;
- les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins (individuel ou en équipe), les EPP, les RMM, les CREX ;
- l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels ;
- etc.

Les principales filières d'accueil sont identifiées en vue d'en maîtriser les risques (25a E1 - EA1, 25a E1 - EA3).

La sécurité des biens et des personnes est organisée.

**L'analyse des risques/l'identification des besoins est réalisée :**

- pour toutes les étapes de la prise en charge aux urgences (exemples : accueil en journée, la nuit, les week-ends, afflux potentiel de patients [plan blanc, plan bleu, NRBC, etc.], afflux récurrent de patients [saison estivale/hivernale, événements, etc.] ;
- au regard des différents circuits de prise en charge (au sein du service des urgences, au bloc opératoire, en réanimation... lors de la sortie ou du transfert vers une unité de soins) ;
- au regard des différentes catégories de populations accueillies : patients appartenant à une population spécifique (19.a) ;
- au regard des différents processus ;
- au regard des différentes catégories de populations (enfants, personnes âgées, patients couchés, etc.) ou de pathologies (AVC, infarctus du myocarde, soins immédiats, etc.).

Le service est impliqué dans la définition du plan blanc et a défini avec les professionnels les modalités d'accueil, de flux et de circulation.

**Les risques sont hiérarchisés** selon une méthode définie (8d E1 - EA2).

Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients.

## Identification des objectifs d'amélioration



### Politique et objectifs

Il existe une politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a E1 - EA1), intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement, la politique qualité et précisée par le règlement intérieur au sein du service des urgences.

Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques (8d E1 - EA2, 25a E1 - EA1).

- Elle prend en compte les politiques régionales menées par l'ARS ou par les structures régionales de soutien aux établissements, les orientations de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement. Le cas échéant, elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'accueil des urgences et tient compte de leur spécificité (pédiatrie, psychiatrie, maternité, urgence vitale, etc.).
- Elle décrit les objectifs, les moyens stratégiques et humains, les modalités d'évaluation et les responsabilités pour chaque prise en charge.
- Elle est validée par les différentes instances et révisée annuellement.
- Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables (1e E2 - EA2, 25a E3 - EA1).



L'établissement a formalisé l'organisation du service des urgences dans le projet d'établissement et dans le projet de service.

L'organisation décrit en particulier (25a E1 - EA1) :

- le système d'admission des patients à partir du service des urgences et en aval ;
- les modalités d'accueil des populations vulnérables (notamment les étrangers, les handicapés, les patients bénéficiaires de la CMU, etc.).

## Communication

- La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers (2e E1 - EA2), ainsi que des succès et résultats obtenus.

### Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de cette politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est déclinée en un programme d'amélioration (8a E1 - EA1).

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles et déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités.

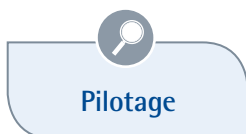
Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (8a E3 - EA1) :

- responsabilités pour chacune des actions ;
- planification des actions dans des délais fixés dans un échéancier ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation (8c E1 - EA2).

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement (8a E1- EA4), dont la CRUQPC. Il est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement (8a E1 - EA2).





Pilotage



Rôles et responsabilités



Ressources



Interfaces

### Pilotage



Une organisation (structure pilote, cellule de coordination ou pilote) est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés (8a E2 - EA1, 8a E3 - EA1, 25a E1 - EA1). Il peut s'agir de la commission des urgences ou de la commission des admissions et consultations non programmées (CACNP), en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

- Un président a été désigné et sa composition est représentative.
- Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.
- Ses missions incluent la qualité/gestion des risques.
- Elle se réunit à périodicité définie.
- Elle implique de manière effective les autres services et l'administration.

### Rôles et responsabilités



Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste.

Les rôles et responsabilités sont définis pour chacun des acteurs (2a E1 - EA1, 25a E1 - EA1).





## Ressources humaines

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques, de la réglementation et des recommandations des sociétés savantes (3a E1 - EA1, 26a E1 - EA2).

- Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.
- Un plan de formation (médical et paramédical) est établi annuellement et en cohérence avec les objectifs du service et de l'établissement (3a E2 - EA3).
- La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation tient compte de l'identification des besoins, des objectifs et des cibles (25a E2 - EA2).
- Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants sont définies (3b E1 - EA1).

## Ressources documentaires

### Processus

Les processus sont identifiés et formalisés (5c E1 - EA1) en fonction des besoins et des risques spécifiques.

**Exemples de processus sauf ceux cités dans le Manuel de certification qui doivent être sortis du cadre et associés à un EA :**

- processus définissant les filières de prise en charge (personnes âgées, traumatisés crâniens, prise en charge psychiatrique) ;
- coordination avec les services médicotechniques (imagerie, biologie) ;
- coordination avec l'aval (services de spécialités, maison médicale de garde, consultations post-urgence) ;
- modalités de continuité de l'information relative à la prise en charge tout au long du parcours du patient admis en urgence.

### Procédures

Les besoins en procédures sont identifiés (5c E1 - EA1).

Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire (5c E1 - EA1).

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

#### Exemples :

- procédure de traitement de l'AVC ;
- procédure de traitement de l'IDM ;
- procédure de traitement de la douleur ;
- en cas de phénomène épidémique, NRBC ;
- prise en charge spécifique et contractualisation avec les services de spécialités ;
- procédure d'hébergement ;
- procédure de réquisition d'un lit réservé.



## Documents d'information des patients

Les besoins en supports d'information des patients (plaquettes, affiches, dépliants, brochures, matériel audio et vidéo) sont identifiés et les documents sont élaborés.

## Ressources en matériel

### Locaux et circuits

- La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques, la réglementation et les recommandations des sociétés savantes (25a E1- EA1) (circulation, sectorisation, polyvalence des zones, sécurité, surveillance et confidentialité, attente des patients et familles, etc.).
- Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont formalisés en prenant en compte les risques (25a E1- EA1).
- Les mesures pour assurer la qualité et la sécurité du patient sont prévues.
- La maîtrise du risque infectieux est prise en compte : l'hygiène des locaux est organisée (7d E1 - EA1, 8g E1 - EA1, 26a E1 - EA2) (épidémie, patient ayant été récemment hospitalisé à l'étranger, identification des patients BMR, etc.).
- Il existe un dispositif adapté d'entretien et de maintenance curative et préventive (6b E1 - EA1).
- La gestion des travaux est organisée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

### Matériels et équipements biomédicaux et non biomédicaux

La sécurité des patients et des professionnels passe par une gestion optimisée et sécurisée des matériels et des équipements biomédicaux et non biomédicaux.

- Les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement sont identifiés (6f E1 - EA1, 8k E1 - EA1).
- Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive/curative des équipements est prévu à échéance fixe (6b E1 - EA2).
- Les contrats d'entretien externes sont connus.
- Les documents nécessaires à l'exploitation des équipements sont mis à disposition des professionnels (8k E2 - EA3).
- La gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée (6b E2 - EA2, 8k E1 - EA2).

### Système d'information

- Les besoins en système d'information sont identifiés (5a E1 - EA1).
- Il permet notamment d'assurer la continuité de la prise en charge du patient (5a E1 - EA1).
- En cas d'hospitalisation, le service des urgences s'assure de transmettre l'ensemble des données patient au service d'aval.
- Il est intégré au système d'information hospitalier.
- La gestion documentaire est en place (5c E1 - EA1). Elle est intégrée à la gestion documentaire de l'établissement.
- Une organisation permet la connaissance des lits disponibles en temps réel, de jour comme de nuit (25a E2- EA1).
- Les accès au SI sont sécurisés.







L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

**Exemples :**

- l'équipe de gestion de la qualité et des risques ;
- la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- le laboratoire ;
- la pharmacie ;
- le secteur en charge du linge ;
- le secteur en charge de la gestion des déchets ;
- les transports intrahospitaliers ;
- le laboratoire de biologie médicale, le laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie et l'imagerie ;
- etc.

L'établissement a formalisé des conventions ou procédures d'organisation du recours aux spécialistes (interne/externe) entre le service des urgences et les services de spécialités. Des modalités de formalisation peuvent être traduites sous forme de contrats internes, conventions externes, plate-forme de télésanté (25a E1 - EA2).

En cas de télésanté, l'accord du patient est recueilli, les professionnels médicaux ont accepté dans leur fiche de poste les actions de télésanté (consultation, expertise, avis), l'identitovigilance est respectée, les communications sont sécurisées.

Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences. Le système d'information permet l'échange d'informations et la mise en place de communications au sein de ce réseau. La communication sur l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée.

Les coopérations et partenariats peuvent prendre la forme de conventions inter établissements, de contrats-relais, de conventions ville-hôpital... (25a E1 - EA1). Ces contrats sont disponibles et connus dans le service et précisent le périmètre des conventions et la nature des prestations retenues.





**Le management du secteur d'activité** communique auprès de son équipe sur la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés de l'établissement, sa mise en œuvre (programme d'actions associé) et son évolution (1g E2 - EA1).

Selon les besoins et les risques spécifiques du secteur, il décline cette politique avec les équipes en projet de service, objectifs opérationnels et plans d'amélioration (8a E2 - EA1).

Il communique à son équipe et au pilote du processus sur le suivi des plans d'action et l'atteinte des objectifs propres à son secteur.

Il s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

**Les équipes** s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur :

- elles connaissent les objectifs d'amélioration définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre.
- elles participent :
  - à l'élaboration des procédures et autres documents ;
  - à la déclaration, l'analyse et le traitement des EI, des EIG (8f E1 - EA3), des vigilances sanitaires et réglementaires ;
  - aux démarches EPP (28a E1 - EA1, 28a E2 - EA2), aux programmes de DPC, à la procédure d'accréditation des médecins/des équipes médicales... ;
  - au traitement des plaintes et réclamations ;
  - etc.
- elles ont accès aux résultats :
  - des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E2 - EA2) ;
  - des évaluations sur la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers (9b E2 - EA2) ;
  - des analyses d'EI et d'EIG (8f E3 - EA3).
- des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

## Disponibilité des ressources



Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles





- Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles :
  - ils répondent aux besoins/à l'activité ; les remplacements sont assurés en cas d'absence (3a E2 - EA1). Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'orientation de la prise en charge du patient ;
  - ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés (18a E1 - EA1). L'effectif de l'équipe de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins/infirmiers suffisant pour qu'au moins un médecin et un infirmier soient présents en permanence. L'effectif du personnel médical/non médical est renforcé pendant les périodes où une activité particulièrement soutenue est connue et régulièrement observée.
- L'encadrement de l'équipe non médicale de la structure de médecine d'urgence est assuré par un cadre de santé de la filière infirmière affecté pour tout ou partie de son temps à la structure.
- En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées.
- Les professionnels en poste sont formés au regard du plan de formation (3a E2 - EA3) (25a E2 - EA2).
- Les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés (3b E2 - EA1).
- Les professionnels réalisent uniquement les actes relevant du champ de compétences de leur profession (absence de glissement de tâche).



Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles (même en cas de panne informatique) et à jour (5c E2 - EA1, 5c E2 - EA2, 5c E2- EA3).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.



La structure des urgences dispose notamment d'une salle d'accueil préservant la confidentialité, d'un espace d'examen et de soins, d'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate, d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

- De plus, les aménagements de locaux et d'équipements permettent l'accès des personnes vulnérables, notamment handicapées.
- Les modalités d'accueil sont adaptées, d'une part pour les personnes gardées à vue, et d'autre part pour les détenus.
- Dans le plan blanc, un lieu permet d'accueillir des patients ou des victimes se présentant massivement à la structure des urgences et est situé, dans la mesure du possible, à proximité de la structure des urgences.
- Des modalités d'accueil et de prise en charge adaptées sont disponibles pour les patients victimes d'un accident nucléaire, radiologique, chimiques ou suspects d'une pathologie biologique à risque contagieux.





## Fonctionnement des urgences



## Prise en charge du patient

## Fonctionnement des urgences



### Sécurité

- Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés. Les temps de travail sont respectés pour l'ensemble des professionnels en conformité avec la réglementation. Il est tenu compte de la qualification des médecins et des paramédicaux pour leur affectation sur une ligne de soin précisée au planning (3a E2 - EA1, 25a E2 - EA2).
- La mise en place des circuits est effective : circuit des patients (AVC, infarctus du myocarde, soins immédiats, patients couchés, etc.), circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets (25a E2 - EA3).
- La maîtrise du risque infectieux est effective (7d E2 - EA2, 8g E2 - EA1).
- Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien.

### Management/organisation

- Les conditions d'accueil et les organisations de prise en charge sont conformes aux dispositions prévues par l'établissement tenant compte des différentes catégories de populations, et des différents circuits et étapes de la prise en charge.
- La permanence des soins est assurée. Un tableau, accessible à tous, permet d'identifier les professionnels ressource en garde ou astreinte, ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble des activités de l'établissement (18a E1 - EA1).
- Une organisation de pilotage et de mise en œuvre de la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est opérationnelle.
- Gestion des risques :
  - la gestion des EI est effective (8f E1 - EA1, 26b E3 - EA1) : procédures de signalement/d'analyse et supports de signalement connus des professionnels, participation effective à la déclaration des EI et à leur analyse ;
  - les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles (8i E2 - EA1) ;
  - les professionnels participent en équipes pluriprofessionnelles/pluridisciplinaires aux RMM (28a E1 - EA2), aux CREX.



**Les interfaces entre le service des urgences et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles.**

- L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultation, hospitalisation directe) (25a E2 - EA3).
- La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel (25a E2 - EA1).
- L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles établies. Le service a accès à l'intégralité de l'antériorité des documents pour les patients déjà hospitalisés dans l'établissement.
- Des réunions communes entre secteurs sont organisées (staffs interservices, etc.). L'analyse et le traitement des événements indésirables sont réalisés au cours de RMM communes (28a E1 - EA2).

## Communication entre professionnels

Les conditions de travail et le climat relationnel favorisent la collaboration et la communication entre professionnels. La communication entre professionnels est favorisée : revue de dossiers, RMM communes (28a E1 - EA2), EPP communes.

## Prévention du risque professionnel

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre (3c E2 - EA1). Le CHSCT est consulté.

### Prise en charge du patient



- Modalités et conditions d'accueil au service des urgences.
- Respect de la confidentialité de l'entretien.
- Documents d'accompagnement utiles à la prise en charge du patient.
- Identification du patient.
- Évaluation de la douleur.
- Relevé des constantes et surveillance, fréquence, adaptée à la pathologie.
- Bonnes pratiques de prescriptions et d'administration des médicaments.
- Modalités de transmission des informations dans les secteurs d'activités ou en sortie.
- Délai d'attente du point de vue du service des urgences (degré d'urgence et disponibilité des lits, éventuellement attente de lit).
- Information des patients sur les modalités de priorisation et information en temps réel des délais d'attente.
- Perception du patient sur le délai d'attente.





À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure à périodicité définie le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Cette évaluation globale est réalisée :

- sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité :
  - suivi continu des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence (25a E3 - EA1),
  - recueil et analyse des dysfonctionnements (25a E3 - EA2) ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

### Tableau de bord des indicateurs

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles :

- les indicateurs nationaux ;
- les indicateurs régionaux ;
- les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité (2e E2 - EA1).

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

**Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé *a minima*, une fois par an.**

- L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
- Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier :
  - les points à risque nécessitant une surveillance particulière ;
  - les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité ;
  - les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.





### Amélioration continue



### Communication sur les résultats

#### Amélioration continue



L'établissement réexamine annuellement les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction.

- La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est ajustée en fonction du suivi des indicateurs (2e E3 - EA1).
- De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.
- Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations (8a E3 - EA3).
- Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée, définies avec les professionnels et les représentants des usagers (25a E3 - EA3).
- Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques.

#### Communication sur les résultats



Il existe un système de diffusion en interne et à la CRUQPC des résultats des évaluations et des actions conduites.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés (2e E1 - EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



#### Liste des EA des critères directement rattachés à la thématique du guide

→ 25a E1 - EA1	→ 25a E2 - EA1	→ 25a E3 - EA1
→ 25a E1 - EA2	→ 25a E2 - EA2	→ 25a E3 - EA2
→ 25a E1 - EA3	→ 25a E2 - EA3	

#### Liste des EA cités dans le guide mais hors critères dédiés à cette thématique

→ 1e E2 - EA2	→ 5c E2 - EA- 3	→ 8f E1 - EA1
→ 1g E2 - EA1	→ 5c E2 - EA1	→ 8f E1 - EA3
→ 2a E1 - EA1	→ 5c E2- EA2	→ 8f E3 - EA3
→ 2e E1 - EA2	→ 6b E1 - EA1	→ 8g E1 - EA1
→ 2e E2 - EA2	→ 6b E1 - EA2	→ 8g E2 - EA1
→ 2e E2 - EA1	→ 6b E2 - EA2	→ 8i E2 - EA1
→ 2e E3 - EA1	→ 6f E1 - EA1	→ 8k E1 - EA1
→ 3a E1 - EA1	→ 7d E1- EA1	→ 8k E1 - EA2
→ 3a E2 - EA1	→ 7d E2 - EA2	→ 8k E2 - EA3
→ 3a E2 - EA3	→ 8a E1 - EA1	→ 9b E2 - EA2
→ 3a E2 - EA1	→ 8a E1 - EA2	→ 18a E1 - EA1
→ 3a E2 - EA3	→ 8a E1 - EA4	→ 18a E1 - EA1
→ 3b E1 - EA1	→ 8a E2 - EA1	→ 26a E1 - EA2
→ 3b E2 - EA1	→ 8a E3 - EA1	→ 26b E3 - EA1
→ 3c E2 - EA1	→ 8a E3 - EA3	→ 28a E1 - EA1
→ 5a E1 - EA1	→ 8c E1 - EA2	→ 28a E1 - EA2
→ 5c E1 - EA1	→ 8d E1 - EA2	→ 28a E2 - EA2

Indicateurs



→ [Cliquer ici pour consulter « la fiche des principaux indicateurs correspondant à la thématique »](#) (en cours de rédaction).





Toutes les publications sur la certification  
sont téléchargeables sur  
**[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

