

Prise en charge et droits des patients en fin de vie

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 œuvre



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



Le critère 13a vise la diffusion d'une « **culture palliative** » intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels de santé, tout particulièrement dans les services de soins non spécialisés en soins palliatifs.

Tous les secteurs d'activité amenés à prendre en charge des patients dont l'état de santé nécessite des soins qui – sans nécessairement avoir pour objectif la guérison – cherchent à préserver la meilleure qualité de vie possible malgré l'évolution de la maladie ou l'aggravation du handicap sont concernés.

Chaque établissement s'inscrit dans une offre graduée de soins palliatifs, permettant d'organiser la continuité des prises en charge :

- la capacité à prendre en charge en interne les situations les plus complexes ;
- la possibilité de faire intervenir une équipe mobile de soins palliatifs et/ou un réseau de santé en soins palliatifs ;
- le transfert vers une structure de « repli » en cas de dégradation soudaine de la situation (unité de soins palliatifs, réanimation, soins intensifs, etc.).

Bien entendu, puisqu'il vise le déploiement d'une « **démarche palliative** » intégrée à la pratique des professionnels et à l'activité des établissements, son évaluation doit être réalisée en tenant compte de leurs besoins et des enjeux auxquels ils sont confrontés.





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 besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont identifiées (8d E1- EA1), les situations de fin de vie sont intégrées à l'analyse des risques *a priori*.

Exemples de sources de données utilisées par l'établissement :

- les données PMSI ;
- nombre de décès par an pour l'hôpital puis par secteur d'activité ;
- pour les LISP : nombre de patients décédés/lit/an ; nombre de procédures LATA ;
- l'analyse de la conformité à la réglementation, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;
- le bilan de la dernière procédure de certification ;
- les évaluations, les audits, les enquêtes, les analyses statistiques dont les événements indésirables ;
- 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 ;
- les enquêtes bientraitance ;
- les échanges avec les bénévoles associatifs intervenant dans les services ;
- les comptes rendus des comités d'éthique ;
- les informations et éléments d'analyse dont disposent les représentants des usagers ;
- le recueil du point de vue des professionnels ;
- le bilan de l'équipe mobile de soins palliatifs, avec en particulier le nombre d'intervention ;
- le bilan de la psychologue du travail ;
- le bilan de la médecine du travail...

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

Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge et les droits des patients en fin de vie.





Politique et objectifs (13a E1- EA1)

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place (13a E1- EA1).

- Elle permet la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie la mise en place d'une démarche palliative (en parallèle ou en substitution d'un traitement curatif) en respectant leurs droits et en impliquant les instances et les acteurs concernés.
- Elle permet le soutien des professionnels confrontés à la souffrance et à la mort.
- Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques.
- Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement, notamment par la CRUQPC.
- Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité (1e E2- EA2).
- Elle est définie à partir de l'identification des besoins par secteur d'activité.
- Elle définit les stratégies de soins en fonction des volontés des patients.
- Elle repose, lorsque l'établissement ne dispose pas d'une EMSP ou d'une USP, sur le conventionnement avec les équipes ressources implantées dans le territoire de santé.

Exemples :

- proposer systématiquement au patient de rédiger ses directives anticipées et l'accompagner dans cette démarche s'il le souhaite ;
- renforcer l'accompagnement de la personne en fin de vie et de ses proches sur les plans physique, psychique et spirituel ;
- améliorer l'information du patient et l'annonce du diagnostic ;
- améliorer les modalités d'accueil des patients et de leurs proches ;
- optimiser dès les urgences l'identification des patients relevant de soins palliatifs ;
- mener des actions de promotion de la bientraitance sur les situations de fin de vie au sein des équipes ;
- créer une dynamique par des rencontres régulières entre associations et professionnels du service ;
- former et sensibiliser les professionnels aux droits des patients en fin de vie ;
- organiser le soutien des professionnels au sein des équipes...

Communication

- La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.
- Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs aux professionnels et aux usagers (2e E1- EA2).



La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration (8a E1- EA1).

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles ou d'équipes et de leur collaboration. Certaines actions sont spécifiques à certains secteurs d'activité.



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 ;
- suivi des actions, clôture et communication des résultats.

Exemples d'actions dans le cadre du programme d'amélioration :

- finaliser les actions de formation relatives à la démarche palliative et les soins en situation de fin de vie ;
- informer sur le rôle des associations de bénévoles auprès des professionnels et des usagers ;
- diffusion d'une brochure d'information sur les directives anticipées (rédigée par l'établissement lui-même ou celle du ministère de la Santé ou une brochure associative....) ;
- mettre en place des groupes de parole pour les professionnels ;
- évaluer la pertinence des mises en soins palliatifs ou LATA ;
- etc.

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 articulé 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 est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge et droits des patients en fin de vie à l'échelle de l'établissement.

Exemples :

- référent soins palliatifs ;
- commission soins palliatifs ;
- EMSP ;
- commission douleur soins palliatifs, médecin de la douleur ;
- président du CLUD ;
- cadre de santé ;
- etc.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication.

Exemples de missions spécifiques :

- définir la mise en œuvre des projets de soins palliatifs afin d'assurer la meilleure qualité de vie possible ;
- organiser des actions de sensibilisation et formation des professionnels sur la fin de vie.





Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique de prise en charge et droits des patients en fin de vie et sa mise en œuvre sont définis (2a E1- EA1, 2a E1- EA2) et précisés dans les fiches de poste, si cela s'avère pertinent.

Les personnes concernées sont par exemple :

- médecins et plus particulièrement : en réanimation, oncologie hématologie, gériatrie ;
- paramédicaux ;
- psychologue ;
- référents soins palliatifs des LISP ;
- médecin responsable de l'EMSP ;
- cadre de santé EMSP ;
- équipe mobile de soins palliatifs ;
- membres de la CRUQPC ;
- membres du comité éthique ;
- président de CME ;
- directeur des soins ;
- associations d'accompagnement et bénévoles.

→ Personnes pouvant être rencontrées durant l'investigation de la thématique.



Ressources humaines

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation (3a E1- EA1). Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

La prise en charge palliative se définit par une démarche pluriprofessionnelle intégrant médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeute, psychologue, et d'autres compétences accompagnant le patient.

Exemples de compétences identifiées :

- assistante sociale ;
- diététicienne ;
- aumônier ;
- esthéticienne ;
- sophrologue ;
- etc.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E2- EA3). Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Exemples de formation :

- formation relative à la démarche palliative animée par l'EMSP ;
- formation/DPC commune à plusieurs acteurs de santé (réseaux, HAD, libéraux, SSIAD, etc.) ;
- formation diplômante DU, DIU, DESC ;
- formation au toucher massage ;
- formation à la sophrologie ;
- etc.



Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies au regard de la spécificité de la fin de vie (3b E1- EA1).

Le soutien des équipes est organisé : groupe de parole, présence d'un psychologue pour le personnel...

Ressources documentaires

Processus

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

Exemples :

- processus d'information des usagers patients et entourage sur les dispositions de la loi du 22 avril 2005 relatives à la limitation et l'arrêt de traitements ;
- respect d'un délai entre le décès d'un patient et l'arrivée d'un nouveau malade dans la chambre ;
- etc.

Procédures

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

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

Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés.

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

Exemples :

- procédure de recueil des volontés du patient ;
- procédure de recueil et de conservation des directives anticipées ;
- procédure pour la mise en œuvre d'une démarche palliative ;
- procédure de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) ;
- procédure de sédation en fin de vie ;
- procédure de prise en charge (réadmission) rapide des patients à domicile qui décompensent
- etc.

Documents d'information et outils d'aide pour les professionnels

Les besoins en documents d'information et outils d'aide pour les professionnels (consignes, affiches, plaquettes) sont identifiés et les documents et outils élaborés.

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 élaborés. Le livret d'accueil intègre des informations sur les directives anticipées et le droit de refus du patient concernant un traitement ou un acte thérapeutique (charte de la personne hospitalisée).



Ressources en matériel

Exemples :

- des moyens d'évaluation de la douleur, notamment des outils spécifiques pour le recueil de la douleur au cours du soin : nursing, kiné, pansement, mobilisation ;
- des lieux pour accueillir voire héberger les proches ;
- etc.

Interfaces



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

Exemples :

- entre les différents acteurs :
 - EMSP et secteurs d'activité,
 - LISP et secteurs d'activité,
 - professionnels et bénévoles ;
 - entre les secteurs d'activité (services de soins) ;
 - etc.
- Personnes susceptibles d'être rencontrées en visite

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus à l'interface entre la ville et l'hôpital.





Le management médical et soignant des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la fin de vie des patients en lien avec les orientations de l'établissement.

- Il communique auprès de son équipe sur la politique de prise en charge et de promotion des droits des patients en fin de vie de l'établissement, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.
- Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement :
 - chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques ;
 - il a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre (8a E2- EA1) ;
 - ses objectifs sont en lien avec ses moyens.
- Il s'assure de la **conformité des pratiques** aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Exemples de vérification de conformité des pratiques :

- la traçabilité de la douleur dans le dossier est effective, notamment la traçabilité de la douleur au cours du soin ;
- la prise en charge de toute source de souffrance psychologique, sociale ou spirituelle ou d'inconfort est évaluée et donne lieu à des actions de soulagement ;
- les directives anticipées sont tracées lorsqu'elles existent, à défaut les préférences des patients et des proches sont recueillies ;
- la traçabilité des arrêts et limitations de traitements après décision collégiale ;
- etc.

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

- Elles connaissent les objectifs en matière de prise en charge et promotion des droits des patients en fin de vie définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre.
- Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie (13a E2- EA5).
- Elles participent :
 - à l'élaboration des protocoles et autres documents ;
 - à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, des EIG (8f E1- EA3), des vigilances sanitaires et réglementaires ;
 - aux démarches EPP (28a E1- EA1, 28a E2- EA2), aux RMM (28a E1- 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 temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.
- Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place (13a E2- EA3).
- Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements (13a E3- EA2).
- Des actions correctives sont mises en place au sein des secteurs d'activité en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.



Exemples :

- l'accueil et l'accompagnement des proches sont organisés : aménagement des horaires de visite, possibilité de se restaurer sur place, de dormir sur place, modalités d'information des proches ;
- le délai d'attente aux urgences est optimisé pour les patients relevant de soins palliatifs ;
- le recueil des directives anticipées est organisé ;
- les temps d'échanges collectifs et pluriprofessionnels autour des situations sont prévus et tracés ;
- les situations d'obstination déraisonnable sont identifiées et débattues ;
- les prescriptions anticipées permettent de gérer les situations de douleur ;
- les modalités pour prévenir les proches sont définies ;
- la présence de bénévoles d'accompagnement est favorisée ;
- etc.

Disponibilité des ressources



Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles

Disponibilité des compétences



Soins

- Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs.
 - ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge.
 - ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés (18a E2- EA1).
- Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite (18a E2- EA2). L'établissement dispose a minima d'un référent ou d'une équipe mobile de soins palliatifs en interne ou bénéficie d'un partenariat avec une équipe externe, que ce soit une équipe hospitalière, un réseau de soins palliatifs...



- L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée (13a E2- EA6).
 - Un partenariat avec des associations permettant un accompagnement spirituel ou religieux des personnes en fin de vie est formalisé.
- Les professionnels en poste, les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés aux situations des patients en fin de vie (3a E2- EA3, 3b E2- EA1).

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles à la démarche palliative (13a E2- EA1).

Disponibilité des documents



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

Des documents d'information sont mis à disposition des patients, concernant notamment les droits des patients et la fin de vie (13a E2- EA5).

Exemples :

- un document présentant les directives anticipées ;
- un document sur les droits des patients et notamment le droit de refuser des soins ;
- un document à destination des proches sur les associations ou structures d'aide pour le deuil ;
- un document à destination des proches sur le congé d'accompagnement solidarité et familial ;
- etc.

Disponibilité des ressources matérielles



Les personnes en fin de vie peuvent bénéficier de chambre individuelle.

Il existe une salle qui peut accueillir les proches.

Le service est équipé de telle manière que les proches peuvent rester sur place 24 heures sur 24.



**Points à confirmer avec un traceur système ou à croiser avec les résultats d'un patient traceur.**

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre (13a E2- EA1).

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre (13a E2- EA4).

Exemples de points d'observation :

- les professionnels proposent systématiquement aux patients de faire connaître leurs volontés concernant la mise en place ou la poursuite de traitements curatifs ou de maintien en vie dans l'hypothèse où ils ne seraient plus en capacité de les exprimer. L'échange est tracé dans le dossier.
- le recueil (et la retranscription dans le dossier) des souhaits des proches concernant leur implication auprès du patient est réalisé ;
- les situations des patients en fin de vie sont débattues entre professionnels, la conduite à tenir en cas de détérioration de la situation clinique est claire et partagée par chacun : attitude clinique, proche à prévenir ;
- la mise en place de soins de confort et de traitements antalgiques est adaptée en fonction des volontés du patient ;
- la mise en œuvre de prescriptions anticipées d'antalgiques est effective ;
- le patient est informé régulièrement suivant ses volontés sur sa situation ;
- il a accès rapidement à un psychologue ou un assistant social s'il en fait la demande ;
- il a accès à des bénévoles associatifs ou à un représentant du culte religieux de son choix ;
- les proches sont accueillis et informés au fur et à mesure ;
- il existe des lits pour accompagnant ;
- la situation du patient est régulièrement évaluée pour adapter le projet de soins personnalisé ;
- les professionnels peuvent expliquer les modalités de soutien dont ils peuvent bénéficier pour eux-mêmes ;
- il existe des temps d'échanges collectifs et pluriprofessionnels formalisés, dont la traçabilité permet de recueillir des précisions sur l'organisation, le lieu, l'heure, les participants, les décisions prises... ;
- il existe des espaces réflexifs permettant le soutien des professionnels : staff pluriprofessionnel ; espace éthique ; groupe de parole ; analyse de pratiques ; autres dispositifs...





À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage (ou pilote) assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus « Prise en charge et droits des patients en fin de vie ».

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 ;
- et/ou sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement ;
- sur la base du recueil du point de vue des patients et de leurs proches.

Exemples d'évaluations réalisées ou consolidées à l'échelle de l'établissement :

- évaluation de l'identification des patients en situation de soins palliatifs ;
- évaluation pluriprofessionnelle, en lien avec les structures concernées (comité d'éthique, CRUQPC, CME..), de la prise en charge des patients en fin de vie ;
- évaluation du projet de vie et des objectifs individualisés de prise en charge ;
- évaluation des modalités de recueil des souhaits liés à la fin de vie ;
- etc.

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.

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, au minimum, 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.

Exemples de bilan :

- nombre d'interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs sur l'année ;
- nombre de réunions du comité d'éthique sur l'année ;
- moyenne des DMS pour les patients identifiés soins palliatifs ;
- nombre de participants aux formations soins palliatifs ;
- nombre de RCP avec décision de mise en place d'une démarche palliative ;
- nombre d'interventions de bénévoles dans les services ;
- etc.





Amélioration continue



Communication sur les résultats

Amélioration continue



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

La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRUQPC, CME, commission de soins, etc.) (13a E3- EA1).

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre (13a E3- EA3).

La politique de prise en charge et droits des patients en fin de vie est ajustée en fonction des résultats des indicateurs (2e E3- EA1) et du suivi du plan d'action associé.

- Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations (8a E3- EA3) :
 - de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints ;
 - des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée.
- Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

Communication sur les résultats



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

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés (2e E1- EA2) et aux bénévoles associatifs.

Ils sont discutés en CRUQPC.





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



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

- | | |
|---------------|---------------|
| → 13a E1- EA1 | → 13a E2- EA6 |
| → 13a E2- EA1 | → 13a E3- EA1 |
| → 13a E2- EA3 | → 13a E3- EA2 |
| → 13a E2- EA4 | → 13a E3- EA3 |
| → 13a E2- EA5 | |

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

- | | | |
|--------------|--------------|---------------|
| → 1e E2- EA2 | → 5c E1- EA1 | → 8c E1- EA2 |
| → 2a E1- EA1 | → 5c E2- EA1 | → 8d E1- EA1 |
| → 2a E1- EA2 | → 5c E2- EA2 | → 8d E1- EA2 |
| → 2e E1- EA2 | → 5c E2- EA3 | → 8f E1- EA3 |
| → 2e E2- EA1 | → 8a E1- EA1 | → 9b E2- EA2 |
| → 2e E2- EA2 | → 8a E1- EA2 | → 18a E2- EA1 |
| → 2e E3- EA1 | → 8a E1- EA4 | → 18a E2- EA2 |
| → 3a E1- EA1 | → 8a E2- EA1 | → 28a E1- EA1 |
| → 3a E2- EA3 | → 8a E3- EA1 | → 28a E2- EA2 |
| → 3b E1- EA1 | → 8a E3- EA3 | |
| → 3b E2- EA1 | | |

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



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

