

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



Promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins.

Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activité qui en étroite collaboration :

- organise en prenant en compte les besoins de la population et les différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques, des parcours spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activité grâce à un travail en équipe pluriprofessionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.





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.

Exemples de sources de données concernant l'identification des besoins et des risques :

- les évaluations telles que :
 - les analyses de pertinence,
 - les audits,
 - les bilans issus de la mise en œuvre de la méthode du patient traceur, chemin clinique/analyse de processus, RCP, RMM...),
 - etc.
- les résultats d'analyse des indicateurs : indicateurs IPAQSS transversaux et de spécialité, indicateurs de pratique clinique choisis par l'établissement, et indicateurs hôpital numérique ;
- les événements indésirables liés au processus : réadmissions précoces imprévues, plaintes et réclamations des patients, bilan de la CRUQPC ;
- le nombre de patients/période, le nombre de séjours/période, l'analyse des DMS prolongées, l'analyse des hospitalisations multiples et réhospitalisations précoces ;
- etc.



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

- du recensement des besoins et attentes de la population issu d'une réflexion territoriale, du schéma régional d'organisation des soins – projet régional de santé (SROS-PRS) et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (1a E1- EA2) ;
- de toutes les étapes de la prise en charge du patient ;
- des différents processus et activités à risque ;
- des différents types de populations (enfants, personnes âgées, etc.), de pathologies, de typologies de parcours ;
- des maladies ou des situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (23a E1- EA2) ;
- de l'offre en programmes d'éducation thérapeutique dans l'établissement et sur le territoire de santé (23a E1- EA1) ;
- etc.

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 d'amélioration du « **parcours du patient** » intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement/projet d'établissement/projet médical et projet de soins/projet qualité (1a E2- EA1).

- Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques.
- Elle prend en compte a minima les orientations nationales telles que le programme national pour la sécurité du patient (2013-2017).
- Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement (1a E3- EA1, 1a E3- EA2).
- Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité (1e E2- EA2).
- Elle tient compte des moyens nécessaires (RH, financiers et matériels).
- Elle définit les orientations ou les stratégies, en matière :
 - d'organisation de principaux parcours, de coordination des acteurs, de développement/consolidation d'activités (18a E1- EA2, 19a E1- EA1, 19c E3- EA3, 23a E1- EA1, 23a E1- EA3) :
 - structuration et organisation des principaux parcours en lien avec l'extérieur et les missions des autres structures dans un système de soins organisé :
 - développement de l'ambulatoire et de l'HAD,
 - prise en charge des maladies aiguës,
 - prise en charge des maladies chroniques,
 - prise en charge des populations vulnérables,
 - prise en charge en urgence et prise en charge non programmée,
 - mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires,

Exemples :

- construction avec d'autres établissements de santé de projets médicaux partagés, d'équipes médicales communes ; développement de partenariats avec les structures médico-sociales ;
- organisation de la collaboration avec les professionnels extérieurs (MG, IDE, médecins spécialistes, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...).



- développement de réseaux ou conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation, la réinsertion (19a E3- EA2, 19c E3- EA3),
- développement ou consolidation d'activités ;
- d'organisation des prises en charge en prenant en compte les différentes étapes de la prise en charge, les spécificités en lien avec les populations vulnérables, les modes de prise en charge, les activités, etc. :
 - prise en charge des patients appartenant à une population spécifique (19a E1- EA1),
 - accueil du patient (16a E1- EA1, 16a E1- EA2, 16a E1- EA3) et de l'entourage (10d E1- EA1, 10d E1- EA2),
 - évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé (17a E1- EA1, 17a E1- EA2),
 - prise en charge somatique des patients en santé mentale (17b E1- EA1),
 - repérage des patients à risque de réhospitalisation et sortie du patient (24a E1- EA1),
 - éducation thérapeutique du patient (23a E1- EA2),
 - continuité et coordination des soins/communication dans l'établissement et au sein des équipes et avec les acteurs extérieurs (18a E1- EA1, 18a E1- EA3, 27a E1- EA1),
 - prise en charge nutritionnelle (19b E1- EA2),
 - prise en charge du risque suicidaire (19c E2- EA1),
 - prise en charge des urgences vitales dans l'établissement (18b E1- EA1),
 - approche centrée sur le patient,
 - etc.

Communication

- La politique est **diffusée** (1a E2- EA3) **en interne** à l'ensemble des professionnels et **en externe** (interlocuteurs au sein du territoire : usagers, médecins traitants, autres établissements, professionnels libéraux).
- 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 obtenus.

Identification des mesures de traitement des risques



La mise en œuvre de cette politique « **parcours du patient** » est déclinée en un programme d'amélioration.

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 (8a E1- EA1) 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 du parcours du patient :

- mise en place d'un dispositif d'amélioration de la sortie du patient : staff pluridisciplinaire, pochette de sortie, entretiens de sortie ;
- mise en place de réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires avec les acteurs de la ville pour organiser et améliorer les parcours ;
- développement de moyens de communication avec la ville (plate-forme téléphonique, télémedecine) ;
- etc.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues des contrôles réglementaires (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, une structure (par ex. une commission parcours de soins) ou une fonction sont définies pour piloter et mettre en œuvre la politique « **parcours du patient** » à l'échelle de l'ES.

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.

Rôles et responsabilités



Les rôles et responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique « parcours du patient » et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste (1f E1- EA3, 1f E2- EA2, 2e E1- EA1).

Les personnes concernées sont par exemple :

- le directeur et le président de la CME ;
- la direction qualité et gestion des risques ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le gestionnaire des risques ;
- les chefs de service, le médecin coordonnateur de l'UCA ;
- les cadres des services ;
- les professionnels de terrain ;
- etc.



Exemples d'activités pouvant être trouvées dans des fiches de poste

- **le directeur et le président de la CME élaborent :**
 - ❖ le projet médical de l'établissement ;
 - ❖ etc.
- **le directeur et le président de la CME suivent :**
 - ❖ l'état d'avancement du programme d'action ;
 - ❖ les tableaux de bord d'indicateurs « parcours », le bilan des plaintes et réclamations des patients, des résultats de l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients ;
 - ❖ les résultats d'EPP/DPC ;
 - ❖ etc.
- **la direction qualité/le coordonnateur des risques liés aux soins :**
 - ❖ recense et hiérarchise les événements liés aux interfaces entre les secteurs médicaux et médico-techniques ;
 - ❖ planifie et accompagne la mise en œuvre des actions d'évaluation (revue de pertinence d'hospitalisation, patient traceur, chemin clinique...) ;
 - ❖ organise le recueil des IPAQSS et en communique les résultats aux instances et pôles ;
 - ❖ intègre les actions d'amélioration concernant le parcours du patient au PAQSS ;
 - ❖ etc.
- **les chefs de services, cadres des services et les professionnels des secteurs d'activité :**
 - ❖ structurent et organisent les parcours et notamment les liens avec la ville ;
 - ❖ développent et consolident des activités au sein des parcours (ex. : développement de la télémedecine) ;
 - ❖ développent et suivent l'impact de l'EPP/DPC au service des parcours ;
 - ❖ recueillent et suivent les indicateurs « parcours » ;
 - ❖ etc.
- **les professionnels des secteurs d'activité :**
 - ❖ participent aux actions d'amélioration et aux différentes évaluations ;
 - ❖ etc.

Ressources



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.
- Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (3a E2- EA3).
- Les besoins en compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé sont identifiés (ex. : intervenants pivots ou coordonnateurs de soins¹).
- Ces actions de formation et/ou le DPC prennent en compte :
 - les orientations stratégiques en matière de parcours du patient ;
 - le développement des compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes (3a E1- EA3).

1. Intervenant pivot ou coordonnateur de soins : par exemple, coordonnateur de soins en cancérologie, qui coordonne les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement (plan cancer 2009-2013-mesure 18).



→ Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Ces actions ont notamment pour thèmes :

- la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire (19c E2- EA2) ;
- l'accueil et l'écoute du patient (16a E2- EA2) ;
- l'identification et la prise en charge des populations vulnérables (19a E2- EA1) ;
- l'utilisation du matériel d'urgence et les gestes de premier secours (18b E2- EA3) ;
- l'éducation thérapeutique du patient (23a E2- EA2), l'éducation thérapeutique du patient diabétique... ;
- la formation des professionnels à la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (20b E2- EA2) ;
- la formation des professionnels, au travail en équipe, à la prise en charge de la douleur...

Autres exemples de thèmes de formation :

- l'annonce d'une mauvaise nouvelle ;
- le coordonnateur du parcours du patient atteint de maladie chronique ;
- la formation sur la prise en charge des patients en soins palliatifs, sur la prise en charge de la douleur ;
- etc.

→ Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (3b E1- EA1).

Ressources documentaires

Processus

Les processus sont identifiés et formalisés (5c E1- EA1, 25a E1- EA1, 25a E1- EA3) en fonction des besoins et des risques spécifiques.

Exemples de processus :

- processus décrivant les interfaces entre les activités liées au parcours du patient incluant celles avec les processus support (système d'information, fonction transport) ;
- processus décrivant les liens avec les structures hors établissement : modalités de communication ville-hôpital, coopérations inter-hospitalières, partenariats avec les structures médico-sociales ;
- processus de prise en charge des pathologies ou des populations vulnérables ;
- processus de prise en charge dans les secteurs d'activités à risque ou innovantes ;
- etc.

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).

Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés.

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

Exemples de procédures :

- la procédure de prise en charge des urgences vitales ;
- les procédures de maîtrise des risques :
 - procédure de gestion des événements indésirables,
 - procédures spécifiques aux vigilances,
 - procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence,
 - etc.
- les procédures spécifiques au secteur d'activité : prise en charge en soins palliatifs, etc.



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

- Les besoins en documents d'information pour les professionnels des secteurs d'activité sont identifiés et mis à leur disposition : guides thématiques de référence actualisés, recommandations de bonne pratique, guide parcours, outils d'aide (5c E2- EA2, 8h E2- EA3, 12a E2- EA5, 20a E1- EA3, 20b E2- EA1, 21a E2- EA1, 22a E2- EA2, 26a E2- EA4, 26b E2- EA2, 28b E2- EA2).
- Les documents d'information nécessaires sont identifiés et élaborés avec les professionnels concernés.
- Les coordonnées des spécialistes à alerter en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité (18b E2- EA1).

Exemples de documents ou supports utiles pour l'activité de prise en charge :

- le projet de service ;
- des guides de bon usage des soins ;
- les outils d'aide pour la mise en œuvre des EPP, RMM ;
- le support pour professionnels pour l'éducation thérapeutique ;
- etc.

Documents d'information des patients et des usagers

- Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés. Ils concernent :
 - les supports d'information des patients (11a E2- EA1, 11a E2- EA2, 20a.bis E2- EA4) et des programmes d'éducation thérapeutique ;
 - les supports d'information des usagers.
- Les documents sont élaborés avec les professionnels concernés, mis à leur disposition et mis à jour à fréquence définie.

Documents d'information des patients et des usagers :

- livret d'accueil du patient ;
- support pour patient pour l'éducation thérapeutique ;
- pochette de sortie : documents de sortie pour le patient ;
- etc.

Ressources matérielles

Système d'information et autres solutions technologiques (5a E1- EA1)

- Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés.
- Le schéma directeur du système d'information prend en compte les programmes nationaux et régionaux (le programme hôpital numérique, la mise en place progressive du DMP et du dossier pharmaceutique, le projet trajectoire au niveau des ARS).

Exemples d'autres solutions technologiques :

- télémédecine, DMP, plate-forme téléphonique dédiée aux médecins généralistes, portail Internet...

Fonction transport

- La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance, entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement (6e E1- EA1).





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

Exemples :

- entre les différents secteurs d'activité (service de soins, services médico-techniques, services supports) ;
- entre les différents acteurs (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute...) ;
- avec les intervenants extérieurs (par ex. : comité de liaison ville-hôpital, réunions régulières de concertation parcours, pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles.





Le management du secteur d'activité (logistique, médical, soignant, médico-technique, et administratif selon les guides) s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours de patient en lien avec les orientations de l'établissement.

- Il communique auprès de son équipe sur la politique, 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 (8d E1- EA1) ;
 - il décline cette politique avec les équipes en projet de service, en objectifs opérationnels, en indicateurs et en plans d'action (8a E2- EA1) ;
 - ses objectifs sont en lien avec ses moyens ;
 - les spécificités sont en lien avec les principaux parcours et portent sur :
 - ❖ la qualité et la sécurité des prises en charge,
 - ❖ la qualité du fonctionnement du travail en équipe,
 - ❖ etc.

Ces plans d'amélioration concernent par exemple :

- le dispositif d'accueil du patient ;
- l'évaluation initiale et continue du patient, le projet de soins personnalisé ;
- l'évaluation somatique en santé mentale ;
- la prise en compte du risque suicidaire ;
- l'évaluation nutritionnelle ;
- la prise en charge des urgences vitales ;
- etc.

- 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 :

- remise effective du livret d'accueil au patient à son arrivée ;
- évaluation initiale complète du patient à son arrivée (douleur, risque suicidaire, évaluation nutritionnelle...) ;
- traçabilité effective de l'ensemble des données dans le dossier du patient ;
- remise effective du questionnaire de sortie au patient ;
- conformité des formulaires de demandes d'examen ;
- participation effective des professionnels aux réunions d'équipe, au DPC, à la déclaration des EI ;
- etc.

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

- Elles connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients définis au sein du service et les mesures à mettre en place pour les atteindre.



- Elles participent ;
 - à l'élaboration des procédures utiles à leur activité ;
 - à un programme de DPC/EPP en équipe (28a E2- EA1, 28a E2- EA2) tel que :
 - RCP en cancérologie (28a E1- EA3) ou autre secteur (28a E1- EA1),
 - RMM en chirurgie, anesthésie-réanimation, cancérologie ou autre (28a E1- EA2),
 - procédure d'accréditation des médecins/des équipes médicales,
 - chemin clinique,
 - méthode du patient traceur,
 - analyse de la pertinence (28b E2- EA1),
 - recueil et analyse des indicateurs de pratique clinique (28c E2- EA1, 28c E2- EA2),
 - audits/évaluations internes et externes,
 - etc.
 - à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI, EPR, EIG (8f E2- EA3, 8f E3- EA2) ;
 - au traitement des plaintes et réclamations (9a E2- EA1) ;
 - aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers (9b E3- EA1) en lien avec le parcours de soins ;
 - et autres actions d'amélioration...
- 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.

Disponibilité des ressources



Disponibilité des compétences



Disponibilité des documents



Disponibilité des ressources matérielles



Disponibilité des compétences



- 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 E1- EA1) ;
 - des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents (3a E2- EA1) ;
 - en cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées ;
 - les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences.
- 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).
- Les professionnels en poste sont formés (3a E2- EA3) et notamment :
 - à la prise en charge des urgences vitales (18b E2- EA3) ;
 - à la prise en charge des populations vulnérables (19a E2- EA2) ;
 - les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont intégrés et formés (3b E2- EA1).
- L'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels est encouragée.

Disponibilité des documents



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

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

Disponibilité des ressources matérielles



Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques (5a E1- EA1).

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible dans tous les secteurs d'activité (18b E2- EA2, non applicable en HAD).





Organisation des parcours



Prise en charge du patient

Organisation des parcours



Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients.

Elle concerne notamment :

- l'ensemble des étapes de la prise en charge (16a E1- EA1, 24a E1- EA1), les activités, les spécificités liées aux pathologies, aux populations de patients (16a E1- EA2), aux modalités de prise en charge (par ex. : hospitalisation complète, hospitalisation de jour...) ;
- l'identification des patients à risque suicidaire (19c E1-EA1) ;
- en cas de risque suicidaire, la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient (19c E2-EA1, 19c E3- EA3) ;
- l'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique (19b E1-EA1) ;
- les actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel : elles sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage (19b E2- EA1) ;
- l'organisation de la permanence des soins :
 - des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24 (18a E1- EA1) ;
- l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en charge du patient :
 - une concertation pluriprofessionnelle au sein de l'équipe autour de la prise en charge du patient et une collaboration des secteurs d'activité entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient sont en place (18a E2- EA1, 18a E2- EA2, 17b E1- EA2, 27a E1- EA1),
 - l'organisation des échanges avec les structures ou professionnels extérieurs : des mécanismes de coordination et des modalités de transmission de l'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs opérationnelles (18a E1- EA2, 18a E1- EA3, 23a E1- EA3) ;
- l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales :
 - procédure définie au sein de l'établissement opérationnelle dans le secteur d'activité (18a E1- EA1),
 - en HAD, procédure remise et expliquée au patient et/ou à son entourage (18b E1- EA2).





La méthode du patient traceur contribue à évaluer de manière rétrospective la réalité de la prise en charge à partir d'un séjour de patient hospitalisé.

L'accueil du patient dans le service

- Il est réalisé selon des modalités définies : remise du livret d'accueil (16a E1- EA1), personne désignée pour l'accueil.
- Il est adapté selon la population à laquelle appartient le patient (19a E1- EA1, 16a E1- EA2).
- Il assure une information du patient, claire et compréhensible, sur les conditions de sa prise en charge (16a E2- EA1).
- Il est caractérisé par une attitude d'écoute et la disponibilité des professionnels (16a E2- EA2).
- Le délai prévisible de prise en charge est annoncé (16a E2- EA3).

L'accueil de l'entourage

- **Conditions d'accès de l'entourage du patient** : elles sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant), possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées, adaptation à la situation du patient (contrainte) (10d E2- EA1).
- **Modalités d'information de la famille sur l'état de santé du patient (si adapté accueil personnalisé et de soutien)** : un accueil spécifique est organisé, en cas de situation grave (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) (10d E2- EA2).

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet de soins personnalisé

Évaluation initiale

- L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier (14a E2- EA2, 17a E1- EA2, 25a E3- EA1).
- Elle comprend notamment :
 - le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie ;
 - l'évaluation de la douleur (12a E2- EA3) ;
 - les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels (19b E1- EA1) ;
 - l'identification du risque suicidaire le cas échéant (19c E1- EA1) ;
 - un bilan somatique en santé mentale (17b E2- EA1) ;
 - la recherche d'allergies ;
 - la recherche du traitement personnel du patient (20a.bis E1- EA2) ;
 - le recueil de ses besoins (17a E1- EA1) ;
 - la conclusion de l'évaluation initiale ;
 - etc.

Projet de soins personnalisé/projet thérapeutique

- Il est établi en concertation avec les professionnels concernés et en impliquant le patient et son entourage (17a E2- EA2, 27a E2- EA1).
- Il est tracé dans le dossier.
- Il prend en compte la réflexion bénéfice risque (17a E2- EA3).
- Il est adapté à la population à laquelle appartient le patient (19a E1- EA1).
- En oncologie, la RCP permet la prise de décision (28a E1- EA3).



- Il inclut le volet somatique en santé mentale (17b E1- EA1).
- Il permet en fonction des objectifs de soins aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques (17a E1- EA2).
- En cas de mesures de limitation de liberté, une réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient, l'information du patient et la recherche de son consentement, une concertation avec l'équipe soignante préalables sont tracées dans le dossier (10e E2- EA3).

Évaluation continue

- Elle est tracée dans le dossier.
- Elle évalue l'efficacité du traitement et recherchant d'éventuels effets secondaires (17a E2- EA4).
- Elle assure :
 - un suivi somatique en santé mentale (17b E2- EA2) ;
 - une réévaluation quotidienne de la prescription en cas de restriction de liberté (10e E2- EA3) ;
 - la réévaluation de la douleur (12a E2- EA3) ;
 - plus généralement, une évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance
 - l'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures (8h E2- EA4).
- Elle permet l'ajustement du projet personnalisé de soins en impliquant le patient et/ou son entourage (17a E2- EA4).
- Elle est associée à une information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements (11a E1- EA1).
- Elle est associée à une information du patient sur les modifications apportées à son traitement (20a.bis E2- EA4).

Éducation thérapeutique du patient

- Une évaluation des besoins éducatifs du patient, ou réévaluation (si patient déjà dans un programme) est réalisée (23a E2- EA1).
- Un projet personnalisé éducatif est établi si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce patient (23a E2- EA1) :
 - soit sous forme d'actions éducatives ciblées (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences...) ;
 - soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé :
 - soit au travers d'un projet d'ETP personnalisé dans l'établissement, dans le cas où l'établissement a un programme d'ETP autorisé,
 - soit en faisant entrer le patient dans un programme autorisé dans son environnement proche dans le cas où l'établissement n'a pas de programme d'ETP autorisé.

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats de biologie médicale

- Les demandes d'analyse sont argumentées, identifiées, datées et signées (renseignements cliniques, motif de l'examen de biologie médicale) (21a E2- EA2).
- Les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient (21a EA3- EA2).
- Les résultats sont retrouvés dans le dossier (14a E2- EA1).
- Le patient est informé en cas d'examen de biologie médicale et son consentement recherché pour certains prélèvements.



Demande d'examen et transmission des résultats d'imagerie

- Les demandes d'examens radiologiques sont argumentées, identifiées, datées et signées (renseignements cliniques, motif de l'examen) (22a E2- EA2).
- Les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient (22a EA3- EA2).
- Les résultats sont retrouvés dans le dossier (14a E2- EA1).
- La perception du patient sur sa PEC en imagerie médicale (délai d'attente, information, transport, confidentialité, dignité...) est satisfaisante.

Sortie ou transfert du patient

- Elle est organisée le plus tôt possible après l'admission et planifiée, prenant en compte le point de vue du patient et/ou de son entourage (24a E1- EA3).
- Les patients à risque élevé de réhospitalisation sont repérés.
- La sortie ou le transfert est organisé en associant les professionnels d'aval lorsque la situation le nécessite (24a E1- EA2).
- La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile est anticipée (6g E1- EA1).
- La sortie ou le transfert est effectif si le patient est stable et si son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert (24a E1- EA1).
- Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient (24a E2- EA2).

Une information orale est délivrée au patient et/ou à son entourage sur :

- son traitement de sortie avec l'ordonnance ;
 - la (les) consultation(s) de suivi ;
 - les soins paramédicaux éventuels ;
 - le régime ;
 - les autres recommandations de surveillance.
- Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité (24a E2- EA1).
 - Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires (24a E2- EA3).
 - Un document de sortie du patient, lisible par le patient, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie est en cours d'élaboration par la HAS. Ce document s'intègre dans le cadre du programme national de sécurité du patient (PNSP). C'est un élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge. Il permet d'assurer la continuité « hôpital-ville » et lors d'un transfert vers un autre établissement. Il comportera :
 - des rubriques obligatoires telles que :
 - le motif d'hospitalisation,
 - les résultats pertinents normaux et anormaux des actes cliniques, paracliniques et techniques réalisés,
 - la synthèse médicale du séjour,
 - la suite à donner,
 - le traitement de sortie ;
 - et des rubriques optionnelles sélectionnées par les équipes adaptées au type de patients pris en charge et à leur environnement.
 - Parallèlement, l'indicateur DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) est amené à évoluer. Il sera progressivement remplacé par un indicateur intitulé « qualité du document de sortie à la sortie » : il s'agit d'un document produit à la sortie comportant 5 critères issus des rubriques obligatoires ci-dessus (le contenu de cet indicateur est en cours de validation) : ce futur indicateur sera expérimenté au cours du 1^{er} semestre 2015 pour le MCO et sera généralisé en 2016 en fonction des résultats de cette expérimentation (sans diffusion publique). Une campagne nationale avec diffusion publique aura lieu en 2018 après concertation pour le MCO. Des actualisations similaires sont envisageables pour les autres secteurs.
 - Un questionnaire de sortie est remis au patient (9b E2- EA1).



Continuité et coordination des soins

L'organisation autour de la prise en charge du patient permet d'assurer la continuité et la coordination des soins.

- En cas d'admission programmée, une prise en charge du patient est préorganisée : planification des examens et des consultations, date, heure d'entrée (18a E2- EA1).
- Une tenue du dossier optimale : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient, les informations médicales et paramédicales relatives à la prise en charge du patient sont actualisées (14a E2- EA1, 18a E1- EA3).
- Une concertation pluriprofessionnelle a lieu au sein de l'équipe autour de la prise en charge du patient et une collaboration des secteurs d'activité entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient est organisée (staff, RCP) (18a E2- EA1, 18a E2- EA2, 17b E1- EA2, 27a E1-EA1).
- En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer...), les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier (14a E2- EA1).

Identification du patient

La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective au regard des organisations prévues et notamment :

- la vérification effective de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique par les professionnels de santé (15a E2- EA3) et pour tous les types de prise en charge (consultations externes, hospitalisations, etc.) ;
- la mise en œuvre effective des procédures de vérification de l'identité du patient (carte d'identité valide) par le personnel de l'accueil administratif aux heures ouvrables (bureau des admissions, consultations) et de nuit (urgences, maternité) (15a E2- EA2).

Les professionnels contribuent aux actions d'évaluation et ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement (2e E2- EA2), dont les évaluations de la satisfaction des usagers (9b E2- EA2).





À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage (ou pilote) assure le suivi de la qualité et l'efficacité du parcours du patient.

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.

Elle concerne notamment :

- le dispositif d'accueil du patient (16a E3- EA1) ;
- la traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins (17a E3- EA1) ;
- la prise en charge somatique (en santé mentale) (17b E3- EA1) ;
- la prise en charge des urgences vitales (18b E3- EA1) ;
- la prise en charge des personnes appartenant à une population vulnérable (19a E3- EA1) ;
- la prise en charge nutritionnelle (19b E3- EA1) ;
- la prise en charge du risque suicidaire (19c E3- EA1, 19c E3- EA2) ;
- les conditions d'accès et la mise en œuvre des programmes d'ETP (23a E3- EA1) ;
- la qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval (24a E3- EA1) ;
- la pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert (24a E3- EA2) ;
- les activités de soins de suite et de réadaptation (27a E3- EA1) ;
- la continuité et la coordination des soins (18a E3- EA1).

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 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 politique parcours du patient (1a E3- EA1) ainsi que la politique EPP (DPC) (1f E3- EA2) sont ajustées 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.
- L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances (1f E3- EA1) et informe les professionnels des résultats obtenus (1f E2- EA3).
- Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés (2e E2- EA2).





Liste des éléments d'appréciation



Indicateurs

Liste des éléments d'appréciation



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

→ 16a E1- EA1	→ 18a E1- EA1	→ 19b E1- EA1	→ 23a E1- EA3
→ 16a E1- EA2	→ 18a E1- EA2	→ 19b E1- EA2	→ 23a E1- EA1
→ 16a E1- EA3	→ 18a E1- EA3	→ 19b E1-EA1	→ 23a E1- EA2
→ 16a E2- EA1	→ 18a E2- EA1	→ 19b E2- EA1	→ 23a E1- EA3
→ 16a E2- EA2	→ 18a E2- EA2	→ 19b E3- EA1	→ 23a E2- EA1
→ 16a E2- EA3	→ 18a E3- EA1	→ 19c E1- EA1	→ 23a E2- EA2
→ 16a E3- EA1	→ 18b E1- EA1	→ 19c E1-EA1	→ 23a E3- EA1
→ 17a E1- EA1	→ 18b E1- EA2	→ 19c E2- EA1	→ 24a E1- EA1
→ 17a E1- EA2	→ 18b E2- EA1	→ 19c E2- EA2	→ 24a E1- EA2
→ 17a E2- EA2	→ 18b E2- EA2	→ 19c E2-EA1	→ 24a E1- EA3
→ 17a E2- EA3	→ 18b E2- EA3	→ 19c E3- EA1	→ 24a E2- EA1
→ 17a E2- EA4	→ 18b E3- EA1	→ 19c E3- EA2	→ 24a E2- EA2
→ 17a E3- EA1	→ 19a E1- EA1	→ 19c E3- EA3	→ 24a E2- EA3
→ 17a E1- EA2	→ 19a E2- EA1	→ 21a E2- EA1	→ 24a E3- EA1
→ 17b E1- EA1	→ 19a E2- EA2	→ 21a E2- EA2	→ 24a E3- EA2
→ 17b E1- EA2	→ 19a E3- EA1	→ 21a E3- EA2	→ 27a E1- EA1
→ 17b E2- EA1	→ 19a E3- EA2	→ 22a E2- EA2	→ 27a E1-EA1
→ 17b E2- EA2	→ 19aE1- EA1	→ 22a E3- EA2	→ 27a E2- EA1
→ 17b E3- EA1			→ 27a E3- EA1



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

→ 11a E1- EA2	→ 3b E1- EA1	→ 8h E2- EA3	→ 20a E1- EA3
→ 1a E2- EA1	→ 3b E2- EA1	→ 8h E2- EA4	→ 20a.bis E1- EA2
→ 1a E2- EA3	→ 5a E1- EA1	→ 9a E2- EA1	→ 20a.bis E2- EA4
→ 1a E3- EA1	→ 5c E1- EA1	→ 9b E2- EA1	→ 20b E2- EA1
→ 1a E3- EA2	→ 5c E2- EA1	→ 9b E2- EA2	→ 20b E2- EA2
→ 1e E2- EA2	→ 5c E2- EA2	→ 9b E3- EA1	→ 25a E1- EA1
→ 1f E1- EA3	→ 5c E2- EA3	→ 10d E1- EA1	→ 25a E1- EA3
→ 1f E2- EA2	→ 6e E1- EA1	→ 10d E1- EA2	→ 25a E3- EA1
→ 1f E2- EA3	→ 6g E1- EA1	→ 10d E2- EA1	→ 26a E2- EA4
→ 1f E3- EA1	→ 8a E1- EA1	→ 10d E2- EA2	→ 26b E2- EA2
→ 1f E3- EA2	→ 8a E1- EA2	→ 10e E2- EA3	→ 28a E1- EA1
→ 2e E1- EA1	→ 8a E1- EA4	→ 11a E1- EA1	→ 28a E1- EA2
→ 2e E1- EA2	→ 8a E2- EA1	→ 11a E2- EA1	→ 28a E1- EA3
→ 2e E2- EA1	→ 8a E3- EA1	→ 11a E2- EA2	→ 28a E2- EA1
→ 2e E2- EA2	→ 8a E3- EA3	→ 12a E2- EA3	→ 28a E2- EA2
→ 2e E3- EA1	→ 8c E1- EA2	→ 12a E2- EA5	→ 28b E2- EA1
→ 3a E1- EA1	→ 8d E1- EA1	→ 14a E2- EA1	→ 28b E2- EA2
→ 3a E1- EA3	→ 8d E1- EA2	→ 14a E2- EA2	→ 28c E2- EA1
→ 3a E2- EA1	→ 8f E2- EA3	→ 15a E2- EA2	→ 28c E2- EA2
→ 3a E2- EA3	→ 8f E3- EA2	→ 15a E2- EA3	

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

