



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RÉFÉRENTIEL**

---

# Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Octobre 2020

---

# Descriptif de la publication

Titre	Certification des établissements de santé
Méthode de travail	Groupes de travail et co-construction
Cibles concernées	Professionnels et représentants des usagers des établissements de santé, Agences régionales de santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Validation par le Collège le 15 octobre 2020
Actualisation	
Immatriculation interne	ACC01_R004_B

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## La certification de la Qualité des soins : “Patients, soignants, un engagement partagé”

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

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

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

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

**Elle se distingue des inspections et n'a pas vocation à réaliser un palmarès des hôpitaux entre eux.** Obligatoire, elle est codifiée à l'article L. 6113-3 (et suivants) du Code de la santé publique.

**Cette démarche est réalisée selon des standards internationaux** : la HAS est elle-même évaluée par l'*International Society for Quality in Health Care* (ISQua) via l'International accreditation program (IAP), le programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins.

## En évolution constante depuis 20 ans...

La démarche de certification des établissements de santé a débuté il y a 20 ans. Elle s'inscrivait dans le cadre d'une volonté générale – en France et à l'international, dans le domaine sanitaire comme d'autres secteurs d'activité – de sécuriser au mieux les processus de production. Elle répondait également à une attente légitime de plus grande transparence sur la qualité du service rendu, pour les patients et leurs représentants, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels de santé. Elle a permis de stimuler une démarche collective visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

La démarche a constamment évolué au cours du temps, chaque itération prenant appui sur les acquis de la précédente pour introduire de nouveaux objectifs, méthodes ou exigences.

La première procédure date de juin 1999. Elle a permis de développer la culture de qualité et de sécurité des soins et d'impliquer les établissements dans une démarche d'amélioration continue.

La deuxième itération de la procédure de certification, lancée en 2005, introduisait l'évaluation des pratiques professionnelles dans les unités de soins.

La troisième itération (dite V2010) a mis en place une exigence accrue en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques et a mis en exergue des exigences essentielles, à travers les pratiques exigibles prioritaires.

Enfin, la V2014 a été développée pour renforcer la capacité des établissements de santé à identifier et maîtriser leurs risques en continu. Elle a introduit la méthode d'évaluation centrée sur le patient avec la méthode du patient traceur et a mobilisé le management de l'établissement de santé sur les enjeux de qualité et de sécurité des soins.

En outre, l'introduction en 2017 de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) dans les modalités de financement des établissements de santé et la prise en compte des résultats de la certification dans ce cadre valorisent financièrement les niveaux de décision de certification.

## ... la certification des établissements de santé se transforme profondément...

Le Collège de la HAS a fixé trois ambitions pour le développement de la nouvelle certification.

### Médicaliser la certification et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient

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

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

### Simplifier la démarche de certification dans tous ses aspects

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

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

Des méthodes d'évaluation pragmatiques et proches du terrain :

- la mise à disposition des méthodes et des outils permettant à l'établissement, s'il le souhaite, la réalisation de son auto-évaluation dans des conditions similaires à la visite ;
- des rapports d'évaluation synthétiques ;
- un référentiel modulable selon les spécificités de chaque établissement (intégration des données des bases nationales : SAE, PMSI, etc. pour personnaliser le référentiel et la visite) ;
- des **résultats** de certification lisibles par tous.

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

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

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

### Le développement de l'engagement des patients

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

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

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

Pour accompagner l'acculturation progressive des établissements de santé à la démarche qualité, celle-ci s'est structurée en plusieurs étapes et s'est, dans un premier temps, concentrée sur la mise en place de procédures et processus qualité. Cette étape, nécessaire, constitue un moyen et non une fin en soi. Il convient désormais de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats, maximisant la pertinence et la qualité du soin délivré. L'enjeu de la pertinence est majeur, puisque – à dire d'experts – les examens ou actes non pertinents sont estimés à 25-30 %, générant autant de risques ou d'événements indésirables évitables. **La démarche d'analyse de la pertinence (c'est-à-dire le questionnement sur le caractère approprié des prescriptions d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux, de séjours d'hospitalisation) et des résultats de leurs pratiques par les équipes de soins est au cœur du nouveau dispositif de certification.** L'engagement des équipes à analyser leurs pratiques pour améliorer la pertinence et les résultats sera évalué.

### Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques

La prise en charge des patients se fait aujourd'hui, majoritairement, dans un cadre pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, en lien avec la chronicité, la complexité et la technicisation des prises en charge. Ainsi, il est rare qu'un professionnel intervienne seul pour la prise en charge d'un patient. La coordination entre les différents acteurs au cours de la prise en charge est un enjeu essentiel de la qualité des soins et de la réduction des risques. L'analyse des déclarations d'événements indésirables graves mentionne le défaut de fonctionnement en équipe comme facteur de la survenue d'un événement sur quatre. Le nouveau dispositif de certification prend en compte cet enjeu, aussi bien au niveau des équipes au sein de l'établissement qu'avec les autres acteurs du parcours de santé des patients.

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

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

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

# Le référentiel

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

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

Ce référentiel a fait l'objet d'une élaboration concertée et d'une construction partagée entre la HAS et les professionnels de santé, les instances et les représentants des usagers. Conformément aux dispositions de la procédure de certification parue au Journal Officiel, ce référentiel décline le système de la certification sur ses différents aspects :

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

## Un référentiel structuré en 15 objectifs répartis en trois chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement

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

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 – Le patient	1.1 – Le patient est informé et son implication est recherchée
	1.2 – Le patient est respecté
	1.3 – Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
	1.4 – Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Chapitres	Objectifs
Chapitre 2 – Les équipes de soins	2.1 – La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
	2.2 – Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
	2.3 – Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
	2.4 – Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
Chapitre 3 – L'établissement	3.1 – L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
	3.2 – L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
	3.3 – La gouvernance fait preuve de leadership
	3.4 – L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
	3.5 – Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
	3.6 – L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté
	3.7 – L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

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

Le deuxième chapitre concerne **les équipes de soins**, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves, ainsi que des rapports de certification de V2014, conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.

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

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

À titre d'exemple : l'objectif d'information et d'implication du patient (chapitre 1) entre en résonance avec l'objectif assigné à l'équipe de soins d'argumenter la pertinence des choix de prise en charge (chapitre 2), et avec l'exigence de développer une politique en faveur de l'engagement des patients individuellement mais aussi collectivement (chapitre 3).

On retrouve également des correspondances entre les analyses des pratiques attendues des équipes (chapitre 2) et le soutien que l'établissement doit apporter à la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins (chapitre 3).

L'enjeu du travail en équipe (chapitre 2) est en correspondance avec l'exigence pour l'établissement de favoriser le travail en équipe et le développement des compétences (chapitre 3).

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

Le référentiel contient 90 critères génériques, qui s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, et 41 critères spécifiques liés à des champs d'application relevant :

- de populations : enfant et adolescent, patient âgé, patient vivant avec un handicap ;
- de modes de prise en charge : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (catégorie regroupant les soins continus, les soins intensifs et la réanimation) ;
- de secteurs d'activité : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

- 111 critères **standard** qui correspondent aux attendus de la certification ;
- 15 critères **impératifs** qui correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement ;
- 5 critères **avancés** qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils constituent les potentiels critères standard de demain.

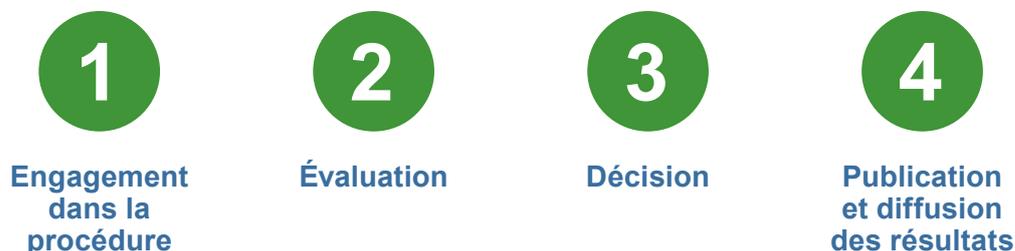
## Un référentiel composé de critères précisés sous forme de fiches descriptives

Les critères sont présentés sous forme de fiches qui contiennent les éléments utiles à la compréhension et à l'évaluation du critère.

Section	Description
Arborescence	Rappel du chapitre et de l'objectif auquel appartient le critère
Critère	Intitulé du critère
Description du critère	Paragraphe descriptif identifiant les enjeux qui sont liés au critère
Champ d'application	Rappel du champ d'application générique ou spécifique
Niveau d'exigence du critère	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standard</li> <li>• Impératif</li> <li>• Avancé</li> </ul>
Éléments d'évaluation	Résultats attendus, lesquels seront évalués pour apprécier si l'établissement de santé répond ou non au critère
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients</li> <li>• Professionnels</li> <li>• Gouvernance</li> <li>• Représentants des usagers</li> </ul>
Méthodes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient traceur</li> <li>• Parcours traceur</li> <li>• Traceur ciblé</li> <li>• Audit système</li> <li>• Observation</li> </ul>
IQSS	Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, marqueur complémentaire à l'évaluation du critère
Références	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Références HAS</li> <li>• Références légales et réglementaires</li> <li>• Autres</li> </ul> <p>Les références sont données à titre indicatif et ne sauraient constituer l'ensemble des références ou obligations auxquelles les organismes soumis à la procédure de certification doivent se conformer. Elles sont par ailleurs susceptibles d'évoluer à tout moment.</p>

# La démarche de certification en pratique

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



	INITIALEMENT	ANNUELLEMENT	
<b>1</b> Engagement dans la procédure de certification	<b>ES</b> Engagement	<b>HAS</b> Intégration des données issues des bases nationales	<b>ES</b> Validation de la mise à jour des données de l'établissement
<b>2</b> Évaluations	ENTRE 2 VISITES		
	<b>ES</b> Évaluation(s) interne(s) (Transmission possible mais non obligatoire à la HAS)		
	L'ANNÉE DE LA VISITE		
<b>3</b> Décision	<b>HAS</b> Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES <b>HAS</b> Visite	
	<b>HAS</b> Transmission du rapport de visite à l'ES 15 jours après la visite	<b>ES</b> Transmission des observations 1 mois après réception du rapport	<b>CCES</b> Décision de certification Après observations
<b>4</b> Publication et diffusion des résultats	<b>HAS</b> Notification et diffusion de la décision et du rapport		<b>ES</b> Possibilité de formuler un RG 2 mois après réception de la décision
	<b>CERTIFIÉ</b>	<b>CERTIFICATION SOUS CONDITIONS</b>	<b>NON CERTIFIÉ</b>
	Nouvelle visite sous 4 ans	Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois	Visite reprogrammée dans les 12 à 24 mois

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

L'engagement dans la démarche s'effectue par entité juridique sauf conventionnement particulier avec la HAS en se connectant sur le site : <https://calista.has-sante.fr> (système d'information de la certification : CALISTA).

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

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

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

Cette étape d'engagement consiste aussi à identifier le profil de l'établissement.

Le profil de l'établissement est déterminé par des données qualifiant ses activités, leur volume, ses modes de prise en charge et les populations de patients qu'il accueille. Elles sont importées annuellement des bases nationales (SAE, PMSI, ARHGOS...).

Le profil de l'établissement permet ainsi de définir :

les critères spécifiques du référentiel qui sont applicables à l'établissement. En effet, les critères génériques sont applicables à tout établissement alors que les critères spécifiques dépendent des activités, des modes de prise en charge ou du type de population accueillie ;

- le nombre et les méthodes d'évaluation qui seront utilisées lors de la visite ( nombre et profils des patients traceurs, parcours traceurs, ...).

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

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

- son référentiel personnalisé ;
- les actualités liées à la certification ;
- les documents qu'il souhaite partager (projet d'établissement, organigramme,);
- ses indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), ses données importées des bases nationales, diverses informations contextuelles (informations issues des autorités de tutelle, engagement dans le projet PACTE, accréditation des médecins et des équipes...);
- les bilans de ses évaluations internes ;
- son calendrier de visite ;
- ses rapports de certification ;
- etc.

**Un référentiel  
adapté à chaque  
établissement**

**CALISTA :  
une plateforme  
collaborative**

## Des méthodes d'évaluation proches du terrain

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



**Le patient traceur**



**Le parcours traceur**



**Le traceur ciblé**



**L'audit système**



**L'observation**

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

### Patient traceur

Le patient traceur évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. Il recueille, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que son vécu soit le plus large possible.

L'évaluateur se fait présenter le patient par son médecin référent ou son représentant, puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient.

Cette méthode n'est mobilisée, pour les évaluations externes, que par les experts-visiteurs médecins.

### Parcours traceur

Le parcours traceur évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe. Il apprécie aussi la culture qualité et sécurité des soins. L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la prise en charge en s'appuyant sur un dossier « fil rouge » auquel seront associés des dossiers identiques si le dossier « fil rouge » ne permet pas de recueillir toutes les informations recherchées.

Ensuite, l'évaluateur, accompagné d'un professionnel, retrace le parcours physique du patient. À cette occasion, il rencontre les différentes équipes intervenant dans le parcours type retenu et complète ainsi son évaluation.

### Traceur ciblé

Le traceur ciblé consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie de l'audit système puisque l'évaluation part du terrain pour remonter, en cas de dysfonctionnements observés, vers le processus. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées.

En visite, plusieurs traceurs ciblés sont réalisés par les experts-visiteurs : circuit du médicament et des produits de santé, prévention des infections associées aux soins, gestion des événements indésirables, accueil non programmé, transport en intrahospitalier des patients et gestion des produits sanguins labiles.

*Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins*

*Une évaluation de la coordination des services*

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

**Une évaluation de la politique jusqu'au terrain**

### Audit système

L'audit système consiste à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie du traceur ciblé puisque l'évaluation part de la compréhension du processus jusqu'à la vérification, sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels. Pour ce faire, l'évaluateur consulte, dans un premier temps, l'ensemble des éléments constitutifs du processus. Puis, dans un deuxième temps, il rencontre, selon le processus concerné, la direction, la présidence de CME, la direction des soins ou équivalent ou les responsables en charge d'une structure spécifique, les représentants des usagers. Le troisième et dernier temps consiste à évaluer, avec les professionnels, dans quelle mesure le processus est mis en œuvre sur le terrain.

### Observations

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

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

### ... En pratique

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

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

**CALISTA : un outil pour générer ses grilles d'évaluation**

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

Ces grilles sont structurées selon les cibles à rencontrer ou consultations documentaires ou observations à réaliser :

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

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

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

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

**Exemple :** pour un élément d'évaluation, les évaluateurs réalisent 12 patients traceurs. Ils obtiennent donc 12 réponses :

- huit « oui » ;
- deux « non » ;
- une « non applicable » ;
- une « réponse inappropriée ».

Le résultat de l'élément d'évaluation est de 80 % (8 « oui » pour 10 réponses valides).

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

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

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

Les résultats des critères avancés n'entrent pas dans cette cotation, ils le sont uniquement au moment de la décision.

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

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

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

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

Pour ne pas mobiliser l'énergie des professionnels au détriment de réalisations concrètes au bénéfice direct des patients, la transmission de l'évaluation interne de l'établissement à la HAS n'est plus obligatoire.

Les établissements de santé sont néanmoins invités à réaliser régulièrement leur évaluation interne et à adresser une fois par an leurs résultats à la HAS, *via* CALISTA.

## Une évaluation externe confiée à des experts-visiteurs

Les équipes d'experts-visiteurs sont :

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

Les experts-visiteurs sont choisis en fonction :

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

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

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

### La préparation de la visite

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

Le programme de visite est élaboré par la HAS en collaboration avec l'expert-visiteur coordonnateur selon le profil de l'établissement et ses résultats d'IQSS. Il liste l'ensemble des évaluations à réaliser (méthodes appliquées et personnes rencontrées). Un calendrier personnalisé en précise l'ordonnancement.

Une conférence téléphonique réunissant les responsables de l'établissement de santé, le coordonnateur de visite et le représentant de la HAS permet de finaliser la préparation de la visite.

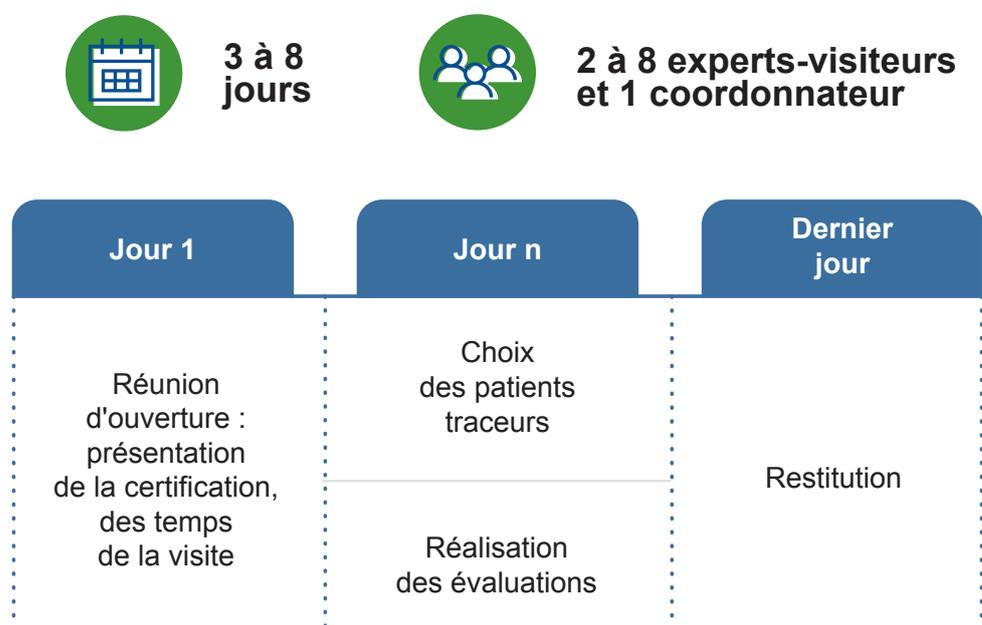
## La visite

Pour les patients traceurs, le choix des patients est réalisé lors de la visite en regard de la liste des patients présents ; ce choix est conditionné au consentement des patients.

Le coordonnateur peut adapter le programme de visite et son calendrier dès lors qu'une ou plusieurs séquences ne peuvent être réalisées ou bien qu'apparaît la nécessité d'approfondir une évaluation. L'établissement en est informé lors des briefings du soir.

Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée. Elle caractérise la nature de l'anomalie et en détermine les causes. Sont appréciés : l'impact sur le patient, les pratiques habituelles, la connaissance de l'établissement de cette situation, l'intégration dans la gestion de ses risques, et les éventuelles mesures conservatoires mises en œuvre ou projetées. Cet argumentaire, partagé avec l'établissement, a vocation à éclairer la prise de décision de la commission de certification.

Plusieurs fois par jour de visite, des temps d'échange entre l'établissement et les experts-visiteurs sont prévus :



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

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

Les synthèses sont une appréciation sur les résultats, soulignant soit les améliorations attendues soit l'excellence des niveaux atteints. Elles intègrent, à chaque fois qu'un IQSS est disponible en lien avec le critère, une analyse de la concordance entre l'évaluation en visite et les résultats de l'IQSS.

À réception de ce rapport de visite, l'établissement de santé peut rédiger des observations. Il est également invité à fournir une appréciation sur la conduite globale de la visite.

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

## La décision

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

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

La HAS statue sur les résultats des critères proposés par les experts-visiteurs. Ainsi, pour être certifié, le score global, calculé à partir de résultats des critères standards et impératifs, doit être supérieur ou égal à 50 %. Pour un critère impératif, en cas d'anomalie, la HAS se réserve le droit de refuser la certification.

L'obtention de la mention « Haute Qualité des soins », distinction accordée à certains établissements, peut résulter de deux situations :

- soit l'ensemble des résultats des critères (standards, impératifs, avancés) atteint un niveau supérieur ou égal à 50 % ;
- soit ce niveau est atteint pour trois quarts d'entre eux et au moins deux critères avancés ont un résultat supérieur à la moyenne.

Lorsque le score global est inférieur à 50 %, la commission de certification peut décider :

- soit d'une non-certification ;
- soit d'une décision de certification sous conditions. Ce cas s'envisage si les résultats n'ont pas d'impact grave sur la sécurité du patient et que des actions d'amélioration sont mises en œuvre dans des délais raisonnables. Ce report s'entend sous forme d'une nouvelle visite.



## La publication et la diffusion des résultats

### *Diffusion publique accessible aux usagers*

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

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

- de l'instance délibérante de la CME ;
- de la commission des usagers des établissements de santé.

### *Diffusion au sein de l'établissement de santé*

Par ailleurs, l'établissement informe les personnes hospitalisées des résultats de la certification. Il a la possibilité d'afficher dans ses locaux ou sur ses supports de communication le macaron attestant de la décision de certification.

Aucune communication portant sur les résultats de certification ne peut s'effectuer avant la publication du rapport de certification sur le site Internet de la HAS.

La HAS informe chaque ARS de l'engagement et de l'avancement dans la procédure de certification des établissements de santé de sa région.

### *Information des tutelles*

En fin de procédure, la HAS rend accessible le rapport de certification de chaque établissement de santé à l'ARS compétente.

La HAS adresse également aux ARS, le cas échéant, la liste des établissements de santé n'ayant pas respecté leurs obligations d'engagement et de mise en œuvre de la procédure.

# Les critères

## Légendes

N° critère Description  
N° critère Description

Niveau d'exigence standard  
Niveau d'exigence impératif

N° critère Description  
IQSS

Niveau d'exigence avancé  
Critère avec IQSS

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
1. Le patient	1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	1.1-01 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">IQSS</span>	Tout l'établissement
		1.1-02 Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	Tout l'établissement
		1.1-03 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Tout l'établissement
		1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	Enfant et adolescent
		1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout l'établissement
		1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">IQSS</span>	Tout l'établissement
		1.1-07 Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	Maternité
		1.1-08 Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	Tout l'établissement
		1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	Tout l'établissement
		1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Tout l'établissement
		1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Tout l'établissement
		1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	Ambulatoire
		1.1-13 En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment	Hospitalisation à domicile
		1.1-14 Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout l'établissement
		1.1-15 Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	Tout l'établissement
		1.1-16 Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	Tout l'établissement
		1.1-17 Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	Tout l'établissement

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
1. Le patient	1.2 Le patient est respecté	1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	Tout l'établissement
		1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Enfant et adolescent
		1.2-03 Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient vivant avec un handicap
		1.2-04 Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient âgé
		1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	Tout l'établissement
		1.2-06 Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	Tout l'établissement
		1.2-07 Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	Tout l'établissement
		1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">IQSS</span>	Tout l'établissement
	1.3 Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	Tout l'établissement
		1.3-02 Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	Hospitalisation à domicile
		1.3-03 La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite	Tout l'établissement
	1.4 Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	1.4-01 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	Tout l'établissement
		1.4-02 Le patient vivant avec un handicap - ou ses proches et/ou aidants - exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	Patient vivant avec un handicap
		1.4-03 Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	Enfant et adolescent
1.4-04 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social		Soins de longue durée	
1.4-05 Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite		Psychiatrie et santé mentale	
1.4-06 Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie		Tout l'établissement	
2. Les équipes de soins	2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	2.1-01 La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	Tout l'établissement
		2.1-02 La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	SAMU – SMUR

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
2. Les équipes de soins	2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	2.1-03 La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins de suite et de réadaptation
		2.1-04 En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient	Tout l'établissement
		2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée [IQSS]	Psychiatrie et santé mentale
		2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée [IQSS]	Tout l'établissement
		2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	Tout l'établissement
	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	SAMU – SMUR
		2.2-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU – SMUR
		2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences
		2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Urgences
		2.2-05 Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués	Tout l'établissement
		2.2-06 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins [IQSS]	Tout l'établissement
		2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	Tout l'établissement
		2.2-08 Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Tout l'établissement
		2.2-09 L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	Tout l'établissement
		2.2-10 Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	Chirurgie et interventionnel
		2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Chirurgie et interventionnel
		2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la <i>check-list</i> « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Chirurgie et interventionnel
		2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent [IQSS]	Hospitalisation à domicile
		2.2-14 En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée	Hospitalisation à domicile

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
2. Les équipes de soins	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-15 En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Tout l'établissement
		2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	Enfant et adolescent
		2.2-17 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Psychiatrie et santé mentale
		2.2-18 En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	Psychiatrie et santé mentale
		2.2-19 Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	Tout l'établissement
		2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant (IQSS)	Tout l'établissement
	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement
		2.3-02 Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	Tout l'établissement
		2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	Tout l'établissement
		2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement
		2.3-05 Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé	Hospitalisation à domicile
		2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement
		2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement
		2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	Tout l'établissement
		2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Tout l'établissement
		2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (IQSS)	Tout l'établissement
		2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires (IQSS)	Tout l'établissement
		2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel
		2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	Tout l'établissement

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
2. Les équipes de soins	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (IQSS)	Tout l'établissement
		2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires (IQSS)	Chirurgie et interventionnel
		2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	Tout l'établissement
		2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé (IQSS)	Tout l'établissement
		2.3-18 La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	Psychiatrie et santé mentale
		2.3-19 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Tout l'établissement
		2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat (HPPI) (IQSS)	Maternité
		2.3-21 L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	Ambulatoire
	2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Tout l'établissement	
	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	2.4-01 Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés (IQSS)	Tout l'établissement
		2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	Tout l'établissement
		2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins	Tout l'établissement
		2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	Tout l'établissement
		2.4-05 Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Soins critiques
		2.4-06 Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la <i>check-list</i> sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel
2.4-07 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place		Tout l'établissement	
2.4-08 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place	Tout l'établissement		
2.4-09 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel		

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
3. L'établissement	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	3.1-01 L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours	Tout l'établissement
		3.1-02 L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours (IQSS)	Tout l'établissement
		3.1-03 L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	Psychiatrie et santé mentale
		3.1-04 L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville (IQSS)	Psychiatrie et santé mentale
		3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	Urgences
		3.1-06 L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	Patient âgé
		3.1-07 Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	Tout l'établissement
		3.1-08 L'établissement, investit ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	Tout l'établissement
	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	3.2-01 L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient (IQSS)	Tout l'établissement
		3.2-02 L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	Tout l'établissement
		3.2-03 L'établissement a une communication centrée sur le patient	Tout l'établissement
		3.2-04 L'établissement veille à la bienveillance	Tout l'établissement
		3.2-05 L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	Tout l'établissement
		3.2-06 L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	Tout l'établissement
		3.2-07 L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	Tout l'établissement
		3.2-08 L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	Tout l'établissement
		3.2-09 L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	Tout l'établissement
		3.2-10 L'établissement, porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients	Tout l'établissement
		3.2-11 L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	Tout l'établissement

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
3. L'établissement	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	Tout l'établissement
		3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	Tout l'établissement
		3.3-03 La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	Tout l'établissement
		3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	Tout l'établissement
	3.4 L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	3.4-01 La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	Tout l'établissement
		3.4-02 La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	Tout l'établissement
		3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et développées	Tout l'établissement
	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	Tout l'établissement
		3.5-02 La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	Tout l'établissement
	3.6 L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	Tout l'établissement
		3.6-02 Les risques numériques sont maîtrisés	Tout l'établissement
		3.6-03 La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	Tout l'établissement
		3.6-04 Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	Tout l'établissement
		3.6-05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	Tout l'établissement
	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	3.7-01 L'établissement pilote les revues de pertinence des pratiques	Tout l'établissement
		3.7-02 L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	Tout l'établissement
		3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">IQSS</span>	Tout l'établissement

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application
3. L'établissement	3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	Tout l'établissement
		3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	Urgences
		3.7-06 L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Tout l'établissement

---

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

---

