



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



LES ÉLÉMENTS DE VÉRIFICATION **V2010**

Les éléments de vérification

Elément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 1f - Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles							
1f	E1	<p>La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une stratégie de développement de l'EPP formalisée. Celle-ci comporte : <ul style="list-style-type: none"> → la définition d'une politique et d'objectifs, → déclinés en plan d'actions, → associés aux moyens nécessaires à leurs mises en œuvre. Cette stratégie est formalisée et intégrée au sein du programme qualité et sécurité des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Politique qualité et sécurité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou représentants d'instances en charge d'élaborer la politique EPP et la politique qualité et sécurité des soins 		<p>La stratégie de développement de l'EPP peut comprendre différents axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> les modalités de choix de thèmes en fonction des orientations stratégiques et des enjeux de prise en charge des patients le déploiement des démarches au sein des secteurs cliniques et médico-techniques de l'établissement, prenant en compte les enjeux des secteurs l'organisation du suivi des démarches, de l'engagement des professionnels et de l'évaluation de l'impact des démarches sur les pratiques l'intégration progressive des indicateurs qualité. l'accompagnement méthodologique des équipes la communication en matière d'EPP etc...
1f	E1	<p><i>Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe un dispositif de concertation entre professionnels de santé et gestionnaires. La concertation est réalisée à périodicité définie. 	<ul style="list-style-type: none"> Compte-rendu de réunions d'instance(s) et/ou bilan annuel d'instance(s), faisant état d'une concertation 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP 		<p>Les instances concernées par la concertation peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> la commission en charge de l'EPP, la cellule qualité ...

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
1f	E1	<i>Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les missions et les responsabilités relative à l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi des démarches et de l'engagement des professionnels et de la communication, sont définies 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité relative à la définition des missions et responsabilités (organigramme fonctionnel, règlement intérieur d'instance(s), fiche de mission ou fiche de poste,) 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Professionnels en charge de l'organisation et de la mise en œuvre de l'EPP dans les secteurs 		<p>Les responsables identifiés peuvent concerner :</p> <ul style="list-style-type: none"> → la commission en charge de l'EPP, → la cellule qualité, → les référents EPP..
1f	E2	<i>Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP : → équipe ou personne(s) référente(s) en charge de l'accompagnement, → modalités d'accompagnement adaptés aux besoins des professionnels et des équipes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité de l'existence d'un accompagnement des professionnels (actions de formation, bilan activité de la cellule qualité,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Personne(s) en charge de l'organisation et de la mise en œuvre de l'accompagnement 		<p>Les modalités d'accompagnement peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> → des formations/actions, → des formations internes, → des outils d'aide méthodologique, ...
1f	E2	<i>L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP de façon organisée et régulière : → identification d'un référent pour la coordination et le suivi, → définition des modalités de suivi, → périodicité des bilans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord EPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Personne(s) en charge du suivi de l'état d'avancement et de l'impact 	<p>Vérifier auprès des professionnels du groupe EPP le suivi effectif pour deux 2 démarches sélectionnées dans le tableau de bord des démarches d'EPP</p>	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
1f	E2	<i>Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus. Le dispositif d'information est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... 	<ul style="list-style-type: none"> Traçabilité de la communication (lettres info, réunions mailing, tableau de bord EPP, bilan annuel commission en charge de l'EPP, plan de communication...) 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Personne(s) en charge de la communication Rencontre professionnels de terrain 		Les actions d'information accompagnent la mise en œuvre de la stratégie et facilite l'adhésion des équipes.
1f	E3	<i>L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a identifié les instances auprès desquelles il rend compte de ses démarches EPP. La reddition des comptes est formalisée sous forme de bilan périodique aux instances et en revue de direction. Le bilan présente : <ul style="list-style-type: none"> → les démarches EPP en cours dans l'établissement, → les résultats en termes d'actions d'amélioration des pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord EPP Compte-rendu de réunion d'instance(s) et/ou bilan annuel d'instance(s) 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Instances identifiées par l'établissement Représentants établissement 		
1f	E3	<i>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.</i>	<ul style="list-style-type: none"> La révision porte les objectifs, les actions mises en œuvre et les moyens utilisés. Un ajustement de la stratégie est réalisé si nécessaire et tient compte des résultats en termes d'amélioration et d'avancement des démarches d'EPP. 	<ul style="list-style-type: none"> Politique qualité et sécurité des soins Traçabilité de la révision (compte-rendu de réunion d'instance(s) et/ou bilan annuel d'instance(s)) 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou représentants d'instances en charge d'élaborer la politique EPP et la politique qualité et sécurité des soins 		La fréquence de révision est définie par l'établissement.

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 8b - Fonction "gestion des risques"							
8b	E1	<i>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une fonction gestion des risques. • La fonction gestion des risques figure dans l'organigramme. • Les missions, les responsabilités et les qualifications nécessaires sont décrites dans une fiche de mission. • Au niveau institutionnel, les liens entre la fonction gestion des risques et les différents professionnels impliqués dans les fonctions qualité et gestion des risques sont structurés. • Le temps passé à l'exercice de la fonction « gestion des risques » est quantifié et planifié. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organigramme • Fiches de mission "fonction gestion des risques" 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction • Professionnels • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 	Vérifier auprès des professionnels qu'ils connaissent la fonction "gestion des risques" et les liens créés entre les différentes démarches qualité et gestion des risques.	<ul style="list-style-type: none"> • La fonction gestion des risques peut être confiée, en fonction de la taille de l'établissement, à un gestionnaire de risque à temps partiel ou à temps plein, une personne désignée par l'établissement ou un groupe interne (cellule qualité et gestion des risques, par exemple) avec un responsable désigné. → Circulaire DHOS n°176 du 29 mars 2004.
8b	E2	<i>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La fonction gestion des risques travaille en lien avec les différents secteurs opérationnels et avec les autres structures de l'établissement impliquées dans les fonctions qualité et gestion des risques. • Pour chaque objectif du programme de gestion des risques, une personne ressource qualifiée est identifiée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de mission des fonctions opérationnelles • Programme gestion des risques • Enregistrement des formations des personnes ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		
8b	E3	<i>Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur : → l'organisation de la fonction gestion des risques → objectifs de l'évaluation, 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité de l'évaluation • Plan d'actions 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		

Elément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
			<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif d'évaluation est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, → réalisé à périodicité définie, → outil(s) d'évaluation... 				
Critère 8f - Gestion des événements indésirables							
8f	E1	<i>Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a rédigé une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. Les notions de gravité et de fréquence probable de répétition sont définies. Il existe un support papier ou informatisé de signalement d'évènement indésirable. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables sont coordonnés. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables Support de signalement ... 	<ul style="list-style-type: none"> La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Comité qualité et gestion des risques Comité des vigilances Président de la CME ... 		<ul style="list-style-type: none"> Une procédure de signalement des événements indésirables peut préciser: <ul style="list-style-type: none"> - quels types d'évènements doivent être signalés ? - quand doit on signaler et les soumettre à enquête ? - qui doit participer aux enquêtes ? - comment doit-on réaliser une enquête? - quel support utiliser ? - quel rapport doit-on préparer ? Le support de signalement d'évènement indésirable peut comporter des informations telles que : <ul style="list-style-type: none"> - la description des faits, - les causes immédiates, - les causes profondes,. Les différents systèmes de recueil d'évènements indésirables peuvent être : RMM, fiche de recueil des événements indésirables, EIG, vigilances, plaintes, réclamations,... <p>L'analyse des causes profonde est une technique structurée d'analyse approfondie des causes qui se focalise, non pas sur les symptômes et sur les causes immédiates mais sur la recherche des causes latentes d'un problème, souvent liées à des dysfonctionnements au niveau du système de management d'une entité.</p>

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8f	E2	<i>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formation des professionnels à l'utilisation des supports de signalement tient compte de : → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles. • Il existe un programme et des supports de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des personnes concernées par la formation • Plan de déploiement de la formation • Liste de présence aux formations • Module de formation •... 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la formation • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Professionnels •... 	Vérification auprès du personnel de terrain de leur connaissance de la fiche de recueil d'évènements indésirables.	
8f	E2	<i>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a identifié les professionnels concernés par la formation. • La formation des professionnels concernés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes. tient compte de : → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles. • Il existe un programme et des supports de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des personnes concernées par la formation • Plan de déploiement de la formation • Liste de présence aux formations • Module de formation •... 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la formation • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Professionnels •... 		<p>La formation des professionnels concernés porte, par exemple, sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le recueil des faits, - l'analyse des causes. <p>Les professionnels concernés peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fonction gestion des risques, - les responsables de service, - la direction de l'établissement, - les membres du CHSCT, - les membres de la cellule qualité et gestion des risques, - Les membres des vigilances.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8f	E2	<i>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les EI nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est : <ul style="list-style-type: none"> → structurée et participative, → réalisée de façon régulière et progressive à l'échelle de l'établissement. Au moins une des personnes présente aux analyses est formée à la ou aux méthodes utilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'analyse... •... 	<ul style="list-style-type: none"> La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques •... 	<p>Tirer au sort un ou plusieurs rapports d'analyse pour vérifier sur le terrain :</p> <ul style="list-style-type: none"> la méthodologie de signalement et d'analyse, la formation des personnes ayant participé à l'analyse, la mise en œuvre d'action(s) corrective(s) suite à l'EIG signalé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les acteurs concernés par l'analyse sont généralement la ou les personnes impliquées ou concernées par l'événement indésirable signalé (au niveau de ses conséquences et de ses causes), l'encadrement du (ou des services) concerné(s) ou impliqué(s), éventuellement un expert de l'activité, la fonction gestion des risques. Des méthodes d'analyse reconnues sont par exemple : <ul style="list-style-type: none"> Analyse de processus Diagramme causes-effet (ou 5M ou 6M d'Ishikawa ou « arrêtes de poisson ») Arbre des causes Méthode Alarm (Association of litigation and risk management) Méthode de la JCAHO Revue de morbidité/mortalité, etc... CREX
8f	E3	<i>Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses de causes des événements indésirables. La mise en œuvre des actions d'amélioration est hiérarchisée. La coordination et le suivi sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> Programme ou plan d'action d'amélioration de la qualité Tableau de suivi des actions d'amélioration Rapport annuel ou bilan d'activité •... 	<ul style="list-style-type: none"> La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Responsable(s) des secteurs d'activité Professionnels de terrain •... 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8f	E3	<i>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des événements indésirables permet d'identifier les causes profondes des événements récurrents à l'échelle de l'établissement. • Des actions correctives sur les causes profondes des événements récurrents sont mises en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité des causes profondes des événements récurrents • Plan d'action d'amélioration •... 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Responsable(s) des secteurs d'activité •... 		
8f	E3	<i>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives est mis en place sur l'ensemble du programme et/ou actions concernées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité de l'amélioration (audit, suivi d'indicateurs, tableaux de bord, rapport annuel, bilan d'activité, comptes-rendus, ...) •... 	<ul style="list-style-type: none"> • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Comité qualité et gestion des risques • Comité des vigilances • Président de la CME •... 		Un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives démontre une amélioration des résultats sur la base d'objectifs et d'indicateurs préalablement définis.

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 8g - Maîtrise du risque infectieux							
8g	E1	<p><i>Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec le CLIN ou équivalent et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), pour maîtriser le risque infectieux.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une politique de maîtrise du risque infectieux. • L'organisation et les ressources sont définies. • Le CLIN et l'EOH sont concertés. 	<ul style="list-style-type: none"> • CPOM (annexe qualité sécurité) • Fiches sécurité • Livret d'accueil du patient • Organigramme en lien avec la gestion des risques • Fiches de poste des membres de l'EOH et temps dédié à cette activité • Liste des correspondants en hygiène • PV des réunions des deux dernières années du CLIN et EOH • Programme d'actions, outils de suivi et d'évaluation • Livret d'accueil des personnels soignants 	<ul style="list-style-type: none"> • CLIN ou sous-commission de la CME • EOH • Directrice des soins • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		<p>Politique élaborée avec le CLIN ou équivalent et l'EOH, prenant en compte l'analyse des risques liés aux activités et leur priorisation, la réglementation, le suivi des inspections et de la certification des établissements, les plaintes des usagers et les données de surveillance épidémiologique et du signalement interne et externe des infections nosocomiales ; objectifs fixés, mesurables. Mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil du patient. Moyens humains et matériels (dont système d'information). Organisation articulée à la gestion des risques.</p>

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8g	E1	<i>Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Les procédures et protocoles relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont établis en cohérence avec les domaines de risque de l'établissement et les spécificités des patients pris en charge. Ces documents sont : <ul style="list-style-type: none"> - disponibles - actualisés 	<ul style="list-style-type: none"> Procédures et protocoles de prévention du risque infectieux Procédures et protocoles de surveillance du risque infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> CLIN ou sous-commission de la CME EOH Correspondants en hygiène Directrice des soins Pharmacien Responsable qualité Responsable sécurité logistique (s'il existe) 		<p>Selon les activités, existence de procédures et protocoles validés et actualisés (année de mise en place et d'actualisation) concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hygiène de base : hygiène des mains, précautions lors de risque de contact avec le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine, tenue professionnelle, - l'hygiène des actes à haut risque d'infection : préparation pré-opératoire de l'opéré et préparation du champ opératoire, prévention des infections liées au sondage vésical à demeure et évacuateur, prévention des pneumonies liées à la ventilation artificielle, prévention des infections liées aux dispositifs intra-vasculaires, - les mesures d'hygiène spécifiques à certaines activités, patients ou risques : précautions complémentaires de prévention de la transmission croisée, soins aux prématurés et nouveau-nés, prévention de la transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, prévention des escarres, hygiène dans les laboratoires et les services médico-techniques, hygiène en hémodialyse, - l'utilisation des produits : bon usage des antibiotiques, utilisation des antiseptiques et des désinfectants,

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
						<ul style="list-style-type: none"> - la gestion de l'environnement : entretien des locaux d'hospitalisation, gestion de l'environnement des blocs opératoires, des salles d'accouchement, des "zones protégées", maîtrise de la qualité de l'environnement et gestion des déchets d'activité de soins, - la maîtrise des bactéries multi résistantes, - la surveillance des infections nosocomiales.
8g	E2	<p><i>Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux incluant celles issues de signalements sont mises en œuvre par les professionnels en lien avec l'EOH</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des programmes d'actions adaptés sont mis en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation des actions de surveillance mises en œuvre • Liste des secteurs d'activité à risque participant aux enquêtes d'incidence • Nombre de signalements internes et externes • Listes des services déclarants • Types d'événements déclarés (cf. 8i) • Rapports d'audits • Documentation des actions de prévention mises en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • Correspondants en hygiène • Directrice des soins • Pharmacien • (Micro) Biologiste • EOH dont le technicien bio hygiéniste et le référent responsable du signalement des infections • CHSCT • CLIN ou sous-commission de la CME 	<p>Visites des services de soins : produit hydro alcoolique dans les chambres de patients, dans les poches des professionnels et sur les chariots de soins..., matériel de soins sécurisés, procédure AES affichée et kit de prise en charge accessible; affichage du logo d'isolement BMR ou autre....</p>

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8g	E2	<i>L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison inter-établissements notamment via les programmes des CCLIN.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a identifié sa base de comparaison et ses activités réalisées via le réseau. • Des activités d'échange et de comparaison sont mises en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan d'activités réalisées via les réseaux • Protocoles de surveillance standardisés selon une méthodologie nationale, régionale ou inter établissements • Supports de diffusion dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • CLIN ou sous-commission de la CME • EOH • Correspondants en hygiène • Directrice des soins • (Micro) Biologiste • Professionnels de santé dont chirurgiens, gynéco-obstétriciens, anesthésistes, réanimateurs 		
8g	E2	<i>La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est assurée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formation tient compte de: <ul style="list-style-type: none"> → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles (incluant les nouveaux arrivants et les prestataires des fonctions logistiques...). • Il existe un programme et des supports de formation (procédure, check-list par exemple). 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme et supports de formation • Taux de formation réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la formation • Directrice des soins • EOH • CLIN ou sous-commission de la CME 		
8g	E3	<i>Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué notamment à l'aide d'indicateurs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur le dispositif de maîtrise du risque infectieux et notamment au regard des résultats de l'analyse des indicateurs. • Le dispositif d'évaluation est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs de l'évaluation, → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, → périodicité des évaluations, → outil(s) d'évaluation... 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport et bilan annuels des activités de lutte contre les infections nosocomiales • Résultats d'Indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • CLIN ou sous-commission de la CME • EOH • (Micro) Biologiste • Professionnels de santé • Directrice des soins • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Responsable qualité • Membres de la CRU • CHSCT 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
8g	E3	<i>Des actions d'amélioration sont mises en place.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des indicateurs. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'amélioration de la qualité. Plan d'actions d'amélioration Tableaux de bord de suivi de la mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> CLIN ou sous-commission de la CME EOH (Micro) Biologiste Professionnels de santé Directrice des soins La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Responsable qualité Membres de la CRU CHSCT 		
Critère 9a - Système de gestion des plaintes et réclamations							
9a	E1	<i>La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et réclamations qui inclut au minimum : <ul style="list-style-type: none"> → l'identification d'un responsable chargé des relations avec les usagers, → l'existence d'un registre unique/classer unique colligeant les plaintes et réclamations, → l'existence d'une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiches de poste Registre des plaintes et réclamations Procédure de gestion des plaintes et réclamations Règlement intérieur de la CRU et listes des membres CR de réunions de la CRU 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable chargé des relations avec les usagers Directeur Membres de la CRU Représentants d'usagers, membres de la CRU 		<p>A titre indicatif, la réglementation demande que la CRU se réunisse 4 fois par an.</p> <p>Une procédure interne de gestion des plaintes et réclamations précise, au minimum : <ul style="list-style-type: none"> → l'envoi d'une copie de la plainte ou de la réclamation au service concerné, → la participation des professionnels concernés. </p>

Elément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
			<ul style="list-style-type: none"> • La composition et le fonctionnement de la CRU sont conformes à la réglementation. • Un dispositif d'information des usagers est défini. Il intègre : <ul style="list-style-type: none"> → les modalités pour formuler une plainte et une réclamation, → les personnes à contacter, → les missions de la CRU, → le dispositif de médiation. 				
9a	E1	<i>Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en place un dispositif lui permettant d'échanger des informations sur les plaintes et réclamations vers le système de déclaration des événements indésirables mis en place dans l'établissement. • Il existe des liens formalisés entre les différents acteurs impliqués (chargés des relations avec les usagers, droits des patients, fonction gestion des risques, ...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de gestion des plaintes et réclamations • CR de réunions entre les différents acteurs impliqués. • Support d'information à destination des professionnels (site intranet, guide...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable chargé des relations avec les usagers • Responsable qualité • Personne(s) en charge de la fonction gestion des risques 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
9a	E2	<i>Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et réclamations. • Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant. • Les professionnels concernés sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives s'il y a lieu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de traitement des plaintes et réclamations • CR de réunions de service portant sur le traitement d'une plainte 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable chargé des relations avec les usagers • Membres de la CRU • Professionnels 		<p>La participation des professionnels concernés sur le traitement des plaintes et réclamations peut concerner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la conduite de l'enquête interne, - la réponse donnée au plaignant, - l'élaboration et à la mise en œuvre des actions correctives
9a	E2	<i>Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre un processus d'information au plaignant sur le traitement de sa plainte (ou réclamation) incluant le rappel des modalités de mise en œuvre du dispositif de médiation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réponses de l'établissement à des plaintes et réclamations • Rapport de la CRU 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable chargé des relations avec les usagers • Directeur • Membres de la CRU • Représentants d'usagers, membres de la CRU • Professionnels 		<p>A titre indicatif, délai recommandé de réponse aux plaintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> → accusé de réception sous huit jours → réponse définitive dans les deux mois
9a	E3	<i>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'intégralité des plaintes et réclamations sont mises à disposition des membres de la CRU. • Une analyse qualitative et quantitative est réalisée en lien avec la CRU. • Le bilan des plaintes et réclamations est intégré au rapport de la CRU. • L'analyse des plaintes et des réclamations, et le bilan réalisé dans le cadre de la CRU donnent lieu à des recommandations. • Ces recommandations sont intégrées au programme de la DAQSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de la CRU • Programme d'amélioration de la qualité • Plan d'action d'amélioration établi sur la base de l'analyse des plaintes • CR des réunions des instances 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable chargé des relations avec les usagers • Directeur • Membres de la CRU • Représentants d'usagers, membres de la CRU 		<p>L'analyse comprend généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> → typologie des motifs de plaintes et réclamations, → répartition par service, → analyse approfondie des plaintes les plus significatives, → analyse des délais de réponse.

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 12a - Prise en charge de la douleur							
12a	E1	<p><i>La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a défini une stratégie comportant : <ul style="list-style-type: none"> → la définition d'une politique, → des objectifs, → l'identification des prises en charge de la douleur, → la définition des moyens. • Cette stratégie est définie avec tous les acteurs concernés, notamment le CLUD. • Ces éléments permettent de déployer la stratégie de prise en charge de la douleur dans les différents secteurs de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet d'établissement. Projet de services ou de secteurs, de pôles • Comptes-rendus du CLUD • Programme et rapport d'activité du CLUD ou de la structure équivalente 	<ul style="list-style-type: none"> • Président CLUD • Président CME • Directeur de soins • Référents douleurs • Pharmacien • Anesthésistes • Responsables de secteurs d'activité • Professionnels 	Interview de référents douleurs	
12a	E1	<p><i>Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les protocoles sont définis pour les différentes prises en charge, et réactualisés à périodicité définie. • Les protocoles sont adaptés à la prévention des douleurs liés aux actes diagnostiques et aux traitements potentiellement douloureux. • Les protocoles sont rédigés en associant les professionnels. • L'accessibilité des protocoles est facilitée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures et protocoles de prévention et de prise en charge de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres du CLUD • Référents douleurs • Pharmacien • Anesthésistes • Responsables de secteurs d'activité • Professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations des protocoles avec les référents douleurs et la pharmacienne • S'assurer de l'accessibilité des protocoles dans les secteurs d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les protocoles de prise en charge de la douleur comportent généralement des moyens médicamenteux et non médicamenteux.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
12a	E2	<i>Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formation tient compte de: → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles. • Il existe un programme et des supports de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de formation • Contenu de la formation • Bilan d'activité du CLUD ou bilan de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de formation (CB) • Président CLUD • Président CME • Directeur de soins • Référents douleurs • Pharmacien • Anesthésistes • Responsables de secteurs d'activité • Professionnels 	Interview de professionnels de terrain dans divers secteurs de soins ou médicotecniques	
12a	E2	<i>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur est organisée dans l'ensemble des secteurs d'activité. • Elle est adaptée au type d'activités pratiquée, à la pathologie, au type de patients... • Il existe des documents d'information mis à disposition des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'éducation thérapeutique à la douleur • Documents d'information du patient (livret d'accueil, plaquettes d'information du patient affiches d'information, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels • Responsables de secteurs • Référents douleurs • Patients et leur entourage 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
12a	E2	<i>La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une démarche organisée (échelles de mesure, champ identifié dans le dossier patient pour noter le résultats, formation des professionnels) visant à tracer la mesure de la douleur dans le dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité. • Cette démarche prévoit : <ul style="list-style-type: none"> → au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique ou → au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers de patients • Résultats de l'indicateur généralisé par la Haute Autorité de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables des secteurs activité • Référents douleurs • Professionnels 		
12a	E2	<i>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation de la douleur est effectuée pour vérifier l'efficacité d'un traitement algique. • Le traitement est ajusté en fonction des évaluations. • Les modifications de traitement sont tracées dans le dossier patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers de patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur des patients 	Rencontres de patients	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
12a	E2	<i>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les besoins en moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. • Des échelles spécifiques sont mises à disposition des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles d'utilisation des échelles spécifiques • Comptes-rendus du CLUD 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres du CLUD et référents douleur • Membres des unités de lutte contre la douleur • Professionnels • Référents douleurs • Patients et leur entourage 	Rencontres des professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur et vérification de l'accès aux outils spécifiques	Exemples d'échelles : → DOLOPLUS (personne âgée, patient non communicant, problème de compréhension, → ECHELLE DEGR (enfant).
12a	E3	<i>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe des actions d'évaluation du niveau d'appropriation et d'utilisation des outils par les professionnels (exemples : supervision cadre, enquêtes, démarches EPP, audits, réunions,..). 	Tout document assurant la traçabilité des actions d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> • Démarches EPP • Comptes-rendus de réunions de service • Rapports d'audits... 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsables de service • Professionnels • Référents douleur 	Rencontre des professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur.	
12a	E3	<i>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur au regard des objectifs du programme. • Le dispositif d'évaluation est structuré : → objectifs de l'évaluation, → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, → périodicité des évaluations, → outil(s) d'évaluation... 	Tout document assurant la traçabilité des actions d'évaluation de la qualité et l'efficacité : <ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs • Enquêtes de satisfaction • Audits dossiers • Comptes-rendus du CLUD • Programme et rapport d'activité du CLUD ou de la structure équivalente,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable qualité • Equipe douleur • Président CLUD • Président CME • Directeur de soins • Référents douleurs • Pharmacien • Anesthésistes • Responsables de secteurs • Professionnels 	Rencontre des professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur.	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
12a	E3	<i>Des actions d'amélioration sont mises en place.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations menées sur le plan institutionnel sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Le suivi de leur mise en œuvre est organisé : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> Comptes-rendus du CLUD Programme et rapport d'activité du CLUD ou de la structure équivalente Plans d'actions ou tout autre document relatif à la mise en œuvre d'actions d'amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> Président CLUD Président CME Directeur de soins Référents douleurs Equipe douleur Pharmacien Anesthésistes Responsables de secteurs Professionnels 	Rencontre des professionnels intervenant dans la prise en charge de la douleur	
12a	E3	<i>L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une organisation permettant à l'établissement de mettre en place des actions de partage des informations, d'identification des acteurs locaux et des réseaux (réseaux de soins, congrès, échanges de protocoles). 	<ul style="list-style-type: none"> Publications Enseignements Présentations Comptes-rendus de réunion Congrès 	<ul style="list-style-type: none"> Président CLUD Président CME Directeur de soins Référents douleurs Pharmacien Anesthésistes Responsables de secteurs Professionnels 		

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 13a - Prise en charge et droits des patients en fin de vie							
13a	E1	<p><i>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une organisation pour la prise en charge des patients en fin de vie. • Cette organisation définit : <ul style="list-style-type: none"> → les objectifs en matière de prise en charge des besoins des patients en fin de vie, → les processus ou circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, → les acteurs clefs (missions et responsabilités définies), → les ressources, → les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). • Les services concernés s'inscrivent dans l'organisation graduée de soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • CPOM, projets d'établissement • Projets de service • Conventions avec des EMSP, des réseaux de santé, des structures d'HAD, des USP... • Bilans d'activité LISP et EMSP • Bilans des conventions • Documents relatifs à la formation reçue par les référents "soins palliatifs" 			<p>Inscription de l'établissement et des services concernés par les situations de fin de vie dans l'organisation "graduée" de l'offre de soins palliatifs : Selon les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • organisation permettant un accès aux ressources en soins palliatifs : liens formalisés avec une USP (unité de soins palliatifs), une EMSP, avec des dispositifs d'HAD, des réseaux de santé "soins palliatifs" et "douleur"... • existence de LISP (Lits identifiés de soins palliatifs) prévoyant l'intervention d'au moins un référent médecin et un référent soignant "soins palliatifs", • existence d'une USP (Unité de soins palliatifs), • existence d'une EMSP (équipe mobile de soins palliatifs). <p>A titre indicatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> → en deçà d'une moyenne de 200 décès par an : au moins, interventions d'une EMSP (conventions), → au delà d'une moyenne de 200 décès par an : au moins 3 LISP, interventions d'une EMSP (conventions) et/ou liens formalisés avec une USP et/ou réseau de santé "soins palliatifs", → au delà d'une moyenne de 600 décès par an : au moins : LISP dans les services concernés, → une USP d'au moins 10 lits et rattachement d'au moins une EMSP, liens formalisés avec un réseau de santé "soins palliatifs".

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
13a	E1	<i>Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement dispose d'une procédure permettant : <ul style="list-style-type: none"> → de tracer dans le dossier du patient l'existence de directives anticipées et leur contenu, → de tracer les volontés du patient relatives aux actes et soins qui pourraient lui être délivrés en fin de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> Dossiers de patients Procédures 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels Responsable qualité 		
13a	E1	<i>Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en œuvre un processus d'information des usagers, (patients et entourage) sur les principales dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... 	<ul style="list-style-type: none"> Supports d'information Documents relatifs à des actions de communication... 	<ul style="list-style-type: none"> Personne chargée des relations avec les usagers Membres de la CRU Représentants d'usagers 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation du support d'information *observation de la diffusion 	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
13a	E2	<i>La démarche palliative est mise en œuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les secteurs concernés mettent en œuvre la démarche palliative qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> → une démarche de projet personnalisé de soins, → un dispositif de soutien et d'accompagnement des proches, → un dispositif de formation et soutien des professionnels, → la tenue de réunions pluriprofessionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier des patients • Projets de prise en charge des proches • Projets de service • Fiches de présence de groupes de paroles et/ou contrat et/ou bilan d'activité du superviseur ... • CR de réunions • Plan de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Référents "soins palliatifs" • Responsable de la formation • Professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des projets de service, dossiers de patient *confirmation par entretiens avec les professionnels 	<p>Organisation des soins permettant, dans les services concernés par les situations de fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> * l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet personnalisé de soins permettant notamment : <ul style="list-style-type: none"> - de soulager la douleur - d'apaiser la souffrance psychique - d'assurer la meilleure qualité de vie possible et de respecter la dignité de la personne - d'offrir une réponse aux besoins spirituels exprimés par le patient • le soutien et l'accompagnement des proches, selon les besoins (intervention d'un psychologue, du service social...), • le soutien des soignants (groupes de paroles, supervision individuelle...), • la tenue de réunions pluriprofessionnelles, • la mise en place de formations multi-disciplinaires et pluri-professionnelles au sein des services concernés.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
13a	E2	<i>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur l'esprit et les dispositions de la loi du 22 avril 2005. Le dispositif d'information est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Support d'information • Plan de communication et tableau de suivi • Eventuellement : plan de formation et tableau de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Référents "soins palliatifs" • Responsable de la communication et/ou de la formation • Professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation du plan de communication, des supports d'information et/ou du plan de formation *observation de la diffusion du support *confirmation par entretiens avec les professionnels 	Principales dispositions de la loi du 22 avril 2005 : <ul style="list-style-type: none"> • refus de l'obstination déraisonnable, • respect de la volonté du malade, notamment au travers de la prise en compte des directives anticipées, et de la consultation de la personne de confiance, ou de la famille ou des proches, • procédures de décision définies par la loi en particulier exigences de collégialité des décisions d'arrêt de traitement.
13a	E2	<i>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles. • L'intervention des associations concernées dans les services est effective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conventions avec des associations de bénévoles • Eventuellement résultats d'enquêtes auprès des bénévoles et/ou bilan d'activité des associations 	<ul style="list-style-type: none"> • Référents "soins palliatifs" • Professionnels • Bénévoles et représentants d'usagers 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des conventions et résultats d'enquêtes *entretiens avec les bénévoles 	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
13a	E2	<i>Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe des dispositifs structurés permettant de discuter en équipe des cas des patients en fin de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> CR réunions 	<ul style="list-style-type: none"> Référents "soins palliatifs" Professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des CR de réunions *confirmation par entretiens avec les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> tenue de réunions ou d'entretiens de concertation décisionnelles dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure collégiale prévue dans la loi du 22 avril 2005 tenue de réunions pluri-professionnelles de discussions de cas de patients
13a	E3	<i>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a identifié les structures concernées par la prise en charge du patient en fin de vie. L'établissement a structuré un dispositif d'évaluation sur le champ de la prise en charge en fin de vie : <ul style="list-style-type: none"> → une personne référente est identifiée, → la périodicité de l'évaluation est précisée, → les méthodes d'évaluation sont arrêtées. La concertation avec les instances concernées est organisée. 	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'amélioration de la qualité Fiche projet Enquête de satisfaction Audit, Suivi d'indicateurs Bilan d'activité Comptes-rendus d'instances ou de commission Rapport d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Référents "soins palliatifs" Responsable des actions d'EPP et/ou des autres actions d'évaluation Professionnels Membres de la CRU, d'une structure de réflexion éthique 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des documents *confirmation par entretiens avec les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Structuration d'une démarche d'évaluation de la démarche palliative : (définition d'un champ d'application, d'une personne référente, d'une périodicité, des outils...). → par exemple : actions d'EPP pluriprofessionnelles, sur la base des recommandations de bonnes pratiques (notamment ANAES 2002, ANAES 2004, SFAR...), → éventuellement : autres actions d'évaluation : enquête sur la perception des familles/proches sur la qualité des soins par exemple. Information ou association d'une instance extérieure à l'équipe de soin : CME, CRU et/ou comité d'éthique...
13a	E3	<i>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux situations d'obstination déraisonnable et aux décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Comptes-rendus de réunions pluriprofessionnelles Comptes-rendus de réunions ou d'actions du comité d'éthique 	<ul style="list-style-type: none"> Référents "soins palliatifs" Professionnels Membres d'une structure de réflexion éthique Membres d'instances (CME, CRU...) 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des CR de réunions *confirmation par entretiens avec les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> Diverses actions peuvent être retenues. Par exemple : Staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires autour de situations de fin de vie éventuellement avec des membres d'une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs extérieure à l'établissement et formés à l'éthique. Démarche en lien avec un espace ou un comité d'éthique. ...

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
13a	E3	<i>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités concernés. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi d'indicateurs Programme d'amélioration de la qualité Plan d'action d'amélioration Bilan d'activité Comptes-rendus d'instances ou de commission 	<ul style="list-style-type: none"> Référents "soins palliatifs" Professionnels Membres d'instances (CME, CRU...) 	<ul style="list-style-type: none"> *consultation des documents *confirmation par entretiens avec les professionnels 	
Critère 14a - Gestion du dossier du patient							
14a	E1	<i>Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une procédure, un protocole ou autre(s) document(s), définissant les règles pour tous les aspects relatifs à la tenue du dossier. L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place. Le dispositif d'information est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... Les règles de tenue du dossier sont accessibles aux professionnels concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure, protocole ou autre document définissant les règles de tenue, de classement, de circulation, d'archivage, de destruction du dossier du patient Notes d'information au personnel CR de réunions de service ou d'instances traitant des règles de tenue du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> Président de CME Directeur des soins Responsable DIM Professionnels 	<p>Dossiers du patient dans différents services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins 15 dossiers au total (par exemple 3 dans 5 services différents) - Dossiers à des stades différents : dossier de moins de 24h, dossier en cours d'hospitalisation, dossier archivé... - si plusieurs types de PEC, au moins 5 dossiers par type de prise en charge. 	<p>Les règles de tenue du dossier par les professionnels prennent en compte généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> → les responsabilités des différents professionnels, → les règles de confidentialité, → la composition du dossier et les modalités de classement des différents éléments, → les règles d'utilisation, → les règles d'archivage, → les règles de destruction, → le dispositif d'évaluation, ...

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14a	E1	<i>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une procédure, un protocole ou autre(s) document(s), définissant les règles d'accès au dossier par les professionnels. • L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles en place. Le dispositif d'information est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... • Les documents sont accessibles aux professionnels concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure, protocole ou autre document définissant les règles d'accès au dossier • Notes d'information au personnel • CR de réunions de service ou d'instances traitant des règles d'accès au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> • Président de CME • Directeur des soins • Professionnels 		<p>Les règles d'accès au dossier par les professionnels contiennent généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> → les responsabilités des différents professionnels, → les règles de circulation du dossier dans l'ES, → les règles de confidentialité, → les règles d'échange d'information avec les professionnels d'autres services, → les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval du séjour hospitalier...

Elément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14a	E2	<p><i>Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en place une organisation permettant, à l'ensemble des intervenants, la traçabilité des éléments constitutifs de l'ensemble des étapes (diagnostiques, thérapeutiques, administratives...) de la prise en charge du patient. • La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers du patient • Audits du dossier • Procès-verbaux de CME, CSIRMT... 	<ul style="list-style-type: none"> • Président de CME • Directeur de soins • Responsable du DIM • Professionnels, notamment intervenants externes • Secrétaires médicales 		<p>Parmi les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge, se trouvent par exemple les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations administratives sur l'identité du patient • Date et heure d'entrée • Coordonnées du médecin adresseur • Lieu de prise en charge du patient • Document médical à l'origine de la prise en charge • Motifs d'hospitalisation ou de consultation • Antécédents et facteurs de risque • Observation médicale d'entrée • Conclusions de l'évaluation clinique initiale • Prescriptions effectuées à l'entrée et au cours du séjour • Recueil actualisé des éléments de la prise en charge infirmière • Date / lieu et nature des soins et examens complémentaires réalisés • Informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation • Traces de la réflexion bénéfique/risque et de la stratégie diagnostique et thérapeutique • Selon les cas : dossier d'anesthésie, compte-rendu opératoire, compte-rendu d'accouchement, dossier transfusionnel, informations relatives à la prise en charge par d'autres intervenants : kiné, diététicienne, psychologue... • Les éléments relatifs à la sortie du patient le cas échéant : date et heure de sortie, double de la lettre de sortie, double de l'ordonnance de sortie, fiches de liaison, compte-rendu d'hospitalisation..

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14a	E2	<i>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre un système de communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes. • Les modalités de communication sont formalisées par écrit et définissent : <ul style="list-style-type: none"> → les supports et mode de communication utilisés, → les délais de communication du dossier (en fonction du type de prise en charge ou de pathologie...), → les règles d'accessibilité, de confidentialité, → ... • La notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée en fonction du type de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents précisant les modalités de communication du dossier • Dossiers du patient • Résultats d'évaluation de la gestion et du circuit du dossier • Procédure d'archivage et d'accès informatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Président de CME • Responsable du DIM • Responsable des archives • Secrétaire(s) médicale(s) • Directeur des soins • Professionnels, notamment intervenants externes 		
14a	E3	<i>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur la gestion du dossier patient au regard des règles mises en place et des résultats d'indicateurs et notamment ceux généralisés par la Haute Autorité de Santé sur le dossier patient. • Le dispositif d'évaluation est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs de l'évaluation, → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation. → périodicité des évaluations, → outil(s) d'évaluation... 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'action • Résultats d'évaluation • Suivi d'indicateurs • Tableaux de bord • Comptes-rendus d'instances 	<ul style="list-style-type: none"> • Le responsable de l'évaluation • Responsable qualité • Responsable DIM • Président CME • Professionnels 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14a	E3	<i>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des évaluations de la gestion du dossier patient. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 				
Critère 14b - Accès du patient à son dossier							
14b	E1	<i>L'accès du patient à son dossier est organisé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Les modalités spécifiques concernent l'accès au dossier : <ul style="list-style-type: none"> → des patients en pédiatrie, en psychiatrie,... → aux ayants droits en cas de décès. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédures Formulaires de demande d'accès au dossier Supports de diffusion aux personnels (livret d'accueil, Intranet...) 	<ul style="list-style-type: none"> Membres de la CRU Professionnels Secrétaires médicales Responsable du DIM Responsable des archives Service clientèle (le cas échéant) 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14b	E2	<i>Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre un processus d'information du patient sur les droits d'accès à son dossier. • Le dispositif d'information est déployé dans l'ensemble des secteurs d'activité concernés : moyens de communication adaptés (livret(s) d'accueil du patient et autres supports de communication en direction du patient et de son entourage,...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Livret(s) d'accueil du patient,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients et leur entourage • Membres de la CRU • Service clientèle (le cas échéant) 	Charte de la personne hospitalisée affichée dans les secteurs de soins	Exemples de supports d'information des patients : livret(s) d'accueil du patient, charte de la personne hospitalisée, plaquettes d'information, fiches explicatives, bornes interactives, télévisions internes à l'établissement ou autres matériels audio et vidéo, affichage informatifs, ...
14b	E2	<i>L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a mis en place des indicateurs de suivi. • Une personne référente est identifiée pour assurer le respect des délais d'accès du patient à son dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord du suivi des délais d'accès du patient au dossier (cf rapport annuel de la CRU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la CRU • Responsable du DIM • Professionnels • Secrétaire(s) médicale(s) • Responsable des archives • Patients et leur entourage • Service clientèle (le cas échéant) 		La conformité des délais d'accès au dossier est : → entre 2 et 8 jours, si les informations datent de moins de 5 ans, → < 2 mois, si les informations datent de plus de 5 ans. Circulaire DHOS/E1/2009/271 du 21 août 2009 relative à la communicabilité des informations concernant les patients décédés.
14b	E3	<i>L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec le résultat des analyses des délais de transmission des dossiers aux patients. • La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Document d'analyse des délais non conformes • Plan d'actions d'amélioration • Tableau de bord de suivi • Programme d'amélioration de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable qualité • Membres de la CRU • Responsable du DIM • Professionnels • Secrétaire(s) médicale(s) • Responsable des archives • Patients et leur entourage • Service clientèle (le cas échéant) 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
14b	E3	<i>La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CRU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : <ul style="list-style-type: none"> → nombre de demandes d'accès au dossier, → délais de transmission des dossiers aux patients, → suivi des actions d'amélioration. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'activité de la CRU PV des réunions de la CRU 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable qualité Membres de la CRU Service clientèle (le cas échéant) 		
Critère 15a - Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge							
15a	E1	<i>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une organisation pour garantir la fiabilité de l'identification du patient; cette organisation définit : <ul style="list-style-type: none"> → les objectifs en matière d'identification, propres aux secteurs administratifs et aux secteurs cliniques, → les processus ou circuits, notamment informatiques, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement, → les points critiques, → les acteurs clefs (missions et responsabilités définies), → les ressources, → les outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs). 	<ul style="list-style-type: none"> Politique d'identification et de rapprochement d'identités Chartes Projet qualité de l'établissement Fiches de poste des membres de la cellule type "identitovigilance" Déclarations CNIL Procédures de création d'identité, de fusion Modes opératoires selon les logiciels utilisés Outils de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> Membres de la CME Directrice des soins Cellule type "identito vigilance" Autres responsables (selon taille de l'établissement) Responsable du Département de l'Information Médicale La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Membres du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance Responsable qualité Personnels 	Affiches aux points d'accueil administratif et dans les services sensibilisant les patients à l'enjeu de leur participation à une bonne identification. Modalités d'identification dans les services (dont bracelets...).	<p>1) Base "identités patient" :</p> <ul style="list-style-type: none"> - objectifs fixés, périmètre respectif de l'identification et du rapprochement d'identités intra et interétablissements, - responsabilités en particulier de la gestion opérationnelle et du suivi qualité des données, - règles de gestion aux points d'accueil administratif : utilisation de l'identité portée sur un document officiel, recherche d'antériorité, modalités de saisie de l'identité..., - règles de contrôle dans le cadre de la veille et corrections : recherche des erreurs de saisie, des doublons, des collisions...et corrections en lien avec les utilisateurs, - distribution des droits, - règles d'échanges d'information, - moyens techniques, moyens pour sécuriser les données, outils de la veille qualité, respect des droits du patient.

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
						2) Secteurs d'activité : - recensement des points critiques du parcours de soins, au regard de l'identification : prélèvements et leur étiquetage, administration de médicaments, transfusions, actes interventionnels..., - modalités de vérification de l'identité : question ouverte posée au patient, usage de deux identifiants par exemple, - outils de surveillance. 3) Points d'accueil administratif et secteurs d'activité : modalités d'implication du patient, moyens d'identification des patients ayant des difficultés de communication, ...
15a	E2	<i>Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formation tient compte de : → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles (personnels administratifs, professionnels de santé...), • Il existe un programme et des supports de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de formation • Plan de formation • Taux de formation réalisés par catégorie professionnelle (personnels administratifs, professionnels de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la formation • Cellule type "identito vigilance" • Personnels 	
15a	E2	<i>Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une procédure de vérification de l'identité est établie avec les personnes concernées, disponible, mise en œuvre et actualisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure et modes opératoires adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> • Agents administratifs de l'accueil • Membres de la cellule type "identitovigilance" • Responsable qualité • Membres de la CME • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 	Visite d'un point d'accueil administratif aux heures ouvrables (bureau des admissions, consultations) et de nuit (urgences, maternité).

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
15a	E2	<i>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une procédure de vérification de l'identité est établie dans les secteurs cliniques avec les personnes concernées, disponible, mise en œuvre et actualisée. • Elle est adaptée à la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques. • La vérification est tracée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures (règles d'identification), modes opératoires supports d'enregistrement (exemple : check-list) adaptés. 	Professionnels de santé Directrice des soins Membres de la CME Responsable qualité Membres du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques	Visite d'une salle de prélèvement, par exemple.	
15a	E3	<i>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge • Le dispositif d'évaluation est structuré : → Objectifs de l'évaluation, → Personne en charge de coordonner et/ou de réaliser l'évaluation → Périodicité des évaluations (proportionnelle au volume d'admissions et de soins externes), → Outil(s) d'évaluation • Les actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des indicateurs. • La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de structure de type cellule "identitovigilance" incluant le suivi d'indicateurs • Rapports d'audit • Registre de recueil des signalements d'erreurs d'identification de patients (avec ou sans événement indésirable) dans les secteurs d'activité • Documents d'analyse des erreurs et écarts. Supports des retours d'expérience • Plan d'actions d'amélioration et suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Structure de type cellule "identitovigilance" • Autres responsables (selon taille de l'établissement) • Membres de la CME • Directrice des soins • Responsable du Département de l'Information Médicale • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Membres du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance • Responsable qualité • Personnels 		Des outils d'évaluation peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> • les audits de recueil d'identification aux points d'accueil administratif, • l'utilisation d'indicateurs de la veille qualité (y compris des rapprochements d'identités).

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 20a - Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient							
20a	E1	<i>L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse; celle-ci comporte : <ul style="list-style-type: none"> → la définition d'axes d'amélioration en cohérence avec le CBUM, → déclinés en plans d'action, → la description des ressources nécessaires à leur mise en oeuvre. Cette politique est formalisée, elle est intégrée au projet d'établissement et/ou au programme qualité et sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> Politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse Annexe qualité du CPOM CBUM Conventions Comptes rendu des réunions de la COMEDIMS ou sous-commission de la CME 	<ul style="list-style-type: none"> CME COMEDIMS ou sous-commission de la CME Responsable Pharmacie Responsable qualité La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Directrice des soins infirmiers 		
20a	E1	<i>Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe un projet d'informatisation du circuit du médicament. Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet est planifié. 	<ul style="list-style-type: none"> Projet d'informatisation du circuit du médicament Schéma directeur des systèmes d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Directeur de l'établissement COMEDIMS ou sous-commission de la CME Directeur des systèmes d'information 		
20a	E1	<i>Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a formalisé les règles de prescription. Des supports de prescription validés et actualisés sont en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse en vigueur dans l'établissement Procédure de prescription par les juniors (le cas échéant) 	<ul style="list-style-type: none"> Directeur de l'établissement COMEDIMS ou sous-commission de la CME Pharmaciens Prescripteurs Juniors 	Pharmacien chef de service doit détenir la liste des prescripteurs habilités, transmise par le Directeur	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E1	<i>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe des outils d'aide. • Des modalités d'actualisation et de mise à disposition sont définies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Support papier ou informatique des outils d'aide à la prescription validés et actualisés • Procédure de diffusion et d'actualisation des protocoles thérapeutiques par la COMEDIMS ou sous commission de la CME 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Prescripteurs 	Visite des services de soins et de la pharmacie pour apprécier la mise à disposition des outils d'aide à la prescription.	
20a	E1	<i>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient. • Les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de gestion du traitement personnel des patients • Formulaire standard du bilan comparatif des prescriptions. • Supports de sensibilisation des professionnels concernés 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Médecins prescripteurs • Infirmières • Cadres de santé • Pharmaciens • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Patients et entourage • Directrice des soins 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E1	<i>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a mis en place une organisation pour assurer la sécurité de la dispensation des médicaments dans ses différents aspects : <ul style="list-style-type: none"> → analyse pharmaceutique → modalités de délivrance, → acheminement vers les unités de soins, → information et conseil aux utilisateurs, → stockage, → approvisionnement en urgence, .. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse en vigueur dans l'établissement Modalités de la dispensation des médicaments pour les patients ambulatoires Procédures de préparation et de reconstitution de médicaments Conventions avec les prestataires externes 	<ul style="list-style-type: none"> COMEDIMS ou sous-commission de la CME Responsable Qualité La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques Pharmaciens Prescripteurs 		<p>Modalités de sécurisation de la dispensation établies en concertation entre la COMEDIMS (ou sous-commission de la CME), la PUI et les services de soins précisant notamment</p> <ul style="list-style-type: none"> le périmètre de l'analyse par le pharmacien des prescriptions et du traitement complet du patient, le périmètre de la délivrance nominative des médicaments, le périmètre de la délivrance globalisée, les moyens matériels, les modalités de la dotation pour besoins urgents, la sécurisation et traçabilité du transport des médicaments entre la PUI et les services de soins, les modalités de dispensation pour les patients ambulatoires, les modalités d'information et conseils aux utilisateurs. <p>Conditions de stockage et étiquetage de la dotation de médicaments dans les services de soins.</p>
20a	E1	<i>Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des procédures et protocoles précisent les règles d'administration des médicaments. Ces procédures sont disponibles, actualisées. Les modalités de la traçabilité de l'administration des médicaments sont définies. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure générale d'organisation de la prise en charge médicamenteuse en vigueur dans l'établissement Support unique validé de prescription et d'administration Protocoles validés Fiches de retour à la PUI des traitements non utilisés 	<ul style="list-style-type: none"> Direction des soins infirmiers COMEDIMS ou sous-commission de la CME Infirmières 	Vérification dans les unités de soins (dossier soins patient)	<ul style="list-style-type: none"> Identification des professionnels habilités, protocoles de préparation en vue de l'administration élaborés (exemple, injectables hors anticancéreux) Modalités d'information du patient autonome sur la prise et d'aide des patients non autonomes Support de traçabilité de l'administration des médicaments et des non administrations (motif inclus) Modalités du retour d'information aux médecins et aux pharmaciens.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E2	<i>Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La formation tient compte de : → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles. • Il existe un programme et des supports de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supports de formation • Calendrier des formations • Taux de formation réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Responsable de la formation • Pharmaciens • Directrice des soins infirmiers • Préparateurs en pharmacie • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques • Médecin référent pour le signalement des erreurs médicamenteuses 		<p>La formation concerne au minimum les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → les étapes critiques du circuit, → les données épidémiologiques, → la prévention, → l'utilisation de la fiche de déclaration, → la méthode d'analyse des erreurs, → le retour d'expérience...
20a	E2	<i>L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement dispose d'un programme d'informatisation du circuit du médicament. • Le déploiement des différentes étapes est engagé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de suivi • Taux de lits et places avec prescription complète informatisée et saisie systématique dans les services de soins (rapport d'étape annuel ou final CBUM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens • Médecins • Directrice des soins • Responsable SI • COMEDIMS ou sous-commission de la CME 	<p>Visite des services de soins et de la pharmacie à usage intérieur :outils informatiques adaptés pour la coordination des 3 étapes en temps réel (prescription, analyse et délivrance, administration et enregistrement.)</p>	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E2	<i>Les règles de prescription sont mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a précisé les règles de prescription des médicaments. • Ces règles précisent : <ul style="list-style-type: none"> → les prescripteurs habilités, → les modalités de traçabilité de la prescription, → l'exigence de précision : identification du patient, dénomination du médicament, le dosage, la forme pharmaceutique, la voie d'administration, la posologie, la durée du traitement, la date et signature du prescripteur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des prescripteurs habilités • Documents support des prescriptions • Suivi des scores des deux items « trace écrite des prescriptions médicamenteuses" respectivement dans les 72 heures de l'admission et à la sortie, de l'indicateur "tenue du dossier" dans les activités concernées • Traçabilité des prescriptions et du suivi des pratiques de prescription hors GHS (rapport d'étape annuel ou final CBUM) 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Médecins, prescripteurs juniors • Cadre de santé • Infirmières 	<p>Analyse de dossiers de patients choisis de façon aléatoire dans les services de soins.</p>	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E2	<i>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a identifié des priorités en matière d'analyse pharmaceutique et de délivrance nominative. • Ces priorités sont mises en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du nombre de lits et places bénéficiaire de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient, état d'avancement de la délivrance nominative (rapport d'étape annuel ou final CBUM) • Documentation des avis pharmaceutiques et de leur suivi • Retour d'expériences aux services de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens • Prescripteurs • Préparateurs en pharmacie • Cadre de santé 	Documents de visite des pharmacies de service (livraison, rangement, stockage, étiquetage, retour des médicaments non utilisés)	Document jurisprudence/ circuit médicament
20a	E2	<i>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les modalités de préparation des médicaments non prêts à l'emploi sont définies. • Elles sont établies selon les bonnes pratiques pharmaceutiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'inspection de la pharmacie • Suivi de la centralisation de la préparation des anticancéreux, si applicable (rapport d'étape annuel ou final CBUM) • Suivi de l'exécution des conventions en cas de sous-traitance 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens • Préparateurs en pharmacie • Prescripteurs • Infirmières • Directrice de soins • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 	Visite de l'unité centralisée de préparation selon les activités et autorisations. Pharmacien responsable et Service Qualité	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E2	<i>Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées (type de patient, type de médicament). • L'information est structurée (objectif, cible, contenu, support). • La traçabilité au dossier patient en est assurée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supports d'information des patients : plaquettes, affiches, dépliants, brochures, matériel audio et vidéo... • Programmes d'éducation thérapeutiques • Dossiers de patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens • Etudiants en pharmacie • Préparateurs en pharmacie • Prescripteurs • Infirmières • COMEDIMS ou sous-commission de la CME 		
20a	E2	<i>La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Des procédures précisent les règles et les supports de la traçabilité de l'administration des médicaments. • La traçabilité est assurée par du personnel habilité au moment de la prise 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers de patients • Rapport d'étape annuel ou final CBU sur la traçabilité de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Directrice des soins • Infirmières • Cadres de santé 	Analyse de dossiers choisis aléatoirement dans les unités de soins.	
20a	E3	<i>Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur la prise en charge médicamenteuse du patient et notamment au regard des engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations. • Le dispositif d'évaluation est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs de l'évaluation, → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, → périodicité des évaluations, → outil(s) d'évaluation... 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de la pharmacie / COMEDIMS • Rapport d'étape annuel ou final CBUM • Recueil de l'indicateur sur la tenue du dossier du patient dans les activités concernées (2 items sur la traçabilité des prescriptions) • Tableaux de bord d'indicateurs (avis pharmaceutiques émis, nombre de signalements d'erreurs médicamenteuses..) 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • Directrice des soins infirmiers • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E3	<i>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'audit porte sur le circuit du médicament et notamment sur la qualité de l'administration • Le dispositif d'audit est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → identification des objectifs de l'évaluation, → personne référente, → identification du ou des périmètres concernés (exemple : administration des médicaments, audit des armoires à pharmacie et chariots d'urgence...), → périodicité du recueil des indicateurs (définie en concertation avec la COMEDIMS/ sous commission de la CME, les professionnels de la pharmacie et des services de soins), → outil(s) d'audit (grilles d'audit), → modalités de restitution. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'audit, d'étude, d'enquête • Rapport d'étape annuel ou final CBUM 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • Directrice des soins infirmiers • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		
20a	E3	<i>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement conduit un programme d'actions sur le bon usage des médicaments en cohérence avec le CBUM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme qualité, gestion des risques • Tableau de bord des EPP • Rapport d'étape annuel ou final CBUM 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • Directrice des soins infirmiers • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E3	<i>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une organisation pour recueillir et analyser les erreurs médicamenteuses : <ul style="list-style-type: none"> → personne référente, → critères de signalement, → fiche de signalement, → circuit défini, → méthode d'analyse validée → Participation des professionnels concernés 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de recueil et d'analyse des erreurs • Procédure de revue des erreurs médicamenteuses • Registre de recueil des erreurs (ou autre support) • Comptes rendus d'analyse des erreurs avec liste des participants (lien avec EPP 28a) • Liste des participants aux revues d'erreurs médicamenteuses • Bilan annuel des erreurs signalées 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • Directrice des soins infirmiers • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		<p>L'organisation devrait être validée par la COMEDIMS (ou sous-commission de la CME).</p> <p>Un bilan annuel des erreurs signalées devrait être rédigé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → nombre d'erreurs signalées, → classification (nature, fréquence...), → nombre d'erreurs analysées, → ...

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
20a	E3	<p><i>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des évaluations (procédure antérieure de certification, inspections, CBUM et autres indicateurs, EPP, audits et revues d'erreurs, etc.). • La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi, moyens d'information et/ou de diffusion interne aux professionnels concernés... • L'établissement met en œuvre un processus d'information des professionnels sur les actions d'amélioration mises en place. Le dispositif d'information est structuré. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'amélioration de la qualité de l'établissement • Plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse • Documentation du suivi de sa mise en œuvre • Supports de la rétro-information des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • COMEDIMS ou sous-commission de la CME • Pharmaciens • Médecins • Infirmières • Cadres de santé • Directrice des soins infirmiers • Responsable qualité • La ou les personnes en charge de la fonction gestion des risques 		

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
Critère 25a - Prise en charge des urgences et des soins non programmé						
25a	E1	<p><i>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a formalisé l'organisation du service des urgences dans le projet d'établissement et dans le projet de service. L'organisation décrit en particulier : <ul style="list-style-type: none"> → le système d'admission des patients à partir du service des urgences, → les modalités d'accueil des populations vulnérables (notamment les étrangers, les handicapés, les CMU...). • Une Commission des urgences est mise en place en impliquant de manière effective les autres services et l'administration de l'établissement. Son fonctionnement est formalisé. • Il existe des coopérations et des partenariats au sein du réseau des urgences et le système d'information permet l'échange d'informations et la mise en place de communications au sein de ce réseau. • La communication sur l'organisation du réseau auprès des acteurs du territoire de santé est formalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet ES • CPOM • Projet de service • Conventions 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentants de la CACNP ou équivalents • Responsables du service des urgences • Directeur d'ES • Responsables SAMU-SMUR • Représentants d'usagers 		<p>La formalisation du fonctionnement de la Commission des urgences peut préciser la fréquence des réunions, la réalisation de CR indiquant notamment les décisions prises et le suivi réalisé.</p> <p>La formalisation du système d'admission des patients à partir du service des urgences précise notamment s'il s'agit d'une admission directe par les urgentistes et les critères d'admission, si le système est le même de jour et de nuit, si une autorisation du service receveur est requise, quel en est le délai, s'il en est de même la nuit.</p> <p>Les coopérations et partenariats peuvent prendre la forme de conventions inter-établissements, de contrats-relais, de conventions ville-hôpital...</p>

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
25a	E1	<i>Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a mis en place des conventions ou procédures d'organisation du recours aux spécialistes (interne/externe) entre le service des urgences et les services de spécialités. 	<ul style="list-style-type: none"> Projet de service Conventions inter établissements Contrats internes Tableaux de permanence des soins des spécialistes Analyse des délais d'attente pour la consultation des spécialistes 	<ul style="list-style-type: none"> Responsables du service des urgences Président de CME Représentants de la CACNP ou équivalent Professionnels du service des urgences Représentants d'usagers 		Des modalités de formalisation peuvent être traduites sous forme de contrats internes, conventions externes, plate-forme de télésanté.
25a	E1	<i>Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a mis en place : <ul style="list-style-type: none"> → des filières de soins adaptées à certaines populations spécifiques : prise en charge en pédiatrie, gériatrie et psychiatrie, etc. → des filières pour certaines pathologies spécifiques : AVC, infarctus du myocarde, etc. → des filières pour d'autres types de patients ou pathologies : soins immédiats, patients couchés, etc. Les filières sont inscrites dans un projet de service ou autre document référencé. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure d'accueil et d'organisation des urgences Projet de service 	<ul style="list-style-type: none"> Représentants de la Commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) ou équivalent Infirmières d'accueil et d'orientation Responsables médicaux et paramédicaux des urgences Professionnels des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> Service des urgences Service prenant en charge directement certains types de pathologie : USIC... 	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
25a	E2	<i>La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en place une organisation permettant la connaissance des lits disponibles en temps réel, de jour comme de nuit : <ul style="list-style-type: none"> → centralisation de la gestion des lits, → système d'information adapté. Les services d'aval sont impliqués. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure de gestion des lits d'hospitalisation dans l'ES Système d'information opérationnel Contrats internes avec services d'aval Fiches de poste : responsable de la gestion des lits, référents dans les services d'aval 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable de la gestion des lits aux urgences Responsables médicaux et paramédicaux des urgences Référents dans les services d'aval Responsable système d'information Représentants de la CACNP (ou équivalent) 	Service des urgences Services d'aval	Des exemples d'implication des services d'aval peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> → la mise en place d'un médecin référent dans les services d'aval, → la réservation de lits pour les urgences, → une contractualisation interne avec les services d'aval.
25a	E2	<i>Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.</i>	<ul style="list-style-type: none"> La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients tient compte de : <ul style="list-style-type: none"> → l'identification des besoins, → des objectifs et cibles. Il existe un programme et des supports de formation. 				
25a	E2	<i>L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des typologies de patients et de pathologies pouvant être directement admis dans les secteurs de soins ont été identifiés. Les services concernés ont mis en place une organisation permettant la prise en charge de ces patients. 	<ul style="list-style-type: none"> Projet d'établissement Projets de services Contrats internes Procédures d'accueil et d'organisation au services des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> Représentants de la CACNP ou équivalent infirmières d'accueil et d'orientation Responsables médicaux et paramédicaux des urgences et des services d'aval concernés (gériatrie...) 	<ul style="list-style-type: none"> Service des urgences Service de gériatrie Secteur de consultation 	<ul style="list-style-type: none"> Des exemples de typologies de patients et de pathologies devant bénéficier de soins directement dans les secteurs de soins concernent par exemple : les soins non urgents, les patients gériatriques, les patients psychiatriques, les enfants, etc. Les organisations peuvent être traduites sous forme de contractualisation interne, projets inter-services, etc....

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
25a	E3	<i>Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. • Un système d'information adapté est mis en place en tenant compte des typologies de patients. • L'établissement réalise une revue périodique de ces indicateurs (temps d'attente et temps de passage). 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres d'accueil des urgences • Tableaux de bord des temps d'attente et de passage 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentants de la CACNP ou équivalent • Responsables médicaux et paramédicaux des urgences • Représentants d'usagers 		
25a	E3	<i>Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. • Un processus d'information du personnel sur les enjeux et le circuit de recueil des dysfonctionnements est mis en place. • Les dysfonctionnements recueillis sont analysés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registre de dysfonctionnements • CR d'analyse des dysfonctionnements • Résultats de suivi d'indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentants de la CACNP ou équivalent • Responsables médicaux et paramédicaux des urgences • Professionnels des services des urgences et services d'aval 		<p>L'établissement peut mettre en place un recueil d'événements sentinelles dont la hausse témoigne d'un dysfonctionnement. Ceux ci doivent être analysés et alimenter le système de recueil des dysfonctionnements.</p> <p>Une bonne pratique est d'informer les professionnels concernés sur les résultats de ces analyses.</p>

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
25a	E3	<i>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont définies : → en cohérence avec les résultats des dysfonctionnements recueillis et analysés, → avec la participation des professionnels et des représentants des usagers. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 				
Critère 26a - Organisation du bloc opératoire							
26a	E1	<i>Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe un circuit décrivant la prise en charge de patients par type de chirurgie (incluant la surveillance post-interventionnelle) et les organisations induites en termes de personnel, matériel, déchets,... 	<ul style="list-style-type: none"> Procédures (objet, étapes, actions, acteurs, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable de bloc Encadrement des services de chirurgie et du bloc opératoire (chirurgie et anesthésie) 		
26a	E1	<i>Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il existe un plan de contrôle des installations des secteurs opératoires. Les non-conformités et les dysfonctionnements font l'objet d'un plan de résolution. 	<ul style="list-style-type: none"> Inventaire équipement Procédures, tests et contrôles (locaux, équipements), check list Registres : maintenance, pannes, incidents, EI,... Plan d'actions (modification, achat, remplacement,...) 	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement du bloc opératoire (chirurgie et anesthésie) Service ou ingénieur biomédical Service technique 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
26a	E1	<i>La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une charte de fonctionnement est définie et validée par un conseil de bloc. Elle précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Charte • Lieu de consultation de la charte • Procès-verbal du conseil du bloc 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de bloc • Conseil du bloc opératoire • Encadrement des services de chirurgie 	Vérification de la présence du document	
26a	E1	<i>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. • Les modalités de l'échange d'information sont définies (circuits, supports, contenu,...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier du patient • PV de réunions intersecteurs • Fiches de liaison (bloc-secteurs) • Programmes opératoires (intervenants) 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de bloc • Cadre autres services 		<p>Coordination établie : avec secteurs de soins (éléments clés du dossier patient), avec secteurs prestataires (stérilisation, approvisionnements, maintenance, résultats d'exams, interventions (imagerie, anapath,...), transport, entretien des locaux. Organisation de moments d'échanges (études des dysfonctionnements, anticipation des aléas).</p> <p>Identification des intervenants sur le programme.</p>
26a	E1	<i>Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un système d'information au bloc opératoire • Des modalités d'intégration au système d'information hospitalier sont définies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures /circuit de diffusion du programme opératoire, de documents clés, circuit de transmission (résultats, demande d'exams) 	<ul style="list-style-type: none"> • SIH • Cadre de bloc et des secteurs d'hospitalisation 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
26a	E2	<i>Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'activité de régulation du bloc est assurée. Un responsable est identifié. Le respect du programme fait l'objet d'un suivi. Les dysfonctionnements sont identifiés et traités. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de poste PV conseil de bloc Planning opératoire 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable de bloc Médecin-anesthésiste, chirurgiens IADE IBODE Cadre autres secteurs 		
26a	E2	<i>Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire</i>	<ul style="list-style-type: none"> Une procédure de vérification de l'acte est disponible dans les secteurs opératoires, cette procédure est adaptée à la nature des actes effectués. La check list "sécurité du patient" est utilisée. Elle prévoit les modalités de traçabilité de la vérification. 	<ul style="list-style-type: none"> Check list 	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement du bloc opératoire (chirurgie et anesthésie) Anesthésiste Chirurgiens IADE IBODE 	Objectivité de l'utilisation de la check list	
26a	E2	<i>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement a mis en place un dispositif permettant la traçabilité des DMI et des actes. La traçabilité des vérifications est assurée, le dossier patient permet l'accès à ces données. 	<ul style="list-style-type: none"> Fiche d'écologie et de traçabilité des implants Registre de salle Check list Dossier-patient dossier d'anesthésie Audit 	<ul style="list-style-type: none"> Anesthésiste Chirurgiens IADE IBODE Encadrement du bloc opératoire et de la stérilisation Pharmacien 		
26a	E2	<i>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement identifie les besoins en pratiques professionnelles. Les pratiques professionnelles sont accessibles aux professionnels concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> Check list spécifique Procédures Recommandations professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin-anesthésiste Chirurgiens IADE IBODE 	Vérification de la disponibilité des documents	

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
26a	E3	<i>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont identifiés. Il existe un tableau de bord de suivi des indicateurs. Les données sont analysées. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en cohérence avec les résultats des indicateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Recueil des fiches d'événement indésirables Tableaux /indicateurs Relevés de suivi Plans d'actions 	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement du bloc opératoire (chirurgie et anesthésie) Coordonnateur médical Direction qualité et gestion des risques 		
Critère 28a - Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)							
28a	E1	Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	<ul style="list-style-type: none"> Les différents secteurs mettent en place une organisation leur permettant de réaliser des démarches d'EPP. L'organisation est structurée et définie : <ul style="list-style-type: none"> → les objectifs, → les processus ou circuits, → les responsabilités, → les moyens et les outils d'évaluation. 	Traçabilité relative à l'organisation mise en place tels que : <ul style="list-style-type: none"> Projet de secteur ou de service Définition des missions et responsabilités (organigramme fonctionnel, règlement intérieur d'instance(s), fiche de mission ou fiche de poste,..) Règlement intérieur des organisations (RMM, staff-EPP, RCP..),... 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP et éventuellement : <ul style="list-style-type: none"> → Président de CME → Directeur qualité → Directeur de soins → Responsable qualité → Responsable des secteurs/services → Référents EPP → Professionnels de terrain 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28a	E1	Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en place dans les secteurs concernés une organisation permettant d'analyser de manière collective et selon une méthode structurée les décès, les complications ou les événements qui aurait pu causer un dommage au patient (presque accidents). 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure définissant l'organisation des RMM Bilan annuel d'activité Tableau de bord des démarches d'EPP Fiche projet/démarche EPP 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsable des secteurs/services Référents EPP Professionnels de terrain 		<p>La procédure définissant l'organisation des RMM peut notamment inclure les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → définition RMM, → domaine d'application, → l'organisation : (responsable, périodicité des réunions, professionnels invités, modalités de recueil et de sélection des cas, modalités 'annonce de la réunion, Déroulement des réunions, Modalités de traçabilité et d'archivage, → Bilan annuel d'activité.
28a	E2	Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en place dans les secteurs concernés une organisation permettant de réaliser une RCP pour tous les nouveaux cas de cancers ou tous les cas nécessitant une modification de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> Procédure définissant l'organisation des RCP Bilan annuel d'activité Comptes-rendus des RCP Tableau de bord des démarches d'EPP Fiche projet/démarche EPP Indicateur RCP, COMPAQH/ IPAQSS généralisé 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsable des secteurs/services Référents EPP Professionnels de terrain 		<p>La procédure définissant l'organisation des RCP peut notamment inclure les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → l'identification d'un coordonnateur, → la planification des réunions, → l'utilisation de référentiels de bonnes pratiques, → la notion de pluridisciplinarité (au moins 3 spécialités différentes), → la communication au patient des avis donnés en RCP (notamment la proposition thérapeutique), → l'intégration des avis dans le dossier patient. →...

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28a	E2	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP	<ul style="list-style-type: none"> • Les différents secteurs mettent en œuvre des démarches des démarche EPP. Elles consistent en : → l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé, → inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. • Chaque spécialité ou activité participe à une démarche EPP : démarche en lien direct avec sa spécialité, ou démarche transversale, ou démarche commune à plusieurs activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord des démarches d'EPP • Fiche projet/démarche EPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Responsables des projets 		
28a	E2	L'engagement de tous les professionnels est effectif.	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en place une organisation visant à suivre l'engagement des professionnels dans les démarches d'EPP. • l'engagement concerne les professionnels concourant aux soins des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques, médecins et non médecins. 	Traçabilité de l'engagement des professionnels dans les démarches EPP et du suivi de cet engagement tels que : <ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord des démarches d'EPP • Fiche projet/démarche EPP • Bilan annuel des RMM • RCP, ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Professionnels de terrain 		Evaluer l'engagement effectif des professionnels passe par l'évaluation du déploiement des démarches EPP au travers du tableau de bord EPP. L'engagement des professionnels dépend, en effet, du déploiement des démarches EPP au sein de l'établissement.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28a	E2	Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement met en œuvre un dispositif de communication auprès des professionnels sur les démarches d'EPP mises en place et leurs résultats. Ce dispositif est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs fixés, → cibles identifiées, → moyens de communication adaptés,... 	Intranet, poster, réunions d'information...	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Professionnels en charge de l'information/communication • Professionnels de terrain 		
28a	E3	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif de mesure d'impact est organisé au regard des actions mises en œuvre et en cohérence avec les objectifs fixés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord des démarches d'EPP • Fiche projet/démarche EPP 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP 		La mesure d'impact permet, si besoin, un réajustement sur l'ensemble du programme et/ou des actions concernées.
28a	E3	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	<ul style="list-style-type: none"> • Le dispositif d'évaluation est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs de l'évaluation, → personne en charge de coordonner et/ou réaliser l'évaluation, → périodicité des évaluations, → outil(s) d'évaluation... 	Tout document de traçabilité de l'évaluation de l'organisation : <ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel commission (EPP) • Bilan secteurs • Comptes-rendus de service 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe représentatif des démarches EPP • Responsables de projets • Responsables des secteurs 		<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation porte sur : <ul style="list-style-type: none"> → le choix des thématiques, → l'accompagnement, la concertation et le suivi des démarches, → l'association des professionnels et du suivi de leur engagement aux démarches d'EPP, → la communication faites autour des projets EPP... <p>Le dispositif permet, si besoin, d'identifier des actions d'amélioration à mettre en œuvre.</p>

Élément d'appréciation		Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions	
			Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain		
Critère 28b – Pertinence des soins							
28b	E1	Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement met en place une réflexion formalisée, concertée et périodique, qui permet, selon une méthode définie, d'identifier les enjeux liés à la pertinence des soins au sein des différents secteurs. 	Traçabilité de cette réflexion tels que : <ul style="list-style-type: none"> Projet qualité et sécurité des soins Comptes-rendus de réunions/commissions. .. 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsables de projets Responsables des secteurs Directeur 		
28b	E2	Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> Des démarches EPP sont mises en œuvre en fonction des enjeux identifiés et qui conduisent, si nécessaire à la mise en place des actions d'amélioration. La coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), professionnels identifiés et impliqués, plan d'actions, tableau de suivi (échéances et périodicité définies),... 	Tout document de preuve relatif aux démarches d'EPP tels que : <ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord des démarches EPP Fiches projet Bilan annuel de commission... 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsables de projets Responsables des secteurs 		
28b	E2	Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement identifie les besoins en guide de bon usage en fonction des enjeux liés à la pertinence des soins identifiés au sein des différents secteurs. Les guides sont accessibles aux professionnels concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> Guides de bon usage 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsables de projets Responsables des secteurs 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28b	E3	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	<ul style="list-style-type: none"> La coordination et le suivi des actions d'amélioration sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi (échéances et périodicité définies),... Un dispositif de mesure d'impact est mis en place. 	Tout document de preuve relatif aux démarches d'EPP tels que : <ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord des démarches EPP Fiches projet Bilan annuel de commission... 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Responsables de projets Responsables des secteurs 		
Critère 28c - Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique							
28c	E1	<i>L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement identifie selon un processus structuré les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard : <ul style="list-style-type: none"> → des indicateurs déjà existants au niveau des secteurs et/ou transversaux, → des nouveaux indicateurs à promouvoir au regard de ses activités. 	Traçabilité de l'identification des indicateurs pertinents tels que : <ul style="list-style-type: none"> Compte(s)-rendu(s) de réunion Bilan annuel de commission Tableau de bord des indicateurs Tableau de bord des démarches EPP.. 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou instances participant à cette identification 		<ul style="list-style-type: none"> Ces indicateurs peuvent être liés à une pathologie, un problème de santé ou une activité spécialisée. L'établissement choisit les indicateurs de pratique clinique qu'il souhaite utiliser dans le cadre des démarches d'amélioration mises en œuvre. Il peut s'agir : <ul style="list-style-type: none"> → d'indicateurs validés par les collègues professionnels des bonnes pratiques, → d'indicateurs développés par la Haute Autorité de Santé → d'indicateurs construits par les équipes en utilisant les références disponibles → d'indicateurs publiés dans la littérature.

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28c	E2	<i>L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Le dispositif de recueil et d'analyse concernés est structuré : <ul style="list-style-type: none"> → objectifs définis, → coordination du recueil et de l'analyse, → implication des professionnels concernés, → périodicité définie, → outil(s) d'analyse utilisé(s), → ... Chaque spécialité/activité participe au recueil et à l'analyse d'au moins un indicateur de pratique clinique, que cet indicateur soit un indicateur « de la spécialité » ou un indicateur transversal à plusieurs activités. 	Tout document témoignant du recueil et de l'analyse des indicateurs tels que : <ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord des démarches EPP Tableau de bord de suivi des indicateurs Comptes-rendus de réunions, ... 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou instances participant au recueil et à l'analyse des résultats 		
28c	E2	<i>Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en cohérence avec l'analyse issue des résultats des indicateurs. Avec la participation de l'ensemble des secteurs d'activités et professionnels concernés. Le suivi de leur mise en œuvre est organisé : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi,... 	Tout document témoignant de la mise en œuvre d'actions d'amélioration et leurs suivis tels que : <ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord des démarches EPP Tableau de bord de suivi des indicateurs Comptes-rendus de réunions, ... 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou instances participant à la mise en œuvre de la démarche d'amélioration 		

Élément d'appréciation			Structuration : périmètre d'investigation	Déploiement : éléments de preuve			Précisions
				Document(s) de preuve	Personne(s) à rencontrer	Observation(s) terrain	
28c	E3	<i>L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.</i>	<ul style="list-style-type: none"> L'établissement révisé la liste des indicateurs : <ul style="list-style-type: none"> → en concertation avec l'ensemble des secteurs d'activités et professionnels, → à périodicité définie. 	Tout document assurant la traçabilité de la réflexion permettant d'actualiser la liste des indicateurs pertinents tels que : <ul style="list-style-type: none"> Compte(s)-rendu(s) de réunion Bilan annuel de commission Tableau de bord des indicateurs Tableau de bord des démarches EPP.. 	<ul style="list-style-type: none"> Groupe représentatif des démarches EPP Professionnels ou instances participant à cette révision 		