



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**MANUEL DE CERTIFICATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**V 2010 en version « pilote »
Mai 2008**

DOCUMENT DE TRAVAIL EN RELECTURE

du 5 mai au 16 Juin 2008 (clôture)

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Avant-propos

Avant-propos

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant ré forme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé, a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement.

La démarche de certification est aujourd'hui installée dans le paysage sanitaire français. La certification permet d'impulser et de pérenniser la démarche qualité et la visite de certification représente un temps fort dans la vie des établissements de santé.

La version 2010 sera le cadre de référence de la 3^{ème} visite de certification des établissements. Elle représente une importante évolution du dispositif de certification. L'objectif est d'offrir au système de santé un dispositif qui apporte une réponse pertinente aux attentes des différentes parties prenantes et en particulier celles des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics.

En promouvant un positionnement équilibré entre ses différentes cibles :

- La certification doit permettre un éclairage des usagers en renforçant la lisibilité de son rapport pour tous les publics,
- La certification cherche à renforcer sa pertinence en tant qu'outil de management interne aux établissements ;
- la certification assure son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

La phase de concertation et de relecture qui s'ouvre avec la publication de ce manuel pilote est essentielle car elle doit permettre de collecter le plus grand nombre d'avis qui seront précieux pour l'élaboration de la version définitive. Ces avis doivent aider non seulement à fiabiliser les exigences mais également à consolider l'effort de simplification en identifiant les éléments qui doivent encore faire l'objet d'allègement afin de concentrer l'effort de la certification sur les critères ayant le maximum d'impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Les méthodes de visite, les processus de cotation, de décision, d'élaboration du rapport de certification, la place des indicateurs et de l'autoévaluation font l'objet de développements toujours en cours. Eux-aussi seront soumis à une phase de concertation et de relecture.

Laurent DEGOS
Président de la Haute Autorité de Santé

François ROMANEIX
Directeur de la Haute Autorité de santé

Sommaire

Avant-propos	3
Sommaire	4
Introduction	9
CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT.	18
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE.	19
REFERENCE 1 La stratégie de l'établissement.	19
CRITÈRE 1.a Valeurs et missions de l'établissement.	19
CRITÈRE 1.b Démarche éthique.	19
CRITÈRE 1.c Stratégie de l'établissement.	19
CRITÈRE 1.d Prise en compte de l'environnement externe.	20
CRITÈRE 1.e Engagement dans le développement durable.	20
CRITÈRE 1.f Politique des droits des patients.	20
CRITÈRE 1.g Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient. PEP	21
CRITÈRE 1.h Développement d'une culture qualité et sécurité.	21
CRITÈRE 1.i Déploiement et culture de l'évaluation des pratiques professionnelles. PEP	22
REFERENCE 2 Organisation et modalités de pilotage interne.	23
CRITÈRE 2.a Missions et responsabilités.	23
CRITÈRE 2.b Instances et pilotage de l'établissement.	23
CRITÈRE 2.c Implication des usagers, de leurs représentants et des associations.	23
CRITÈRE 2.d Dialogue social et implication des personnels.	24
CRITÈRE 2.e Fonctions de responsable qualité et de gestion des risques. PEP	24
CRITÈRE 2.f Tableaux de bord et pilotage de l'établissement.	24
PARTIE 2 MANAGEMENT DES RESSOURCES.	25
REFERENCE 3 La gestion des ressources humaines.	25
CRITÈRE 3.a Planification des ressources humaines.	25
CRITÈRE 3.b Intégration des nouveaux arrivants.	25

Sommaire

CRITÈRE 3.c	Développement des compétences. PEP	25
CRITÈRE 3.d	Santé et sécurité au travail.....	26
CRITÈRE 3.e	Amélioration de la qualité de vie au travail.....	26
REFERENCE 4	La gestion des ressources financières.....	27
CRITÈRE 4.a	Gestion des ressources financières.....	27
REFERENCE 5	Le système d'information.....	27
CRITÈRE 5.a	Système d'information.....	27
CRITÈRE 5.b	Sécurité du système d'information.....	27
REFERENCE 6	La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures.....	28
CRITÈRE 6.a	Sécurité des biens et des personnes.....	28
CRITÈRE 6.b	Sécurité incendie.....	28
CRITÈRE 6.c	Gestion des infrastructures et des équipements.....	28
CRITÈRE 6.d	Qualité et sécurité de la restauration.....	29
CRITÈRE 6.e	Gestion du linge.....	29
CRITÈRE 6.f	Fonction transport.....	29
REFERENCE 7	La qualité et la sécurité de l'environnement.....	30
CRITÈRE 7.a	Gestion de l'eau.....	30
CRITÈRE 7.b	Gestion de l'air.....	30
CRITÈRE 7.c	Gestion de l'énergie.....	30
CRITÈRE 7.d	Gestion des locaux et des biens.....	31
CRITÈRE 7.e	Gestion des déchets.....	31
PARTIE 3	MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	32
REFERENCE 8	Programme global et coordonné de management de la qualité et des risques.....	32
CRITÈRE 8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.....	32
CRITÈRE 8.b	Obligations légales et réglementaires.....	32
CRITÈRE 8.c	Évaluation des risques <i>a priori</i> et mise en œuvre des actions préventives.....	32
CRITÈRE 8.d	Gestion de crise.....	33
CRITÈRE 8.e	Maîtrise du risque infectieux. PEP	33
CRITÈRE 8.f	Vigilances sanitaires et signalement externe des événements indésirables graves et des infections nosocomiales.....	33
CRITÈRE 8.g	Maîtrise du risque transfusionnel.....	34
CRITÈRE 8.h	Gestion des équipements biomédicaux.....	34
REFERENCE 9	Dispositif de suivi et d'évaluation.....	35
CRITÈRE 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations. PEP	35
CRITÈRE 9.b	Évaluation de la satisfaction des usagers.....	35
CRITÈRE 9.c	Recueil, traitement et analyse des événements indésirables. PEP	35

Sommaire

REFERENCE 10	Utilisation des indicateurs qualité et sécurité dans la démarche d'amélioration.....	36
CRITÈRE 10.a	Recueil, analyse et utilisation des indicateurs qualité et sécurité.....	36
CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....		37
PARTIE 1	DROITS ET PLACE DES PATIENTS.....	38
REFERENCE 11	Bienveillance et droits.....	38
CRITÈRE 11.a	Promotion de la bienveillance.....	38
CRITÈRE 11.b	Prévention de la maltraitance.....	38
CRITÈRE 11.c	Respect de la dignité et de l'intimité du patient.....	38
CRITÈRE 11.d	Respect de la confidentialité.....	39
CRITÈRE 11.e	Accueil et accompagnement des proches.....	39
CRITÈRE 11.f	Liberté d'aller et venir.....	39
REFERENCE 12	Information, participation et consentement du patient.....	40
CRITÈRE 12.a	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés.....	40
CRITÈRE 12.b	Consentement et participation du patient.....	41
CRITÈRE 12.c	Information du patient en cas d'événement indésirable grave.....	41
REFERENCE 13	La prise en charge de la douleur.....	42
CRITÈRE 13.a	Prise en charge de la douleur.....	42
REFERENCE 14	La fin de vie.....	43
CRITÈRE 14.a	Organisation de la prise en charge des patients en fin de vie.....	43
CRITÈRE 14.b	Respect de la volonté et de la dignité du patient en fin de vie.....	44
PARTIE 2	GESTION DES DONNÉES DU PATIENT.....	45
REFERENCE 15	Le dossier du patient.....	45
CRITÈRE 15.a	Tenue du dossier.....	45
CRITÈRE 15.b	Accès au dossier. PEP	45
REFERENCE 16	L'identification du patient. PEP.....	45
CRITÈRE 16.a	Identification du patient.....	45
PARTIE 3	PARCOURS DU PATIENT.....	46
REFERENCE 17	L'accueil du patient et de son entourage.....	46
CRITÈRE 17.a	Le dispositif d'accueil.....	46
REFERENCE 18	L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet personnalisé de soins.....	46

Sommaire

CRITÈRE 18.a	Évaluation initiale et projet personnalisé de soins.....	46
REFERENCE 19	La continuité et la coordination des soins.....	47
CRITÈRE 19.a	Règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination.....	47
CRITÈRE 19.b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement.....	47
REFERENCE 20	Prise en charge de la personne âgée (hors service dédié).....	48
CRITÈRE 20.a	Prise en charge de la personne âgée.....	48
REFERENCE 21	Les maladies chroniques.....	48
CRITÈRE 21.a	Maladies chroniques.....	48
REFERENCE 22	Prise en charge des personnes socialement vulnérables.	49
CRITÈRE 22.a	Prise en charge des personnes socialement vulnérables.	49
REFERENCE 23	Les situations nécessitant une prise en compte particulière.	49
CRITÈRE 23.a	État nutritionnel.	49
CRITÈRE 23.b	Risque suicidaire.....	50
CRITÈRE 23.c	Hospitalisation sans consentement. Critère spécifique aux établissements de santé mentale.....	50
REFERENCE 24	Prise en charge médicamenteuse.	51
CRITÈRE 24.a	Prescription et administration.....	51
CRITÈRE 24.b	Dispensation.....	51
CRITÈRE 24.c	Continuité du traitement médicamenteux.....	51
REFERENCE 25	Prise en charge des analyses de biologie médicale.....	52
CRITÈRE 25.a	Prescription d'analyses et transmission des résultats.....	52
CRITÈRE 25.b	Démarche qualité en laboratoire.....	53
REFERENCE 26	Prise en charge des examens d'imagerie.	53
CRITÈRE 26.a	Prescription d'examen et transmission des résultats.....	53
CRITÈRE 26.b	Conditions de réalisation des examens.....	53
REFERENCE 27	Éducation thérapeutique (ETP) à destination du patient et de son entourage.....	54
CRITÈRE 27.a	Éducation thérapeutique du patient.....	54
REFERENCE 28	La sortie du patient.	54
CRITÈRE 28.a	La sortie.....	54
PARTIE 4	PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.	55
REFERENCE 29	La prise en charge dans le service des urgences.....	55
CRITÈRE 29.a	La prise en charge des urgences et des soins non programmés. PEP	55
REFERENCE 30	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.....	56
CRITÈRE 30.a	L'organisation du bloc opératoire. PEP	56
CRITÈRE 30.b	L'organisation des autres secteurs d'activité interventionnelle et activités à risque majeur signalé.....	56

Sommaire

REFERENCE 31	Les activités de rééducation et de réadaptation.....	57
CRITÈRE 31.a	Les activités de rééducation.....	57
CRITÈRE 31.b	Les activités de réadaptation et de réinsertion.....	57
PARTIE 5	ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.	58
REFERENCE 32	L'évaluation des pratiques professionnelles.	58
CRITÈRE 32.a	Réunion de concertation pluridisciplinaire / Staff EPP / Revue de Mortalité Morbidité.....	58
CRITÈRE 32.b	Démarche d'EPP sur des thèmes spécifiés.....	58
Acronymes		59
Remerciements		60

Introduction

1 - Le rôle du manuel pilote

Le présent document correspond à une première version des références, critères et éléments d'appréciation de la version 2010 de la certification.

Cette version du manuel, établie grâce aux travaux de groupes thématiques composés de professionnels de santé, d'experts et de représentants d'utilisateurs, est destinée à faire l'objet d'une relecture par les différentes parties prenantes et institutions concernées par la certification des établissements de santé.

La phase de relecture a vocation à contribuer à l'effort de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé dans un contexte marqué par :

- l'expression des revendications légitimes des usagers,
- la surexposition des professionnels à des procédures externes marquées par un excès de formalisme,
- les difficultés démographiques déjà effectives et rencontrées pour un très grand nombre de professionnels,
- les tensions budgétaires qui pèsent sur le système de santé.

Très concrètement, le travail de relecture qui s'ouvre a vocation à amplifier le processus d'analyse et de concentration pour valider le maintien ou non des critères qui composent le manuel pilote.

La HAS à l'instar des organismes d'accréditation étrangers engage une large concertation sur ses références. Cette concertation permettra d'assurer :

- La relecture par de nombreux professionnels ayant fait acte de candidature suite à l'appel à candidature lancé en 2007.
- Un test en établissement ; le manuel sera adressé à des établissements volontaires en vue d'une relecture et d'une analyse collective sur site; en présence de représentants de la HAS.
- Une relecture par les établissements dont la visite V 2010 est programmée au 1^{er} semestre 2010.
- Une relecture institutionnelle large : fédérations d'établissements et conférences, ministère (DHOS, MEAH), agences sanitaires, assurance maladie, CISS, structures spécialisées partenaires, etc.

La relecture à ce stade vise à garantir :

- La bonne compréhension des libellés
- La robustesse des éléments d'appréciation
- Le bon repérage des éléments jugés les plus pertinents pour s'inscrire dans une juste appréciation de la performance d'un établissement de santé au regard des dimensions qualité et sécurité des soins
- L'acceptabilité des objectifs

Les écarts constatés dans la rédaction des niveaux de progression sont encore nombreux compte tenu de l'important travail de synthèse et de consolidation qui a été opéré à partir des contributions des groupes de travail thématiques. Ceux-ci font aussi partie du travail de relecture et doivent être signalés.

Introduction

La relecture doit enfin permettre d'identifier des marges complémentaires de suppression ou de fusion de critères.

Le manuel V 2010 définitif sera établi à l'issue de cette relecture et de la phase de tests qui sera organisée sur tout ou partie du manuel, directement au sein des établissements de santé. La HAS souhaite recueillir le maximum de retours sur cette version afin d'établir un manuel répondant aux besoins des établissements et des différentes parties prenantes.

L'élaboration de la version définitive comportera une évolution des modalités de présentation des références, critères et éléments d'appréciation. Celles-ci ne sont pas actuellement stabilisées et la version définitive sera également enrichie par des travaux spécifiques de documentation et de mise en perspective des exigences (paragraphes introductifs des thématiques, présentation de certaines exigences, références utiles).

2 - L'évolution du dispositif de certification portée par la V 2010

La démarche de certification est à la fois désormais installée dans le paysage sanitaire français et l'objet de nombreuses attentes. La Haute Autorité de Santé a souhaité, dans le cadre du développement de la 3^{ème} itération, entreprendre un important travail de refonte avec un triple souci :

- Tirer les enseignements du retour critique observé dans le déroulement effectif de la procédure
- Adapter la démarche à un environnement qui lui-même a évolué de façon significative
- Prendre en compte les processus à l'œuvre dans les autres dispositifs d'accréditation à l'étranger.

a) Le positionnement de la certification V2010

Les travaux préparatoires de la V 2010 et le retour d'expérience des précédentes versions ont montré la nécessité de rappeler et de préciser le positionnement de la certification. Trois éléments caractérisent ce positionnement :

1. La certification HAS est une certification d'établissement et non une certification de chacun des secteurs d'activité qui composent un établissement de santé :

Le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) situe son analyse sur le fonctionnement global de l'établissement mais ne permet pas d'analyser finement le fonctionnement de chaque secteur.

2. La certification poursuit deux objectifs d'évaluation complémentaires. Elle exige et évalue à la fois:
 - o la mise en place d'un système de pilotage de l'établissement, qui inclut l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Introduction

- l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés essentiels.

LA HAS s'attache à renforcer ses méthodes de mesure afin de permettre des mesures reproductibles sur des points essentiels. Par exemple, des « pratiques exigibles prioritaires » PEP sont introduites (cf. présentation dans la suite du document) dont un des objectifs est d'assurer la reproductibilité de la mesure.

L'un et l'autre de ces objectifs ont fait l'objet de développements approfondis. Ils concourent à l'affirmation d'une exigence renouvelée et toujours renforcée, qui s'exprimera dans le processus de cotation et de décision avec un référentiel resserré. Il en découlera des situations expresses où la HAS sera appelée à prononcer des non certifications d'établissements de santé.

Si la certification promeut un dispositif apprenant, elle n'est pas un simple accompagnement pédagogique des établissements de santé. Elle traduit une appréciation sur la qualité d'un établissement, au croisement des attentes des usagers, des professionnels et des pouvoirs publics. Elle doit être aussi un outil de management au sein des établissements.

3. La certification est un dispositif qui contribue à la régulation des établissements de santé par la qualité.

L'approche défendue dans le cadre de la v2010 accorde une large place à l'idée que la décision de certification doit être mieux ancrée dans le paysage de la régulation hospitalière, en renforçant les exigences de continuité entre les efforts demandés par la DHOS, les ARH et la HAS, dès lors que la préoccupation porte sur la mise en œuvre des critères qualité et l'analyse des indicateurs qualité.

Plus fondamentalement et sans renoncer au principe d'indépendance du processus de décision de la certification des établissements de santé, l'objectif est de progresser dans une meilleure contextualisation de la démarche de certification, en amont de la visite (avec un recensement plus qualitatif des travaux et résultats d'évaluation disponibles) et en aval (avec une prise en compte des décisions de certification dans le dialogue de gestion nouée entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation).

b) Les objectifs généraux poursuivis par le développement de la V 2010

Quatre objectifs généraux guident plus particulièrement les travaux de développement de la V2010 :

1. Renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
2. Simplifier la certification en réduisant la charge de travail induite et les contraintes formelles
3. Accroître la garantie fournie aux usagers
4. Inscrire la certification dans la régulation hospitalière

Introduction

c) Les objectifs d'évolution thématiques

Les développements thématiques du manuel recherchent plusieurs évolutions :

- Les évolutions concernant le management des établissements :
 - o Renforcement des exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité et au développement d'une culture de sécurité.
 - o Développement d'exigences sur des mécanismes de « gouvernance clinique »¹, d'évaluation et d'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles, de maintien et de développement des compétences; il s'agit de poursuivre les démarches engagées en V2 en les consolidant par leur institutionnalisation, leur déploiement adapté et intégré dans la pratique dans tous les secteurs d'activité, dans le cadre d'une interrogation élargie aux notions d'équité d'accès aux soins et d'analyse de la pertinence des soins.
 - o Sensibilisation aux évolutions du pilotage des établissements :
 - La promotion d'un travail collectif autour d'un « sens commun » c'est-à-dire l'identification et la définition de missions et de valeurs partagées ;
 - La promotion de modalités de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et de suivis des activités d'évaluation et d'amélioration donnant une place primordiale à la concertation.
 - L'intégration d'exigences relatives au développement durable.
 - La systématisation des recherches de mesure d'impact.

- Les évolutions concernant les droits des patients
 - o Précision des exigences relatives aux démarches éthiques et au respect concret des droits des usagers
 - o Renforcement des exigences relatives à la participation du patient à sa prise en charge
 - o Sensibilisation à la notion de bientraitance. Dans le prolongement d'un mouvement qui a vu le jour au sein du secteur médico-social, il a paru nécessaire, dans le cadre des travaux sur la V 2010, d'aller au-delà des exigences en matière de prévention de la maltraitance délictuelle, en incitant les établissements à mettre en place des démarches permettant de rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes.
 - o Renforcement des exigences relatives au respect des droits des patients en fin de vie.

¹ Système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services et de la sécurité du patient. Il favorise le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement.

Introduction

- Les évolutions concernant la prise en charge du patient
 - o L’affichage d’objectifs prioritaires d’amélioration de la sécurité des soins
 - o Le renforcement des démarches d’amélioration et d’évaluation des pratiques professionnelles et leur adaptation aux secteurs d’activité
 - o Le renforcement de l’évaluation du fonctionnement des blocs opératoires
 - o La valorisation de la prise en compte des maladies chroniques et de l’éducation thérapeutique des patients.
 - o La prise en compte de la situation des activités à risque

3 – La structure du manuel

Les choix retenus pour la structure du manuel sont :

- **Un plan en deux chapitres**

En fusionnant les chapitres I, II, et IV des manuels V2 et V2007, la HAS a fait le choix d’une meilleure évaluation du système de management et d’une simplification de la structure du manuel, en évitant des redondances entre les exigences relatives à la définition des politiques et celles qui concernent leur mise en œuvre et leur évaluation.

- **Une organisation des éléments d’appréciation en fonction de niveaux d’exigence progressifs.**

Ce choix permet de désigner un objectif et des pratiques innovantes et d’accompagner les professionnels de l’établissement dans une recherche de performance accrue. Il fournit une hiérarchisation des éléments d’appréciation permettant de structurer le processus de cotation et le processus de décision.

Ces éléments d’appréciation témoignent du niveau atteint par l’établissement et éclairent les établissements sur les étapes à franchir dans une démarche de progrès.

Introduction

Les niveaux sont à ce jour qualifiés de N1, N2, N3 et N4. Des travaux sont toujours en cours sur la qualification de ces niveaux et les règles de cotation des critères qui s'y rattachent. A titre provisoire, les niveaux sont qualifiés de la manière suivante :

- N1 : Réponse minimale ou formalisation incomplète des pratiques ou de l'organisation
- N2 : Organisation en place ou formalisation de l'organisation et des pratiques
- N3 : Fonctionnement maîtrisé avec implication des professionnels et communication organisée
- N4 : Démarche évaluée ou amélioration continue.

- Une évaluation par prise en charge pour la partie « processus de prise en charge du patient »

L'auto-évaluation sur la partie « processus de prise en charge du patient » continue d'être réalisée par type de prise en charge (MCO, santé mentale, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, HAD).

4 - La définition de pratiques exigibles prioritaires

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des pratiques exigibles prioritaires sont introduites dans le manuel de certification. Ces pratiques exigibles prioritaires sont des références, critères ou éléments d'appréciation pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. La vérification de l'atteinte de ces exigences par l'équipe d'expert-visiteur sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification d'exigences jugées fondamentales pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur le sujet retenu. La non atteinte de ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative, voire à une non-certification.

LISTE DES PRATIQUES EXIGIBLES PRIORITAIRES

Sur le plan de l'organisation générale

- Une fonction gestionnaire de risques est opérationnelle
- Une gestion des événements indésirables est effective
- Un système de gestion des plaintes est en place et contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité
- L'identification correcte du patient est assurée lors des actes diagnostiques et thérapeutiques.
- Le suivi d'un indicateur lié au délai d'obtention du dossier médical par les patients est mis en œuvre.

Sur le plan de la prise en compte des risques spécifiques

Lutte contre l'infection

- L'établissement met en place un suivi du tableau de bord d'indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales et de consommation d'antibiotiques [en cours d'élaboration en lien avec la DHOS].

Bloc opératoire

- Une organisation du bloc opératoire satisfait à des critères qualité établis avec le Conseil National de la Chirurgie.
- Le suivi des événements sentinelles en chirurgie est assuré.

Urgences

- Un suivi des délais de prise en charge est assuré.

Circuit du médicament

- [En cours d'élaboration en lien avec la DHOS].

Sur le plan du management des activités de soins (développement de la gouvernance clinique)

- L'établissement développe une démarche de gouvernance clinique incluant :
 - Une délibération régulière devant le conseil d'administration du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité et ses résultats.
 - Une organisation effective du déploiement de l'évaluation des pratiques des équipes médico-soignantes.
 - Une démarche de développement des compétences.

Introduction

5 – Les développements en cours

- Des développements thématiques spécifiques

Des développements spécifiques sont encore en cours sur plusieurs champs : santé mentale, HAD (en lien avec la FNEHAD), bloc opératoire (en association avec le Conseil national de la chirurgie), biologie, imagerie. Sur ces champs, les exigences pourront être affinées simultanément au mécanisme de relecture.

- Les évolutions des étapes de la procédure

Une révision des différentes étapes de la procédure est en cours. Cette révision prévoit une évolution de l'auto-évaluation avec un objectif majeur de simplification et la recherche d'un meilleur positionnement dans le cycle de la démarche afin d'encourager le maintien de la qualité entre les visites et de mieux étaler le travail de préparation. Les processus de visite, de cotation, de décision, d'élaboration du rapport et de suivi des décisions font également l'objet de développements en cours, avec en filigrane l'objectif de mieux inscrire dans la durée la démarche de certification.

- La rédaction d'un guide de visite et la formation des experts-visiteurs

Un guide de visite est en cours d'élaboration. Il précisera la démarche utilisée par les experts-visiteurs pour appréhender le fonctionnement des établissements, analyser le système de pilotage mis en place et étudier la satisfaction aux différents éléments d'appréciation.

La conception et la réalisation de la formation des experts-visiteurs s'appuieront sur le manuel définitif et le guide de visite.

- L'adaptation de la certification aux différents types d'établissement

Les études préalables conduites sur le dispositif de certification ont confirmé l'attente de l'environnement d'une adaptation de la certification aux spécificités des différents établissements. Ces adaptations sont recherchées avec dans un premier temps des développements ciblés sur la santé mentale et l'HAD. Des propositions seront également formulées pour les établissements de taille réduite.

- La poursuite de l'articulation avec les politiques nationales, les mécanismes d'inspection et l'inscription de la certification dans la régulation du système de santé.

Ce travail déjà entamé, générera également des évolutions des références en complément de la relecture.

- La poursuite de l'intégration progressive des indicateurs qualité, deux modalités sont prévues :

- Apporter un éclairage sur le niveau de conformité des points spécifiques, mais en nombre aujourd'hui limité

Introduction

- Valoriser et encourager un mode d'évaluation par la mesure, en travaillant sur l'utilisation de tableaux de bord et la possibilité pour les experts-visiteurs d'apprécier la capacité des établissements de santé à apprendre des indicateurs en favorisant la comparaison

6 – Le calendrier

ÉTAPES	ÉCHEANCES
Premières visites	Janvier 2010
Information des 1ers ES visités	Début 2009
Élaboration de la version définitive du manuel V 2010	Juin à décembre 2008
Concertation sur les références	Avril à juin 2008
Fin élaboration de la première version du manuel V 2010 pilote	15 avril 2008

CHAPITRE 1 **Management de l'établissement.**

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE.			
REFERENCE 1 La stratégie de l'établissement.			
CRITÈRE 1.a Valeurs et missions de l'établissement.			
N1	N2	N3	N4
Un document de référence portant sur les missions et valeurs de l'établissement a été élaboré ou est en cours d'élaboration par les professionnels et les représentants d'usagers de l'établissement.	Les valeurs sont définies dans le projet d'établissement.	Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées aux patients et aux professionnels.	Des valeurs servent de référence lors de l'élaboration des projets de l'établissement et des prises de décision.
CRITÈRE 1.b Démarche éthique.			
N1	N2	N3	N4
Des réflexions éthiques sont menées au sein de certains secteurs d'activité. Les professionnels ont accès aux ressources (documentation, formations...) et dispositifs (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement...) en matière d'éthique.	Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	Une coordination des démarches éthiques est mise en place. Un état des lieux des enjeux éthiques liés aux activités de l'établissement est réalisé	Des modalités permettant d'intégrer la réflexion éthique aux décisions, aussi bien dans le domaine de la prise en charge des patients que dans celui de la gestion sont définies.
CRITÈRE 1.c Stratégie de l'établissement.			
N1	N2	N3	N4
L'établissement a défini ses orientations stratégiques. La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et le projet médical de territoire.	Les orientations stratégiques sont communiquées aux professionnels de l'établissement et au public. Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et gestion des risques...) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.

CRITÈRE 1.d Prise en compte de l'environnement externe.			
N1	N2	N3	N4
Les domaines de partenariat sont identifiés en cohérence avec les schémas de planification sanitaire et le projet médical de territoire.	L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire et le projet médical de territoire. Ces partenariats assurent la continuité du parcours de soins entre établissement de santé, médecine de ville, moyen séjour, soins de longue durée, institutions sociales et médico-sociales.	L'établissement évalue périodiquement l'efficacité de ses partenariats. L'établissement évalue la satisfaction de ses partenaires externes.	L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.
CRITÈRE 1.e Engagement dans le développement durable.			
Le développement durable est « la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins ». Rapport Brundtlandt, 1987). Par ailleurs, le développement durable apporte une vision globale et à long terme en conciliant trois dimensions :			
<ul style="list-style-type: none"> - une gestion économique fiable ; - un établissement socialement intégré ; - un établissement de santé écologiquement respectueux. 			
N1	N2	N3	N4
Les enjeux liés au développement durable sont identifiés.	Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement. L'établissement associe les acteurs du milieu économique, social, associatif et environnemental à la définition de ses actions et programmes développement durable.	Un programme pluriannuel définissant des objectifs prioritaires est décliné à moyen et long terme en tenant compte des impacts environnementaux, économiques et sociaux.	L'établissement a défini une politique de développement durable intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement.
CRITÈRE 1.f Politique des droits des patients.			
N1	N2	N3	N4
Le respect des droits des patients est inscrit dans les priorités de l'établissement. La CRUQ-PC est mise en place.	Des formations aux droits des patients sont proposées aux professionnels. Les patients sont informés de leurs droits	Des actions d'amélioration en matière de respect des droits sont mises en œuvre. La CRUQ-PC oriente et coordonne l'évaluation et l'amélioration des pratiques en matière de droits des patients.	Les objectifs d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mis en œuvre dans chaque secteur d'activité.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

CRITÈRE 1.g Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient. PEP

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient est le cadre de référence pour la définition d'objectifs mesurables et d'indicateurs associés par chaque responsable de secteur de l'établissement. L'évaluation régulière par la direction des résultats et des plans d'action d'amélioration de chaque secteur permet un partage d'expérience et une harmonisation des activités entre les différents secteurs de l'établissement.

N1	N2	N3	N4
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité est déclinée dans un document écrit et concrétisée par un engagement validé par le directeur de l'établissement et les instances.	Des objectifs sont définis par chaque secteur de l'établissement et validés par la direction, en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité.	Des indicateurs sont définis par chaque secteur de l'établissement et validés par la direction, en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité.	La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité est évaluée par la direction à une fréquence régulière en fonction des résultats obtenus et des décisions sont prises en vue de garantir l'amélioration continue. PEP Le conseil d'administration statue au moins une fois par an sur cette politique.

CRITÈRE 1.h Développement d'une culture qualité et sécurité.

La communication interne sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité par des informations régulières et l'organisation d'activités sur des thèmes transversaux concernant différents secteurs concourent à sensibiliser les professionnels et à les impliquer dans une vision partagée de la démarche qualité et sécurité de l'établissement. Le suivi de la diffusion et du renforcement de la culture qualité et sécurité dans les équipes est un élément clé du management de l'établissement.

N1	N2	N3	N4
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité est diffusée et accessible dans l'établissement.	Le personnel reçoit régulièrement des informations écrites sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité.	L'établissement organise régulièrement des activités au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont systématiquement abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées...) L'établissement favorise l'engagement des médecins et équipes médicales (spécialités ou activités à risques) dans la démarche d'accréditation.	La direction suit régulièrement l'évolution de la culture sécurité de l'établissement (sondage, remontée d'informations, implication des personnels dans les groupes de réflexion et de travail sur la qualité et la sécurité).

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

CRITÈRE 1.i Déploiement et culture de l'évaluation des pratiques professionnelles.

PEP

Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle. Elles concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives. Le décret du 14 avril 2005 définit l'EPP comme : « l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

L'évaluation des pratiques mise en œuvre par les professionnels doit être le plus possible intégrée à l'exercice clinique et faire partie de leur quotidien. Il est proposé aux équipes de mettre en place des modalités d'exercice comportant un volet d'évaluation (staff-EPP, RCP, réseaux de santé, etc.).

La finalité n'est pas l'évaluation des pratiques qui n'est qu'un moyen, mais l'amélioration des pratiques.

Par ailleurs, l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé (démarche de gestion des risques concernant certaines spécialités et activités à risques en établissements de santé) intègre des démarches d'évaluation des pratiques et constitue une modalité de satisfaction à l'obligation individuelle d'EPP des médecins.

Le critère « Déploiement et culture de l'EPP » rend compte :

- de la politique menée dans l'établissement qui favorise le déploiement des démarches EPP,
- de leur degré de généralisation au sein des secteurs d'activités
- de leur niveau de maturité.

Les secteurs d'activité sont définis par l'établissement qui rend compte de l'ensemble des démarches d'EPP menées au sein de ces secteurs.

NB - Un document d'accompagnement sera réalisé par la HAS pour faciliter le travail des établissements et des experts visiteurs pour la mise en œuvre de l'EPP dans le cadre de la procédure de certification.

N1	N2	N3	N4
<p>Des démarches d'EPP sont développées dans certains secteurs.</p> <p>Les démarches d'EPP sont ponctuelles dans le temps ou mises en œuvre récemment.</p>	<p>Le programme d'EPP de l'établissement est défini en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement (projet d'établissement, CPOM) et les demandes externes (CBUM, indicateurs Infections nosocomiales, etc.).</p> <p>Les responsabilités et l'organisation du déploiement de l'EPP sont définies : commission en charge de l'EPP, programme annuel de travail, référents EPP, etc.</p>	<p>Les instances décisionnelles disposent régulièrement des données sur le développement des activités d'EPP de l'établissement.</p> <p>La mise en œuvre d'actions d'amélioration est effective pour la majorité des démarches.</p> <p>Les démarches d'EPP sont déployées dans l'ensemble des secteurs d'activité.</p>	<p>Le programme EPP de l'établissement est évalué au regard des objectifs définis.</p> <p>L'établissement mesure l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre et communique les résultats aux professionnels concernés.</p> <p>L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant le CA.</p>

REFERENCE 2 Organisation et modalités de pilotage interne.			
CRITÈRE 2.a Missions et responsabilités.			
N1	N2	N3	N4
Un organigramme est formalisé.	Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Les circuits de décision et de délégation sont connus des professionnels. Un pilotage est mis en place pour la conduite des projets (définition d'objectifs, de calendrier, mise en œuvre concertée, évaluation, etc.).	Les circuits de décision et de délégation sont régulièrement évalués et actualisés.
CRITÈRE 2.b Instances et pilotage de l'établissement.			
N1	N2	N3	N4
Les instances consultatives et délibératives sont réunies régulièrement et sont saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	Les motivations des avis et décisions des instances sont communiquées au sein de l'établissement de santé.	Les avis et décisions des instances sont pris en compte dans le fonctionnement de l'établissement de santé.	Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).
CRITÈRE 2.c Implication des usagers, de leurs représentants et des associations.			
Associations : associations de patients, de visite et d'animation.			
N1	N2	N3	N4
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Les représentants d'usagers participent à l'élaboration des politiques de l'établissement, en particulier la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. L'intervention des associations dans les secteurs est facilitée.	Les représentants des usagers et les associations présentes dans les secteurs participent à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les attentes des usagers sont recueillies et analysées avant l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Une politique de développement de la vie associative est élaborée, mise en œuvre et évaluée. Le dispositif de recueil d'analyse et d'intégration des attentes des usagers est pérenne.

CRITÈRE 2.d Dialogue social et implication des personnels.			
N1	N2	N3	N4
Les instances consultatives des personnels sont réunies à périodicité définie, conformément à la réglementation.	Les actions issues de la consultation des instances représentatives et/ou des partenaires sociaux font l'objet d'un suivi.	Un dispositif de concertation sur différentes thématiques est organisé et structuré avec les partenaires sociaux. Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en œuvre au sein des secteurs d'activité.	La qualité du dialogue social est régulièrement évaluée. Le dispositif de concertation et d'expression des personnels permet leur implication dans les processus de décision.
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
CRITÈRE 2.e Fonctions de responsable qualité et de gestion des risques. PEP			
N1	N2	N3	N4
Les responsabilités qualité et gestion des risques sont identifiées. Les missions sont définies et les objectifs fixés.	Les ressources dédiées à l'exercice des responsabilités qualité et gestion des risques ont été définies.	Les responsables qualité et gestion des risques coordonnent les actions menées dans les secteurs.	La réalisation des objectifs des responsables qualité et de gestion des risques est évaluée.
CRITÈRE 2.f Tableaux de bord et pilotage de l'établissement.			
Un tableau de bord synthétise les indicateurs-clé permettant d'appréhender la performance de l'établissement. Il vise à ouvrir un dialogue entre les différents acteurs concernés et aider à la prise de décision.			
N1	N2	N3	N4
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs de production, de ressources et de qualité.	Les tableaux de bords sont diffusés aux responsables de l'établissement et aux instances concernées.	Les tableaux de bord adaptés à la conduite du projet d'établissement sont examinés et discutés au sein des instances de l'établissement et au cours de réunions de suivi et de pilotage à tous les niveaux (direction, secteurs d'activité, etc.).	La stratégie et la politique de l'établissement sont ajustées en fonction des réunions de suivi et de pilotage.

PARTIE 2 MANAGEMENT DES RESSOURCES.			
REFERENCE 3 La gestion des ressources humaines.			
CRITÈRE 3.a Planification des ressources humaines.			
N1	N2	N3	N4
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Des stratégies sont définies pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs requis ne sont pas pourvus.	L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est mise en œuvre en concertation avec tous les acteurs et permet d'anticiper les besoins en personnel de l'établissement.
CRITÈRE 3.b Intégration des nouveaux arrivants.			
N1	N2	N3	N4
Au sein de chaque secteur d'activité, les nouveaux arrivants reçoivent une information permettant l'exercice de leur fonction au sein du secteur.	Une procédure d'intégration de tout nouvel arrivant est formalisée.	Tout nouvel arrivant bénéficie d'un tutorat.	L'efficacité des mesures d'intégration et du tutorat est évaluée dans chaque secteur d'activité.
CRITÈRE 3.c Développement des compétences. PEP			
N1	N2	N3	N4
Les compétences et qualifications nécessaires dans les secteurs d'activités notamment dans les secteurs d'activités à risque sont identifiées. Un dispositif d'évaluation des personnels est en place dans l'établissement.	Des actions de formation relatives au maintien et au développement des compétences sont mises en œuvre. D'autres modalités de développement de la compétence sont définies et mises en œuvre dans les secteurs d'activités : EPP, organisation du travail, protocolisation, etc.	Un plan de formation pluriannuel est élaboré en lien avec le projet des secteurs d'activité et de l'établissement. Des modalités de valorisation des compétences sont en place, notamment la mise en œuvre d'une politique promotionnelle.	Le plan de formation prend en compte les résultats des démarches d'EPP. Une politique de développement des compétences est déployée dans le cadre de la mise en œuvre de la GPEC.

CRITÈRE 3.d Santé et sécurité au travail.			
N1	N2	N3	N4
Les risques professionnels sont évalués à périodicité définie. Le document unique est établi.	Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et la médecine du travail.	Une évaluation de l'efficacité des actions entreprises est réalisée sur la base du bilan de la médecine du travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Le programme de prévention des risques est réajusté annuellement sur la base de ces évaluations.
CRITÈRE 3.e Amélioration de la qualité de vie au travail.			
N1	N2	N3	N4
Les conditions de travail sont évaluées à périodicité définie.	Un plan d'amélioration des conditions de travail est élaboré en lien avec le CHSCT et la médecine du travail, et intégré au projet social.	La qualité de vie au travail fait partie des axes stratégiques de l'établissement.	Des projets d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mis en œuvre.

REFERENCE 4 La gestion des ressources financières.

CRITÈRE 4.a Gestion des ressources financières.

N1	N2	N3	N4
L'établissement alloue ses ressources en interne selon une procédure formalisée.	Les ressources sont allouées en concertation avec les secteurs d'activité.	L'établissement inclut des objectifs financiers et d'amélioration de l'efficacité des soins dans les contrats conclus avec les secteurs d'activité.	Des analyses de la pertinence de l'utilisation des ressources sont réalisées et prises en compte.

REFERENCE 5 Le système d'information

CRITÈRE 5.a Système d'information.

N1	N2	N3	N4
Les besoins en termes de système d'information sont identifiés dans chaque secteur d'activité. La gestion documentaire est organisée.	Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques.	Des bases de connaissance, des données actualisées et des outils d'aide à la décision clinique utiles à la réalisation des différentes activités sont mis à la disposition des professionnels.	Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration. La gestion documentaire est évaluée et fait l'objet d'actions d'amélioration.

CRITÈRE 5.b Sécurité du système d'information.

Elle vise à assurer l'intégrité, la disponibilité, la confidentialité des différentes données du système d'information (données informatiques ou manuelles) et la traçabilité des accès aux informations.

N1	N2	N3	N4
Une politique de sécurité du système d'information est définie.	La sécurité des données est organisée, les responsabilités sont définies, les procédures et protocoles sont formalisés et connus des professionnels.	Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des secteurs essentiels en cas de panne.	L'efficacité du dispositif de sécurité du système d'information est régulièrement évaluée et améliorée au niveau de l'établissement.

REFERENCE 6 La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures.

CRITÈRE 6.a Sécurité des biens et des personnes.

N1	N2	N3	N4
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Les dispositions relatives à la sécurité des biens et des personnes (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation) sont définies.	Les événements indésirables et les plaintes relatives à la sécurité des biens et des personnes alimentent un processus d'analyse et de traitement.	L'évaluation du niveau de sécurité des biens et des personnes est examinée au niveau de la direction de l'établissement.

CRITÈRE 6.b Sécurité incendie.

N1	N2	N3	N4
Les recommandations consécutives aux contrôles externes sont mises en œuvre et suivies.	Les membres du personnel sont formés à prévention incendie et à la conduite à tenir en cas d'incendie.	Des exercices de lutte contre l'incendie et d'évacuation des locaux sont organisés au moins une fois par an.	Les dysfonctionnements en matière de prévention incendie sont identifiés et analysés et des actions d'amélioration sont engagées suite à ces analyses.

CRITÈRE 6.c Gestion des infrastructures et des équipements.

N1	N2	N3	N4
La maintenance curative et le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures sont organisés.	L'établissement dispose d'un plan de maintenance préventive qui précise les modalités de réalisation des inspections et des interventions de maintenance.	Les équipements et les infrastructures sont classés en fonction de leur criticité pour déterminer le niveau de maintenance préventive requis.	Les programmes de maintenance sont évalués et révisés annuellement pour améliorer la fiabilité, la disponibilité et la sécurité des équipements et infrastructures. En cas d'opérations de construction, de réhabilitation et/ou de mise au normes de sécurité, les cahiers des charges prennent en compte les cibles environnementales du plan Hôpital 2012.

CRITÈRE 6.d Qualité et sécurité de la restauration.			
N1	N2	N3	N4
Une démarche HACCP de la fonction restauration est mise en place au niveau de l'établissement.	Les résultats des contrôles vétérinaires sont analysés et des actions sont mises en œuvre.	Les goûts et les attentes du patient sont identifiés dès l'entrée et pris en compte.	La satisfaction des patients est régulièrement mesurée, les dysfonctionnements sont analysés et des actions correctives sont mises en œuvre.
CRITÈRE 6.e Gestion du linge.			
N1	N2	N3	N4
Le tri et le circuit du linge sont organisés (besoins, responsabilité, organisation, etc.).	Les approvisionnements répondent aux besoins des secteurs.	Les contrôles du traitement du linge sont réalisés.	La satisfaction des secteurs est régulièrement mesurée, les dysfonctionnements sont analysés et des actions correctives sont mises en œuvre.
CRITÈRE 6.f Fonction transport.			
N1	N2	N3	N4
La fonction transport des patients est organisée.	Les conditions de transports mises en œuvre assurent l'hygiène et la sécurité des patients.	Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	La satisfaction des patients est régulièrement mesurée, les dysfonctionnements sont analysés et des actions correctives sont mises en œuvre.

REFERENCE 7 La qualité et la sécurité de l'environnement.			
CRITÈRE 7.a Gestion de l'eau.			
N1	N2	N3	N4
Des actions sont réalisées pour assurer la maintenance des installations en favorisant la maîtrise du risque infectieux.	Le personnel est sensibilisé sur la gestion de l'eau (consommation, rejet...).	Un suivi de la consommation de l'eau est en place.	Des dispositifs hydro-économiques et de surveillance des effluents sont en place.
CRITÈRE 7.b Gestion de l'air.			
N1	N2	N3	N4
La surveillance de la qualité de l'air est mise en œuvre en concertation avec le CLIN.	L'établissement mène une réflexion sur ses sources de pollution atmosphérique.	Une politique est définie en vue de réduire les émissions atmosphériques globales.	Des actions visant à limiter les émissions de gaz à effet de serre (GES) sont mises en œuvre.
CRITÈRE 7.c Gestion de l'énergie.			
N1	N2	N3	N4
Des actions sont réalisées pour assurer la maintenance des installations relatives aux énergies.	La gestion de l'énergie fait l'objet d'une réflexion.	Un programme d'économie d'énergie est en place (infrastructures, moyens de transport, etc.).	Une réflexion sur les énergies renouvelables est engagée (infrastructures, moyens de transport, etc.).

CRITÈRE 7.d Gestion des locaux et des biens.			
N1	N2	N3	N4
Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux sont définies avec le CLIN.	Des actions de sensibilisation et de formation sont menées, incluant le risque toxique lié à l'utilisation des produits de nettoyage.	Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre. Une politique d'achat éco-responsable est poursuivie.	Des évaluations à périodicité définies sont menées. Les matériaux utilisés limitent le risque pour la santé.

CRITÈRE 7.e Gestion des déchets.			
N1	N2	N3	N4
La collecte et l'élimination des déchets sont organisées. Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Les professionnels sont formés aux procédures de collecte et d'élimination des déchets.	Les dysfonctionnements en matière de collecte et d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Des actions d'amélioration intégrant l'objectif de réduction de la production de déchets sont engagées suite aux analyses des dysfonctionnements. Une charte de partenariat environnemental est signée avec les principaux fournisseurs et prestataires de l'établissement.

PARTIE 3 MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.			
REFERENCE 8 Programme global et coordonné de management de la qualité et des risques.			
CRITÈRE 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.			
N1	N2	N3	N4
Des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité sont menées ponctuellement au sein de l'établissement.	<p>Un programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques est formalisé par une instance de gestion globale de la qualité et des risques.</p> <p>Ce programme est notamment issu de l'analyse de la conformité à la réglementation, des dysfonctionnements et des risques majeurs et récurrents.</p> <p>Il est soumis annuellement à la direction et au conseil d'administration.</p>	<p>Des programmes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques sont mis en œuvre dans tous les secteurs de l'établissement.</p> <p>Les démarches de gestion de risques de médecins engagés dans l'accréditation et celle de l'établissement sont mises en cohérence.</p>	L'évaluation annuelle des programmes est formalisée, et des plans d'action sont définis et diffusés.
CRITÈRE 8.b Obligations légales et réglementaires.			
La prise en compte des obligations légales et réglementaires au niveau institutionnel et dans chaque activité spécifique est considérée comme un pré-requis de toutes les démarches qualité. Elle justifie la mise en place d'une démarche spécifique de contrôle et de maîtrise sous l'impulsion d'un responsable identifié.			
N1	N2	N3	N4
L'établissement analyse et prend en compte les recommandations faites lors des contrôles réglementaires.	La direction priorise les actions suite aux contrôles internes et externes et met en œuvre un suivi de la non-conformité.	Les résultats des contrôles réglementaires sont systématiquement communiqués aux secteurs et aux professionnels.	Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié ; les nouvelles exigences sont communiquées aux secteurs concernés et les mesures correctives appropriées sont mises en place.
CRITÈRE 8.c Évaluation des risques <i>a priori</i> et mise en œuvre des actions préventives.			
N1	N2	N3	N4
Des analyses de risque ponctuelles sont réalisées et des actions de prévention sont développées dans certains secteurs de l'établissement.	<p>L'établissement évalue les risques et les hiérarchise selon une méthode définie et appliquée dans l'ensemble des secteurs d'activité.</p> <p>Des actions préventives et des actions d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont définies.</p>	Un suivi des actions préventives et des actions d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques est réalisé périodiquement au sein de l'instance de gestion globale de la qualité et des risques.	La pertinence de l'analyse des risques et l'efficacité des actions mises en œuvre sont mesurées périodiquement au sein de l'instance de gestion globale de la qualité et des risques.

CRITÈRE 8.d Gestion de crise. Une situation de crise est une situation mettant en danger des personnes ou une organisation et nécessitant des prises de décisions adaptées dans l'urgence. Exemple : crise sanitaire concernant un ou plusieurs patients, crise logistique, crise environnementale.			
N1	N2	N3	N4
Une cellule de crise est constituée (composition, rôles, moyens).	Les circuits et les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont clairement établis.	Des exercices de gestion de crise sont organisés.	Il existe un système de retour d'expérience suite à des exercices ou des urgences réelles afin de mettre en place des actions d'amélioration.
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
CRITÈRE 8.e Maîtrise du risque infectieux. PEP PEP en cours de finalisation en lien avec la mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales et de consommation d'antibiotiques.			
N1	N2	N3	N4
Une politique, une organisation et des moyens adaptés à l'établissement sont définis pour maîtriser le risque infectieux.	Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre.	Les résultats issus des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont analysés et diffusés aux professionnels concernés et aux usagers.	Les indicateurs du risque infectieux sont exploités en coordination avec la structure de gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement et comparés avec les indicateurs régionaux ou nationaux.
CRITÈRE 8.f Vigilances sanitaires et signalement externe des événements indésirables graves et des infections nosocomiales.			
N1	N2	N3	N4
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendante et ascendante (responsabilités définies, réception 24 heures/24, déclaration, transmission, décision, analyse, information, etc.) est en place et connue par les professionnels.	Une coordination des vigilances et du suivi des infections nosocomiales est assurée et intégrée dans le programme global de gestion des risques de l'établissement.	Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et les comités de lutte contre les infections nosocomiales.	L'efficacité de la coordination des vigilances (interne et externe) et de la déclaration des infections nosocomiales est évaluée. Le dispositif de déclaration des événements indésirables graves s'inscrit dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

CRITÈRE 8.g Maîtrise du risque transfusionnel.			
N1	N2	N3	N4
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place et intégré au dispositif de gestion globale des risques de l'établissement.	Un tableau de bord (incidents déclarés, taux de traçabilité, taux de PSL commandés, transfusés, détruits et retournés conformes pour réutilisation) permet de suivre l'activité transfusionnelle.	Un dispositif de gestion des non-conformités entre l'établissement et son site de délivrance des produits sanguins labiles est opérationnel.	La maîtrise du processus transfusionnel et de pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.

CRITÈRE 8.h Gestion des équipements biomédicaux			
N1	N2	N3	N4
Les équipements biomédicaux sont identifiés et les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation de ces équipements. Le dépannage d'urgence des équipements critiques est organisé et est opérationnel.	Des protocoles de maintenance préventive sont mis en œuvre pour les équipements biomédicaux critiques.	Un système de gestion et de suivi des équipements biomédicaux critiques est défini et mis en œuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Un système de gestion globale, comprenant un plan de remplacement et d'investissement, des équipements biomédicaux est mis en œuvre au niveau de l'établissement.

REFERENCE 9 Dispositif de suivi et d'évaluation.			
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
CRITÈRE 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations. PEP			
N1	N2	N3	N4
<p>Les usagers sont informés sur leur droit d'exprimer leur insatisfaction et les missions de la CRUQ-PC</p> <p>Les plaintes et réclamations écrites font l'objet d'une réponse.</p> <p>L'ensemble des plaintes est transmise à la CRUQ-PC.</p>	<p>Il existe une procédure formalisée de gestion des plaintes et réclamations et de médiation.</p> <p>Des actions correctives ponctuelles sont définies et mises en œuvre.</p> <p>Un bilan des plaintes et réclamations est intégré dans le rapport annuel de la CRUQ-PC.</p>	<p>Une analyse quantitative et qualitative des plaintes est réalisée en lien avec les travaux de la CRUQ-PC et communiquée aux professionnels et aux instances.</p> <p>Une formation à la médiation et à l'examen des plaintes est assurée.</p>	<p>L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.</p> <p>Le plaignant est informé sur les actions correctives mises en place suite à sa plainte et cette information est tracée.</p>
CRITÈRE 9.b Évaluation de la satisfaction des usagers.			
N1	N2	N3	N4
<p>La satisfaction des usagers est évaluée.</p>	<p>Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRUQ-PC, bénéficient d'un retour sur les résultats des évaluations de la satisfaction.</p> <p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité.</p>	<p>Les actions d'amélioration sont suivies et évaluées.</p>	<p>La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge est revue à partir de ces résultats.</p>
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
CRITÈRE 9.c Recueil, traitement et analyse des événements indésirables. PEP			
<p>Les actions de recueil, traitement et analyse des événements indésirables constituent une approche rétrospective de la gestion des risques. Il importe que ces retours d'information soient gérés efficacement, car ils représentent une des sources principales d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge.</p>			
N1	N2	N3	N4
<p>Les événements indésirables signalés font l'objet d'une analyse des causes et d'actions correctives.</p>	<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement, d'analyse des causes et de hiérarchisation.</p>	<p>L'analyse approfondie des causes des événements indésirables graves est mise en œuvre collectivement et de façon régulière dans chaque service.</p> <p>Des actions sont définies et validées suite aux analyses.</p>	<p>Les causes profondes récurrentes sont identifiées et examinées à l'échelle de l'établissement.</p> <p>Une vérification d'efficacité des actions réalisées est effectuée.</p>

REFERENCE 10 Utilisation des indicateurs qualité et sécurité dans la démarche d'amélioration.			
CRITÈRE 10.a Recueil, analyse et utilisation des indicateurs qualité et sécurité.			
N1	N2	N3	N4
Les résultats des indicateurs généralisables sont diffusés au sein de l'établissement à tous les acteurs concernés.	L'établissement organise et met en œuvre un recueil d'indicateurs complémentaires sur des champs dont il a identifié la pertinence au regard de son fonctionnement, de ses priorités et/ou des priorités régionales ou nationales.	L'établissement analyse et compare ses résultats (benchmark interne et externe). L'établissement identifie et met en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.	Les indicateurs participent à l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement et de ses priorités.

CHAPITRE 2 Prise en charge du patient.

PARTIE 1 DROITS ET PLACE DES PATIENTS.			
REFERENCE 11 Bienveillance et droits.			
CRITÈRE 11.a Promotion de la bienveillance.			
N1	N2	N3	N4
Des actions de sensibilisation des professionnels à la bienveillance sont menées.	A l'initiative de certains secteurs d'activité, des actions d'amélioration en matière de bienveillance sont menées.	La bienveillance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social..).	Les actions d'amélioration en matière de bienveillance sont suivies et évaluées en lien avec les représentants d'usagers.
CRITÈRE 11.b Prévention de la maltraitance.			
N1	N2	N3	N4
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance sont mises en œuvre. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et connues.	L'expression des patients et de leurs proches est favorisée. Un état des lieux des situations, des risques et des facteurs de maltraitance, intentionnelle ou non est réalisé.	Des actions visant la prévention de la maltraitance sont mises en œuvre.	Une organisation pérenne de prévention de la maltraitance est mise en place.
CRITÈRE 11.c Respect de la dignité et de l'intimité du patient.			
N1	N2	N3	N4
Les soins, en particulier les soins de base (toilettes ...) sont réalisés dans le respect de l'intimité et de la dignité des personnes.	L'organisation des soins et des activités (rythme et horaires notamment) tiennent compte des attentes des patients.	Le respect de la dignité et de l'intimité dans la dispensation des soins est évalué et amélioré.	Les projets des secteurs d'activité intègrent les dimensions de respect de l'intimité et de la dignité de la personne.

CRITÈRE 11.d Respect de la confidentialité.			
N1	N2	N3	N4
Des dispositions sont prévues pour assurer la non-divulgateion de la présence du patient. Les locaux et les conditions d'entretien et d'examen permettent le respect de la confidentialité.	Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité. Les modalités de partage des informations relatives au patient dans l'équipe de soin sont définies.	L'établissement évalue le respect de la confidentialité.	Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité sont menées.
CRITÈRE 11.e Accueil et accompagnement des proches.			
N1	N2	N3	N4
L'accès des secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visite...) pour les proches. Les proches sont informés dans le respect de la réglementation. Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Les proches du patient bénéficient d'un accueil personnalisé.	Les proches des patients bénéficient de soutien, dans certaines situations.	La politique d'accueil et d'accompagnement des proches est évaluée, en lien avec les travaux de la CRUQ-PC.
CRITÈRE 11.f Liberté d'aller et venir.			
N1	N2	N3	N4
Les restrictions de libertés, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.) font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie. Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, d'une réflexion bénéfice/risque et d'une recherche du consentement du patient.	Les professionnels sont formés à l'identification et à la gestion des situations nécessitant une restriction de la liberté d'aller et venir.	Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRUQ, CME, Commission de soins, etc.).	Des solutions alternatives à la restriction de la liberté d'aller et venir et à la contention sont développées.

REFERENCE 12 Information, participation et consentement du patient.

L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.
 La loi du 4 mars 2002 (CSP Articles L1111-2, L1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé, associé à toutes les décisions de prévention, de diagnostic et de soin qui le concerne. Elle introduit la possibilité pour le patient d'être accompagné et soutenu par une personne de confiance et renforce les exigences en matière d'information du patient en cas de survenue d'évènement indésirable.
 Le respect de ces droits à l'information et au consentement est un objectif essentiel pour les établissements de santé et leurs professionnels, qui doivent mettre en place des organisations pertinentes destinées à faciliter leur exercice.

CRITÈRE 12.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés.

L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé.

Le dispositif d'information comporte :

- Des entretiens, renouvelés si nécessaire, et adaptés à la nature des informations fournies et aux caractéristiques des personnes concernées (âge, état psychique, etc.) : les enfants notamment, doivent être destinataires d'une information adaptée sur leur diagnostic et leur prise en charge, en plus de l'information délivrée aux parents. Les entretiens doivent se dérouler dans des conditions appropriées (colloque singulier, lieu calme, temps suffisamment long spécifiquement dédié à la personne malade, attitude d'écoute, etc.).
- Une information orale complétée, si besoin, par des supports écrits remis et expliqués au patient.
- L'instauration d'une coordination entre les différents professionnels autour de la délivrance de l'information et de l'élaboration du projet personnalisé de soin issu de cette information (désignation d'un référent...), dans le respect du principe de la confidentialité des informations.
- L'accès possible pour le patient à des ressources d'information extérieures à la situation de soin (ex : associations de patients, d'usagers, de bénévoles, espaces dédiés à l'information des patients, ressources internet, etc.).

N1	N2	N3	N4
<p>Le patient est informé sur son état de santé et les soins proposés sans qu'une organisation spécifique soit définie.</p> <p>Le patient désigne, s'il le souhaite, une personne de confiance.</p>	<p>L'information du patient fait l'objet d'une organisation et de modalités spécifiques en cas de diagnostic grave, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique...).</p> <p>L'information donnée au patient sur les soins proposés et son état de santé est tracée dans le dossier.</p>	<p>L'expression des demandes d'information et l'accès à des ressources d'information diversifiées sont facilitées.</p>	<p>L'organisation des modalités d'information et la satisfaction du patient sont évaluées.</p>

CRITÈRE 12.b Consentement et participation du patient.			
<p>Décision partagée : Processus fondé sur des méthodologies validées appliquées à la conduite des entretiens entre le médecin –ou l'équipe soignante- et le patient. Il permet, lorsque le patient souhaite participer aux décisions thérapeutiques, de réaliser une information adaptée afin de favoriser la révélation des préférences et valeurs et leur prise en compte dans la décision.</p>			
N1	N2	N3	N4
<p>Le recueil du consentement éclairé et du refus de soin, le cas échéant est organisé.</p> <p>Le recueil du consentement dans les situations nécessitant un consentement formalisé est organisé.</p>	<p>L'organisation favorise l'implication du patient et, s'il y a lieu, de ses proches dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins.</p> <p>Des interventions adaptées aux situations d'hospitalisation sans consentement, par injonction thérapeutique et de refus de soin visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées.</p>	<p>L'organisation du recueil du consentement et de la participation du patient est évaluée.</p>	<p>Des dispositifs de décision partagée sont mis en place.</p>
CRITÈRE 12.c Information du patient en cas d'événement indésirable grave.			
<p>Lorsqu'au cours d'une prise en charge, survient un évènement indésirable le patient doit en être informé. Cette information doit être donnée y compris après la sortie de l'établissement (CSP article L1111-2).</p> <p>En cas de survenue d'un évènement indésirable grave dans un contexte où la confiance du patient dans l'équipe qui le prend en charge est souvent ébranlée, il est essentiel, pour rétablir le dialogue et la confiance, d'informer le patient sans délais en consacrant du temps et en fournissant des explications complètes. Dans ces cas, le patient attend aussi des professionnels de santé l'expression de regrets, une écoute et une disponibilité particulière.</p> <p>Le dispositif d'information en cas d'évènement indésirable grave doit prévoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une information adaptée à l'état psychique du patient et à ses capacités de compréhension, renouvelée si nécessaire; - la coordination des professionnels, - l'accès immédiat aux soins et au soutien, - l'information des proches que le patient souhaite voir être informés (famille, personne de confiance, etc.). <p>Ce dispositif est mis en place dans des délais très rapides et prévoit l'information du patient sur les implications de l'évènement pour sa santé et sur sa prise en charge ainsi que sur les mesures mises en place pour éviter la répétition de cet évènement et les recours possibles (saisine de la CRUQ-PC, etc.).</p>			
N1	N2	N3	N4
<p>Les modalités d'information du patient lors de la survenue d'un évènement indésirable grave, durant son séjour et/ou après sa sortie font l'objet d'une organisation.</p>	<p>Des actions de sensibilisation et de formation des équipes à la communication vers le patient et ses proches en cas d'évènement indésirable sont menées.</p>	<p>La démarche d'information en cas d'évènement indésirable est évaluée.</p>	<p>Des mesures sont mises en place pour éviter la répétition de ce type d'évènements et font l'objet d'une information auprès de l'ensemble des professionnels.</p>

REFERENCE 13 La prise en charge de la douleur.

CRITÈRE 13.a Prise en charge de la douleur.

N1	N2	N3	N4
<p>Une politique de prise en charge de la douleur physique et psychique est formalisée (désignation de référents douleur, programme de formation, etc.).</p> <p>Il existe un dispositif d'information du patient sur la prise en charge de sa douleur.</p>	<p>L'indicateur IPAQH sert d'outil d'évaluation et de suivi du dépistage systématique de la douleur.</p>	<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur au plan institutionnel sont évaluées à périodicité définie.</p> <p>Des protocoles spécifiques sont mis en place pour les cas de résistance au traitement classique.</p>	<p>Un plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur est mis en œuvre en associant les représentants des usagers.</p>

REFERENCE 14 La fin de vie.

La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 Avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).

Le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie la mise en place de dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

Assumer l'accompagnement d'une personne à l'approche de sa mort relève de la qualité d'une présence, d'une relation humaine, respectueuse, attentionnée, confiante, solidaire et continue. Cet investissement auprès des personnes nécessite compétence et retenue. Il convient à cet égard d'éviter toute intrusion qui affecterait l'intimité et les valeurs propres de la personne en fin de vie.

Ainsi à chaque situation rencontrée, les professionnels doivent mettre en œuvre une évaluation et une prise en charge adaptée..

CRITÈRE 14.a Organisation de la prise en charge des patients en fin de vie.

N1	N2	N3	N4
<p>Une organisation est en place permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie.</p> <p>Des modalités de prise en charge des patients décédés sont définies.</p>	<p>Une politique de prise en charge des patients en fin de vie est formalisée.</p> <p>Les principes de la démarche palliative sont diffusés aux soignants de l'établissement pouvant être concernés par ces situations.</p> <p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>La démarche palliative est mise en œuvre dans l'établissement et est déployée dans tous les secteurs d'activité.</p> <p>L'accompagnement des proches des patients en fin de vie et des patients décédés est organisé en concertation avec les professionnels concernés (psychologue, assistante sociale, etc.)</p> <p>Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.</p>	<p>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, CRUQ, CME, Commission de soins, etc.).</p>

CRITÈRE 14.b Respect de la volonté et de la dignité du patient en fin de vie.			
N1	N2	N3	N4
Des modalités de recueil de la volonté du patient sont définies.	Les dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie, notamment ceux relatifs aux directives anticipées font l'objet d'une diffusion aux usagers et à tous les acteurs de soins concernés.	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.	Une évaluation du respect des droits des patients en fin de vie est menée en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRUQ, CME, Commission de soins, etc.).

PARTIE 2 GESTION DES DONNÉES DU PATIENT.			
REFERENCE 15 Le dossier du patient.			
CRITÈRE 15.a Tenue du dossier.			
N1 Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	N2 La qualité de la tenue du dossier du patient fait l'objet d'un suivi régulier sur la base des indicateurs IPAQH.	N3 Les résultats des indicateurs sont diffusés à tous les professionnels, sont exploités et conduisent aux adaptations nécessaires.	N4 Une démarche vise à harmoniser et à standardiser l'information, en prenant en compte la pluralité des intervenants.
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
CRITÈRE 15.b Accès au dossier. PEP			
N1 L'accès au dossier par le patient et/ou ses ayants-droits est organisé.	N2 Le dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, est accessible en temps utile à l'ensemble des professionnels habilités.	N3 Les délais de transmission des courriers aux correspondants externes sont recueillis et analysés à périodicité définie sur la base de l'indicateur de l'indicateur IPAQH	N4 L'informatisation du dossier du patient permet un accès optimal au dossier.
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE			
REFERENCE 16 L'identification du patient. PEP			
CRITÈRE 16.a Identification du patient.			
N1 Il existe une organisation et des moyens permettant d'assurer l'identification correcte du patient (ou du nouveau-né), tout au long de sa prise en charge.	N2 Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont sensibilisés au risque d'erreur d'identification du patient et à sa prévention.	N3 Avant toute intervention (geste invasif inclus), une procédure de vérification ultime de l'identité du patient, de l'exactitude de l'acte et du site d'intervention est mise en œuvre par l'opérateur (et son équipe).	N4 Les erreurs avérées ou potentielles d'identification du patient sont signalées et analysées et le retour d'expériences aux professionnels et aux instances est réalisé en vue d'actions d'amélioration.

PARTIE 3 PARCOURS DU PATIENT.			
REFERENCE 17 L'accueil du patient et de son entourage.			
CRITÈRE 17.a Le dispositif d'accueil.			
N1	N2	N3	N4
<p>La permanence de l'accueil physique et téléphonique est organisée.</p> <p>Le patient est informé des modalités de prise en charge financière et sociale de ses soins.</p> <p>En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.</p>	<p>Une organisation permet le recueil des informations provenant des professionnels et des structures d'amont.</p>	<p>Les délais et conditions d'attente sont évalués.</p> <p>La perception de la qualité de l'accueil est évaluée à périodicité définie.</p>	<p>La qualité de l'accueil est systématiquement intégrée dans le projet d'établissement et les projets de service.</p>
REFERENCE 18 L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et le projet personnalisé de soins.			
CRITÈRE 18.a Évaluation initiale et projet personnalisé de soins.			
N1	N2	N3	N4
<p>La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et est ajustée régulièrement.</p> <p>La réflexion bénéfice risque est prise en compte et tracée dans le dossier.</p>	<p>Le projet personnalisé de soins est formalisé en intégrant les attentes du patient et s'il y a lieu de son entourage.</p> <p>La coordination entre les professionnels participant au projet personnalisé de soin est organisée.</p>	<p>Le projet personnalisé de soins est réajusté en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.</p> <p>Des professionnels référents de la prise en charge sont désignés.</p>	<p>Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles contribuent à garantir une organisation des soins cohérente avec le projet personnalisé de soins.</p>

REFERENCE 19 La continuité et la coordination des soins.			
CRITÈRE 19.a Règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination.			
N1	N2	N3	N4
<p>Les règles de responsabilité et les plannings de présence sont connus dans les secteurs d'activité.</p> <p>Les compétences nécessaires à la continuité des soins 24h/24 sont assurées.</p>	<p>Il existe des modalités de transmission et d'information au sein des équipes, intersecteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs impliqués dans la prise en charge du patient.</p>	<p>Les règles de coordination entre les professionnels et les secteurs d'activité sont évaluées et des actions d'amélioration sont menées.</p>	<p>Des actions correctives sont élaborées à partir du recueil et de l'analyse des événements indésirables.</p>
CRITÈRE 19.b Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement.			
N1	N2	N3	N4
<p>La procédure décrivant la prise en charge des urgences vitales est connue des professionnels.</p>	<p>Le suivi et la maintenance, à périodicité définie du matériel d'urgence sont assurés et tracés.</p> <p>La formation est assurée et adaptée selon les secteurs d'activité.</p>	<p>La mise en œuvre des modalités de prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie.</p>	<p>La mise en place d'actions correctives est réalisée à partir de l'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables.</p>

REFERENCE 20 Prise en charge de la personne âgée (hors service dédié).			
CRITERE 20.a Prise en charge de la personne âgée.			
N1	N2	N3	N4
Les enjeux liés à la prise en charge de la personne âgée sont identifiés.	L'accès à des ressources spécialisées intra ou extra hospitalières (équipe mobile de gériatrie) est organisé. Les professionnels sont formés à ce type de prise en charge et en particulier aux bonnes pratiques de gériatrie.	La politique de prise en charge de la personne âgée est formalisée dans les orientations stratégiques.	La pertinence des hospitalisations est évaluée et permet la mise en œuvre d'actions correctives.
REFERENCE 21 Les maladies chroniques.			
CRITERE 21.a Maladies chroniques.			
N1	N2	N3	N4
Des actions spécifiques de suivi existent. Des actions d'information des patients sur la maladie et le traitement sont réalisées.	Une politique est formalisée dans les orientations stratégiques. Les professionnels impliqués sont sensibilisés et formés à ce type de prise en charge.	Des outils d'information et de conseils individuels sur le parcours de soin sont mis à la disposition du patient et/ou de son entourage. L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage est intégrée dans le projet personnalisé de soins du patient et réalisée par des professionnels formés à l'éducation thérapeutique. La stratégie spécifique est traduite dans les différents projets de service.	Des indicateurs d'évaluation des programmes de suivi sont recueillis et analysés. Des partenariats (ou réseau) et/ou un dispositif de coordination est en place avec les professionnels d'aval.

REFERENCE 22 Prise en charge des personnes socialement vulnérables.

On entend par personnes socialement vulnérables, les personnes démunies, les majeurs sous tutelle, les handicapés, les personnes privées de libertés.

CRITERE 22.a Prise en charge des personnes socialement vulnérables.

N1	N2	N3	N4
Les enjeux liés à la prise en charge des personnes vulnérables sont identifiés.	L'accès à des ressources spécialisées intra ou extra hospitalières est organisé. Les professionnels sont formés à ce type de prise en charge.	La politique de prise en charge des personnes vulnérables est formalisée dans les orientations stratégiques.	L'organisation mise en place est évaluée et fait l'objet d'actions correctives.

REFERENCE 23 Les situations nécessitant une prise en compte particulière.

CRITÈRE 23.a État nutritionnel.

N1	N2	N3	N4
L'indicateur IPAQH sur l'état nutritionnel est recueilli.	L'indicateur IPAQH sert d'outil d'évaluation et de suivi du dispositif de prise en charge de l'état nutritionnel du patient.	Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières. Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont élaborées.	Des démarches d'EPP permettent de mettre en œuvre des actions d'amélioration et d'en démontrer l'impact sur la prise en charge nutritionnelle.

CRITÈRE 23.b Risque suicidaire.			
N1	N2	N3	N4
Un dispositif coordonné de repérage et de suivi des patients à risque suicidaire est opérationnel et permet leur prise en charge.	L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge.	Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Des actions d'évaluation des pratiques sont mises en œuvre afin de s'assurer de la qualité de prise en charge (audit, analyse des plaintes, suivi d'indicateurs, protocoles de repérage et de surveillance, etc.).
CRITÈRE 23.c Hospitalisation sans consentement. Critère spécifique aux établissements de santé mentale			
N1	N2	N3	N4
Le patient et/ou son entourage reçoivent une information claire et compréhensible concernant le cadre spécifique (et réglementaire) de l'hospitalisation sans consentement et sur les voies de recours.	<p>Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation est mise en place.</p> <p>Des procédures sont définies et mises en œuvre.</p>	<p>L'évaluation de l'efficacité des protocoles mis en place pour les refus de soins est réalisée.</p> <p>Une évaluation du respect du cadre réglementaire des hospitalisations sans consentement est réalisée.</p>	La durée des hospitalisations sans consentement est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

REFERENCE 24 Prise en charge médicamenteuse.			
CRITÈRE 24.a Prescription et administration.			
N1	N2	N3	N4
<p>Les règles de prescription sont appliquées.</p> <p>Des outils actualisés et validés et d'autres actions visant le bon usage des médicaments sont mis à disposition des professionnels.</p> <p>Des règles d'administration des médicaments incluant la traçabilité sont définies.</p>	<p>L'indicateur IPAQH sert d'outil d'évaluation et de suivi du respect des règles de prescription.</p>	<p>La prescription informatisée est mise en œuvre.</p> <p>Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé.</p> <p>Un recueil et une analyse des événements indésirables sont réalisés.</p>	<p>Des actions correctives sont mises en œuvre.</p>
CRITÈRE 24.b Dispensation.			
N1	N2	N3	N4
<p>Une démarche qualité des pratiques pharmaceutiques (guide de bonnes pratiques) est en place.</p> <p>La permanence pharmaceutique est organisée.</p>	<p>L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée.</p> <p>Le développement de la délivrance nominative des médicaments par le personnel de la pharmacie hors cadre de l'urgence est engagé.</p>	<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables sont réalisés.</p> <p>Des actions d'amélioration et un suivi d'indicateurs de fonctionnement quantitatifs et qualitatifs, notamment en lien avec les objectifs du CBU sont menés.</p>	<p>Des expériences de confrontation des pratiques avec des secteurs d'activité comparables sont menées.</p> <p>Des actions correctives sont mises en œuvre.</p>
CRITÈRE 24.c Continuité du traitement médicamenteux.			
N1	N2	N3	N4
<p>Il existe des procédures définissant la prise en charge du traitement médicamenteux lors du séjour hospitalier.</p>	<p>L'établissement met en place un système de recueil, d'analyse et de documentation systématique du traitement du patient à l'admission pour établir un bilan comparatif, assurer la continuité et diminuer les erreurs.</p>	<p>Ce bilan comparatif est mis en œuvre systématiquement.</p>	<p>Les dysfonctionnements sont analysés et des ajustements proposés si nécessaire.</p>

REFERENCE 25 Prise en charge des analyses de biologie médicale.			
CRITÈRE 25.a Prescription d'analyses et transmission des résultats.			
N1	N2	N3	N4
<p>Tout acte d'analyse fait l'objet d'une prescription identifiée, argumentée (renseignements cliniques), datée, signée.</p> <p>Les règles de transports de prélèvements sont définies et respectées.</p> <p>Les modalités et les délais de transmission des résultats validés (notamment urgences, résultats critiques) sont définis.</p> <p>Des règles encadrent les activités externalisées.</p>	<p>Un dispositif de concertation avec les secteurs d'activité clinique sur la prescription, les prélèvements et la transmission des résultats des analyses (contrat clinico-biologique) est en place.</p>	<p>La conformité des prescriptions, des prélèvements et les délais de transmission des analyses sont évalués régulièrement.</p> <p>Des outils actualisés et validés d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels.</p>	<p>La prescription connectée et la transmission informatisée des résultats d'analyses sont en place.</p>

CRITÈRE 25.b Démarche qualité en laboratoire.			
N1	N2	N3	N4
Une démarche de qualité de type bonne exécution des analyses (GBEA) est en place.	Le laboratoire est engagé dans des procédures de type accréditation ou certification. Toute activité de biologie délocalisée est maîtrisée.	Des indicateurs de fonctionnement qualitatifs et quantitatifs sont suivis et un bilan d'évaluation est réalisé. Un recueil et une analyse des événements indésirables sont réalisés.	Des actions d'amélioration continue de la qualité sont mises en place.

REFERENCE 26 Prise en charge des examens d'imagerie.			
CRITÈRE 26.a Prescription d'examen et transmission des résultats.			
N1	N2	N3	N4
Tout acte d'imagerie fait l'objet d'une prescription identifiée, argumentée (renseignements cliniques, transport du patient), justifiée, datée et signée. Les modalités et les délais de transmission des résultats validés (notamment urgences, résultats critiques) sont définis. Des règles encadrent les activités externalisées.	Un dispositif de concertation avec les secteurs d'activité clinique sur la prescription et les résultats d'examens est en place.	La conformité des prescriptions et les délais de transmission des examens sont évalués régulièrement. Des outils actualisés et validés d'aide à la prescription sont mis à disposition des professionnels.	La prescription et la transmission informatisées des résultats d'examen sont en place. La télé imagerie médicale est intégrée aux pratiques au sein d'un réseau de professionnels.
CRITÈRE 26.b Conditions de réalisation des examens.			
N1	N2	N3	N4
Les examens d'imagerie sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques. Le contrôle qualité des matériels est assuré.	Les services d'imagerie développent un système de management de la qualité.	Des indicateurs de fonctionnement qualitatifs et quantitatifs sont suivis et un bilan d'évaluation est réalisé. Un recueil et une analyse des événements indésirables sont réalisés.	Des actions d'amélioration continue de la qualité sont mises en place.

REFERENCE 27 Éducation thérapeutique (ETP) à destination du patient et de son entourage.

CRITÈRE 27.a Éducation thérapeutique du patient.

N1	N2	N3	N4
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique intégrée à la prise en charge thérapeutique du patient sont identifiées.	Des programmes d'éducation thérapeutique structurés spécifiques d'une maladie chronique ou d'une situation (par exemple AVK, stomathérapie) impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les associations de patients sont mis en œuvre. Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP et aux techniques de communication avec le patient.	Des techniques et des outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé. Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage.	Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers est organisée. L'évaluation des effets de l'ETP (patients, professionnels de santé) est mise en œuvre. La politique d'éducation thérapeutique du patient est une composante d'une politique plus large d'éducation pour la santé.

REFERENCE 28 La sortie du patient.

CRITÈRE 28.a La sortie.

N1	N2	N3	N4
La sortie ou le transfert du patient est organisée en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient. Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.). Le patient et son entourage sont associés à la planification de la sortie.	Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	La transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est évaluée à l'aide de l'indicateur IPAQH.	La pertinence des orientations à la sortie est évaluée. La satisfaction des correspondants d'aval est évaluée.

PARTIE 4 PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.

Seuls les établissements disposant des activités suivantes : prise en charge des urgences et des soins non programmés, activités de soins de suite et de réadaptation, activités interventionnelles et à risque majeur signalé sont tenus de répondre aux références, critères et éléments d'appréciation de cette partie.

REFERENCE 29 La prise en charge dans le service des urgences.

La médecine d'urgence et les conditions techniques de fonctionnement des structures de médecine d'urgence font l'objet, respectivement, des décrets n°200 6-576 du 22 mai 2006 et n°2006-577 du 22 mai 2006 dont les principales dispositions sont présentées ci-dessous.

Un établissement de santé est autorisé à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (Samu) ;

prise en charge et transport des patients par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ou le Smur pédiatrique : cette autorisation est accordée aux établissements autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence ou la médecine d'urgence pédiatrique et le Smur saisonnier est soumis à la même obligation.

la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Autres autorisations :

Fonctionnement d'une structure des urgences une partie de l'année seulement, à la condition d'établir une convention de réseau avec un autre établissement autorisé.

Établissement dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure au seuil requis pour l'autorisation : l'autorisation est accordée à condition de participer à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire.

Les établissements de santé non autorisés à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence répondent à leur obligation de secours aux personnes en danger qui se présentent ou s'adressent à eux en les prenant en charge (notamment, après accord préalable avec le SAMU ou le médecin libéral et avec le consentement du patient) ou en les transférant sur un établissement autorisé.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

CRITÈRE 29.a La prise en charge des urgences et des soins non programmés.

PEP

N1	N2	N3	N4
<p>L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.</p> <p>Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.</p> <p>La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée si possible en temps réel.</p>	<p>Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, etc.).</p> <p>Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.</p> <p>Les professionnels sont formés à l'accueil et l'orientation des patients.</p>	<p>Le suivi des filières de soins est assuré.</p> <p>Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements, des plaintes et réclamations sont mis en place.</p> <p>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).</p>	<p>Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels, hiérarchisées et mises en œuvre.</p>

REFERENCE 30 Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

CRITÈRE 30.a L'organisation du bloc opératoire. PEP

N1	N2	N3	N4
<p>Les locaux, l'équipement et les circuits font l'objet d'une démarche qualité.</p> <p>Les modalités d'élaboration du programme opératoire sont définies dans la charte de fonctionnement et rédigée par le conseil de bloc.</p> <p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico techniques et logistiques.</p>	<p>Un responsable de bloc nommé coordonne les actions.</p> <p>L'établissement développe l'intégration du système d'information du bloc au sein du système d'information général.</p> <p>Un suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré (SURVISO, etc.).</p>	<p>En réponse aux écarts et dysfonctionnement relevés, des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p> <p>Les évènements sentinelles spécifiques font l'objet d'un suivi impliquant tous les professionnels concernés.</p> <p>Les chirurgiens sont engagés dans des démarches d'EPP, notamment l'accréditation des médecins.</p>	<p>L'impact des actions d'amélioration du fonctionnement du bloc est mesuré.</p>

CRITÈRE 30.b L'organisation des autres secteurs d'activité interventionnelle et activités à risque majeur signalé.

Activités concernées : endoscopie, salle de naissance, électro convulsivothérapie, radio et cardiologie interventionnelle, radiothérapie et médecine nucléaire.

N1	N2	N3	N4
<p>Les locaux, les appareils et les circuits font l'objet d'une démarche qualité.</p> <p>Les modalités d'élaboration du programme des interventions sont définies.</p> <p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le plateau interventionnel et les secteurs d'activité clinique.</p> <p>Les modalités d'information du patient sont définies et respectées.</p>	<p>Un suivi des indicateurs qualitatifs et quantitatifs est assuré.</p> <p>La traçabilité des actes est assurée.</p> <p>La continuité des soins est assurée.</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p> <p>Les évènements sentinelles spécifiques font l'objet d'un suivi impliquant tous les professionnels concernés.</p>	<p>L'impact des actions d'amélioration du fonctionnement du plateau interventionnel est mesuré.</p>

REFERENCE 31 Les activités de rééducation et de réadaptation			
CRITÈRE 31.a Les activités de rééducation.			
N1	N2	N3	N4
<p>L'organisation du service de rééducation est formalisée</p> <p>Le projet personnalisé de soins est élaboré avec le patient en concertation avec tous les professionnels concernés.</p> <p>Toute activité de rééducation fait l'objet d'une prescription médicale.</p>	<p>Le parcours du patient de la pré-admission à la sortie est préétabli et formalisé.</p> <p>Les professionnels sont régulièrement formés aux prises en charge et à leur évolution.</p>	<p>Le respect du projet de soins est régulièrement évalué et les dysfonctionnements sont analysés.</p>	<p>Des actions d'amélioration et de suivi sont mises en œuvre et leurs impacts sont mesurés.</p>
CRITÈRE 31.b Les activités de réadaptation et de réinsertion.			
N1	N2	N3	N4
<p>L'organisation du service de réadaptation et de réinsertion est formalisée.</p> <p>Le projet personnalisé de réadaptation-réinsertion est élaboré avec le patient en concertation avec tous les professionnels concernés.</p> <p>Toute activité de réadaptation fait l'objet d'une prescription médicale.</p>	<p>Le parcours du patient de la pré-admission à la sortie est préétabli et formalisé.</p> <p>Les professionnels sont régulièrement formés aux prises en charge et à leur évolution.</p>	<p>Le respect du projet de réadaptation-réinsertion est régulièrement évalué et les dysfonctionnements sont analysés.</p>	<p>Des actions d'amélioration et de suivi sont mises en œuvre et leurs impacts sont mesurés.</p>

PARTIE 5 ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.			
REFERENCE 32 L'évaluation des pratiques professionnelles.			
<p>La référence 32 porte sur les démarches d'EPP obligatoires dans le cadre de la V2010.</p> <p>CRITÈRE 32.a Réunion de concertation pluridisciplinaire / Staff EPP / Revue de Mortalité Morbidité.</p> <p>Le critère 32.a (développé en lien avec les critères qualité de l'InCa) qui concerne obligatoirement les établissements ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une activité de cancérologie (RCP) ; - une activité de chirurgie et/ou d'anesthésie réanimation (Staff EPP et/ou RMM). 			
N1	N2	N3	N4
<p>Des réunions de secteurs d'activité (staffs), de discussion pluridisciplinaire pour les patients de cancérologie, des réunions d'analyse de cas de morbidité ou de mortalité sont organisées mais non formalisées.</p>	<p>Les RCP, staff EPP, RMM sont définis par un règlement intérieur ou charte de fonctionnement.</p> <p>Des recommandations de bonnes pratiques sont utilisées.</p> <p>Un compte-rendu écrit ou un relevé de décision est réalisé pour chaque réunion.</p>	<p>Les RCP, Staff-EPP, RMM sont évalués incluant la mise en œuvre des actions d'amélioration et leurs suivis.</p> <p>Ces modalités d'exercice comportant un volet évaluation sont installées pour la plupart depuis plus d'un an.</p> <p>Une communication est mise en œuvre.</p>	<p>Un bilan d'activité annuel (RCP, Staff-EPP, RMM) est réalisé incluant la description des actions d'amélioration et leur suivi.</p>
<p>CRITÈRE 32.b Démarche d'EPP sur des thèmes spécifiés.</p> <p>Le critère 32.b conduit les établissements concernés à mettre en œuvre une démarche d'EPP sur les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge l'infarctus du myocarde ; - prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ; - prescription d'antibiotiques. 			
N1	N2	N3	N4
<p>Les objectifs de la démarche d'EPP sont définis en fonction des enjeux identifiés.</p>	<p>L'analyse de l'organisation et des pratiques tient compte des recommandations de bonne pratique.</p> <p>L'analyse des pratiques est réalisée selon des modalités définies : chemin clinique, audit, etc.</p> <p>Les équipes mettent en œuvre ces démarches de manière concertée et multi-professionnelle.</p>	<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.</p> <p>Une information et une communication sont réalisées autour du suivi de la démarche d'EPP.</p> <p>La démarche d'EPP évolue depuis au moins un an.</p>	<p>L'efficacité des actions entreprises est évaluée à périodicité définie (indicateurs, critères d'évaluation, etc.).</p> <p>L'établissement compare ses processus et les résultats en interne et/ou en externe.</p>

Acronymes

Acronymes

AVK :	anti vitamines K
CBUM :	contrat de bon usage des médicaments
CDARR :	catalogue des actes de rééducation réadaptation
CHSCT :	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CPOM :	contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens
CRUQPC :	commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
EPP :	évaluation des pratiques professionnelles
ETP :	éducation thérapeutique du patient
GBEA :	guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale
HACCP :	<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i> (analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise)
HAD :	hospitalisation à domicile
ICALIN :	indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB :	indicateur composite du bon usage des antibiotiques
ICSHA :	Indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé
IPAQH :	indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière
PPS :	programme personnalisé de soins
RCP :	réunion de concertation pluridisciplinaire
SAMU :	service d'aide médicale urgente
SARM :	indicateur staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SMUR :	service mobile d'urgence et de réanimation
SURVISO :	indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire

Remerciements

Groupe projet V 2010

Membres :

Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Isabelle ALQUIER, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Dr Matthieu BOUSSARIE, Adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS.

Dr Charles BRUNEAU, Conseiller technique, DAQSS.

Mme Sabine COHEN, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Dominique FERRÉOL, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Muriel JAKUBOWSKI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

M. Philippe LALY, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

M. Raymond LE MOIGN, Directeur, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, Chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Fabienne MENOT, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS.

Dr Vincent MOUNIC, Chef du service développement de la certification, DAQSS.

Dr Roger PESCHAUD, Chargé de mission, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Magali RINEAU, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Dr Isabelle RULLON, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Yasmine SAMI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Assistantes :

Mme Rébéha BENABOU, Secrétaire de direction, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Sylvia DESNOYERS, Secrétaire de direction, service développement de la certification, DAQSS.

Remerciements

Comité de pilotage V 2010

M. François ROMANEIX, Directeur de Haute Autorité de Santé.

M. Jean-Paul GUÉRIN, Président de la Commission de certification des établissements de santé.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjoint au chef du service certification des établissements de santé , DAQSS.

M. Frédéric BOUSQUET, Chef du service indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS.

Dr Matthieu BOUSSARIE, Adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS.

Dr Charles BRUNEAU, Conseiller technique, DAQSS.

M. René CAILLET, Directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes.

M. Alain-Michel CERETTI, Directeur, Information et Développement de la Médiation sur les Infections Nosocomiales (IDMIN).

M. Philippe CHEVALIER, Chef de projet, service accréditation des médecins.

Mme Christine DEVAUD, Chef de projet, service documentation, DCI.

Dr Laurent JOUFFROY, Anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

M. Raymond LE MOIGN, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, Chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Aline MASERAK, surveillante chef, centre hospitalier, La Bassée.

M. François MEYER, Directeur, Direction évaluation des actes et produits de santé.

Dr Philippe MICHEL, Directeur, Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique.

M. Yvonnick MORICE, Directeur Général, centre hospitalier universitaire, Angers.

Dr Vincent MOUNIC, Chef du service développement de la certification, DAQSS.

M. Jean-Philippe MOUSNIER, Sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

M. Loïc RICOUR, Directeur, Mission nationale pour le développement de la médiation, de l'Information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS).

Mme Christiane ROSSATTO, Directeur de la Communication et de l'Information.

Dr Isabelle RULLON, Adjointe au Chef de service évaluation des pratiques professionnelles.

M. Antoine VIGNERON, Chef du service systèmes d'information, Secrétariat général, HAS.

Remerciements

Groupe de travail sens et finalités

Membres :

Mme Isabelle ALQUIER, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS.

Dr Charles BRUNEAU, Conseiller technique, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

M. René CAILLET, directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes.

M. Alain-Michel CERETTI, Directeur, Information et Développement de la Médiation sur les Infections Nosocomiales (IDMIN).

Mme Isabelle DESSALES, Chargée de communication, DCI.

Mme Marie ERBAULT, Chef de projet, service évaluation des pratiques.

Dr Michèle HEBERT-DEMAY, Chef du service communication institutionnelle, DCI.

M. Raymond LE MOIGN, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Aline MASERAK, surveillante chef, centre hospitalier, La Bassée.

Mme Fabienne MENOT, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Dr Vincent MOUNIC, Chef du service développement de la certification, DAQSS.

M. Jean-Philippe MOUSNIER, Sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

Dr Nathalie RIOLACCI, Chef de projet, Unité programme pilote DAQSS.

Dr Isabelle RULLON, Adjointe au Chef de service évaluation des pratiques professionnelles.

Mme Yasmine SAMI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Remerciements

Groupe de travail identification de points critiques

Experts du groupe de travail :

Mr Philippe-Emmanuel ADÈS, Anesthésiste-réanimateur, clinique de l'Europe, Rouen.

M. Pierre-Jean BARGNOUX, Pharmacien, Chef du département biologie, Centre de lutte contre le cancer, Clermont-Ferrand.

M. Philippe CARALP, Consultant en management et analyse des risques, Étampes.

Mme Édith DUFAY, Pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville.

Dr Claire GATECEL, Anesthésiste réanimateur, centre hospitalier, Béziers.

M. Patrick GUEZ, Délégué qualité et risques, centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre.

Dr Laurent JOUFFROY, Anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

Dr Pierre LEFRANC, Urgentiste, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.

Membres de la HAS :

Dr Matthieu BOUSSARIE, Pilote du groupe de travail, Adjoint au chef de service, service développement de la certification, DAQSS.

Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Yasmine SAMI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, Adjoint au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Renée CARDOSO, Chef de projet, service documentation, DCI.

M. Pierre LIOT, Chef de projet, service qualité de l'information médicale, DCI.

Remerciements

Les membres de la commission de certification des établissements de santé

M. Jean-Paul GUERIN, Président de la Commission de certification des établissements de santé, HAS.

M. Christian ANASTASY, Directeur général, Compagnie stéphanoise de santé, Saint-Priest-en-Jarez.

Mme Geneviève BAHEU, Cadre supérieur de santé, centre hospitalier, Saumur.

Dr Sylvia BENZAKEN, PH, Laboratoire central d'immunologie, hôpital de l'Archet, CHRU, Nice.

Pr Patrice BEUTTER, Médecin en chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire, Tours.

Mme Marie-Lise BISCAY, Pharmacien des hôpitaux, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.

M. René CAILLET, Directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes.

M. Christian CAODURO, Directeur, clinique Sainte-Odile, Strasbourg.

M. Olivier DEBAY, Directeur général, clinique du sud, Carcassonne.

Mme Édith DUFAY, Pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville.

Mme Marie-Françoise DUMAY, Gestionnaire de risques, groupe hospitalier Saint-Joseph, Paris.

Pr Patrice FRANÇOIS, médecin en santé publique, chef du département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble.

Dr Jacques GLIKMAN, PH, psychiatre, centre médico-psychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.

Dr Anne GRUSON, Biologiste, chef de service, centre hospitalier, Arras.

M. Denis FRECHOU, Directeur, centre hospitalier Esquirol, St-Maurice.

M. Pierre HUIN, PSPH, Directeur organisation des soins et qualité, groupe hospitalier privé du Centre-Alsace, Colmar.

Dr Laurent JOUFFROY, Anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

Mme Anne LAURIN-INIZAN, Directeur adjoint, Fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.

Mme Marie-Claude LEFORT, Directeur des soins, coordonnateur général des soins public, centre hospitalier universitaire, Angers.

Pr Pierre LOMBRIL, Laboratoire de santé publique et d'épidémiologie, hôpital Saint-Jacques, CHU, Nantes.

M. Bruno LUCET, directeur qualité - risques, AP-HP, centre hospitalier universitaire Henri-Mondor, Créteil.

Mme Monique MAZARD, Directeur des soins, coordonnateur général des services de soins, centre hospitalier universitaire, Nice.

Mme Aline MASERAK, Surveillante chef, centre hospitalier, La Bassée.

M. Yvonnick MORICE, Directeur général, centre hospitalier universitaire, Angers.

M. Jean-Philippe MOUSNIER, Sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

Dr Jean-Paul ORTIZ, Néphrologue, polyclinique Saint-Roch, Cabestany.

M. Emmanuel RODRIGUEZ, Secrétaire confédéral, vice-président du CISS usagers, Confédération syndicale des familles, Paris.

M. Jean-Daniel SIMON, Président du directoire, spécialiste qualité, polyclinique Keraudren, Brest.

Mme Claude RAMBAUD, Présidente, Association Le Lien, Courtaboeuf.

Remerciements

Groupe de travail leadership et management

Experts du groupe de travail :

Mme Delphine AIGLE, Ingénieur, Responsable qualité et organisation, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

M. Bertrand BAILLEUL, Directeur, Hôpital Saint-Jean, Gennevilliers.

Dr Véronique BUSSY MALGRANGE, Médecin, coordinateur antenne régionale du CCLIN-Est, Clinique de Champagne, CHU de Reims, Reims.

M. Alain CHALOCHET, Directeur, Groupement hospitalier de gériatrie, Hospices civils de Lyon.

M. Jean-Robert CHEVALLIER, Directeur général adjoint, centre hospitalier régional, Orléans.

M. Philippe CHOUPIN, Directeur général, Nouvelles Cliniques Nantaises, Nantes.

Dr Sylvie GARNAUD-TOUQUET, Médecin, expert-visiteur, CHR, Orléans.

M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Directeur général, CHRU, Tours.

Dr Jean HALLIGON, Médecin angiologue - médecine vasculaire, La Membrolle-sur-Longuenée.

Mme Sophie MALVAUX, Responsable de la qualité, de la gestion des risques et de l'évolution, Centre René-Gauducheau, Nantes.

Mme Marie-Paule MASSERON, Représentante d'usagers, vice-présidente, FNAMOC, Paris.

Dr Marie-Christine MOLL, Médecin délégué qualité risque, CHU, Angers.

Mme Christel MOURAS, Directeur, hôpital Local, Mauléon.

Mme Martine NAUD, Cadre infirmier, Clinique psychiatrique MGEN, Rueil-Malmaison.

Mme Nadine RAFFY-PIHAN, Fédération nationale des médecins radiologues, Paris.

Dr Gilles RIBEIL, Médecin, Directeur général, Clinique Sainte-Anne, Langon.

M. Emmanuel RODRIGUEZ, Représentant d'usagers, Confédération Syndicale des Familles, Paris.

M. Jean-Jacques STOLTZ, Directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur, centre hospitalier, Lourdes.

Mme Catherine TARDY, Directeur des soins, Hôpital Pédiatrique Gatiien de Clocheville, CHRU, Tours.

Mme Corinne TIBERGHEN METZGER, Directeur adjoint, CMCR Les Massues, Lyon.

Membres de la HAS :

M. Yann BARRAULT, Chef de projet, Service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, Pilote du groupe de travail, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

M. Raymond LE MOIGN, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme Yasmine SAMI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Prestataires - Consultants :

Mme Marie-Pascale POMEY, MD, PhD, Université de Montréal, Québec, Canada.

M. Jean-Louis DENIS, PhD, Université de Montréal, Québec, Canada.

Remerciements

Groupe de travail droits et place du patient

Experts du groupe de travail :

Mme Laure ALBERTINI, Directeur, Département des droits du patients et des associations, direction des affaires juridiques, AP-HP, Paris.

Mme Hélène ANTONINI-CASTERA, Directeur adjoint, directrice qualité, Hôpital gériatrique Les Magnolias, Longjumeau.

M. Nicolas BRUN, Chargé de mission, UNAF, Paris.

Mme Aude CARIA, Responsable, Maison des usagers, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Mme Alice CASAGRANDE, Chef de projet, Agence nationale d'évaluation et médico-sociale, Saint-Denis.

Dr Roger CIAIS, Médecin, Président du Directoire, Clinique des Trois Lucs, Marseille.

Mme Laura d'ANCEZUNE, Directeur, Pôle qualité sanitaire, Groupe Korian, Paris.

Dr Daniel d'HÉROUVILLE, Maison Médicale Jeanne-Garnier, Paris.

Dr Jean-François de FRÉMONT, Néphrologue, médiateur, Polyclinique Saint-Côme, Compiègne.

Mme Christine FABRY, Directrice des relations avec les usagers, Hospices Civils de Lyon.

Dr Fadila FARSI, Médecin coordonnateur, réseau ONCORA, CRLCC Léon Bérard, Lyon.

Dr Jean-Marie GOMAS, Praticien hospitalier, Groupe hospitalier Sainte-Périne, Paris.

Dr Marc GUERRIER, Directeur adjoint, Espace éthique, AP-HP, CHU Saint-Louis, Paris.

Mme Françoise HAFFEMAYER, Directrice coordonnatrice des soins, retraitée, Le Mans.

Mme Marie-Christine POUCHELLE, Directeur de recherche, CNRS, Paris.

Mme Isabelle ROBINEAU, Responsable qualité, centre hospitalier de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne.

Mme Séverine ROMAIN, Infirmière cadre de santé, Hôpital local, Sully sur Loire.

Dr Sylvie ROSENBERG-REINER, Pédiatre, Hôpital Necker, Paris.

Mme Michèle SIZORN, Présidente, SOS Hépatites Paris-Ile-de France, Paris.

M. Jean WILS, Chargé des droits des usagers, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Paris.

Membres de la HAS :

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, Pilote du groupe de travail, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Émilie PRIN-LOMBARDO, Chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Emmanuelle BLONDET, Chef de projet, service documentation, DCI.

M. Alexandre BIOSSE-DUPLAN, Mission relation avec les associations de patients et d'usagers, HAS.

Prestataires - Consultants :

Mme Claire COMPAGNON, Cabinet C. Compagnon Conseil, Paris.

Dr Bernard DEVALOIS, Chef de service, Unité de soins palliatifs, centre hospitalier, Puteaux.

Mme Véronique GHADI, Prestataire d'études en santé publique, Paris.

Mme Michelle ANAHORY-ZIRAH, Landwell et associés, Montpellier.

Remerciements

Groupe de travail prise en charge du patient

Experts du groupe de travail :

Mme Patricia BESSY, Ingénieur qualité, centre hospitalier neuro cardio HCL, Bron.

Mme Marianne BLANC, Sage-femme, expert-visiteur, responsable qualité - gestion des risques, CH, Annonay.

Dr Jean-Marie BOBILLO, Président de CME, pédopsychiatre, médecin chef de secteur, CH Ste-Marie, Privas.

Dr Henri BONFAIT, Chirurgien - orthopédie – traumatologie, Hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, Levallois-Perret.

Dr Stéphanie BORDES-COUECOU, Praticien hospitalier en hygiène hospitalière, CH de la Côte Basque, Bayonne.

Mme Marie-José DARMON, Cadre supérieur de santé, anesthésiste, Hôpital de Nice.

M. Gérard DELAHAYE, Directeur CHS, centre Hospitalier Philippe-Pinel, Amiens.

Mme Marie-Christine DUBOULET, Directrice adjointe, clinique Turin, Paris.

M. Stéphane FRAISSE, Directeur adjoint, HAD soins et santé Lyon, Caluire.

M. Gilles GAEBEL, Représentant d'usagers, AVIAM.

Dr Catherine GRENIER, Médecin, directeur du département qualité indicateurs, FNCLCC, Paris.

Mme Marie-Jeanne KARLE, Directeur des soins infirmiers, centre cardiologique du Nord, Saint-Denis.

M. Philippe LALY, Directeur adjoint en charge des orientations stratégiques et de la qualité, directeur des soins, Association l'Élan Retrouvé, Paris.

M. Jean-Michel LEMAUFF, Représentant d'usagers, Ligue nationale contre le cancer, Vineuil.

Mme Cherifa NIMAL, Directrice adjointe des soins, Hôpital Ambroise Paré, Marseille.

Dr Christiane PRIVAT, Médecin, directeur médical, CMPR LAENNEC, Malakoff.

M. Frédéric ROSSBAND, Attaché de direction qualité, communication, sécurité, Centre Bouffard-Vercelli, Cerbert.

Dr Clotilde WATELET, Pharmacien, présidente de CME – CLIN, Clinique Jeanne d'Arc, Luneville.

Membres de la HAS :

Dr Matthieu BOUSSARIE, Pilote du groupe de travail, Adjoint au chef de service, service développement de la certification, DAQSS.

M. Thierry DE LAMBERT, Chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Dominique FÉRREOL, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Dr Isabelle RULLON, Adjointe au Chef de service évaluation des pratiques professionnelles.

Mme Yasmine SAMI, Pilote du groupe de travail, Chef de projet, Service développement de la certification, DAQSS.

Autres participants :

Pr Martine GILARD, cardiologue, CHU, Brest

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER).

Remerciements

Groupe de travail sécurité des soins

Experts du groupe de travail :

Dr Bernard ABRY, Médecin – anesthésie-réanimation, Institut hospitalier Jacques-Cartier, Massy.

Pr René AMALBERTI, Médecin, chargé de mission, sous-directeur, IMASSA, Brétigny-sur-Orge.

Mme Marie-France BERDAT-DELLIER, Représentante d'usagers, ORGECO, Montreuil-en-Touraine.

Dr Jean-Louis BLACHE, Médecin, chef de département anesthésie-réanimation, Institut Paoli Calmettes, Marseille.

M. Jean-Pierre BURNIER, Directeur général, centre hospitalier de Gonesse.

M. Franck GUARNIERI, Directeur du pôle cindyniques risques, École nationale des mines Paris, Sophia Antipolis.

Dr Benoît GUIMBAUD, Médecin, directeur, gestion des sinistres et prévention des risques, LA SHAM, Lyon.

Dr Joseph HAJJAR, Médecin, chef de service hygiène et épidémiologie, expert-visiteur, centre hospitalier général, Valence.

Mme Ismaël JAMIN, Gestionnaire de risques, Générale de santé, Paris.

Mme Anne-Marie LECOUTURIER, Cadre supérieur de santé, CHU de Caen.

Mme Annick MACREZ, Directrice qualité et gestion des risques, groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, Paris.

Mme Zohra MALALI, Responsable qualité, hôpital Saint-Camille, Bry sur Marne.

Dr Jean PETIT, Médecin, responsable qualité, CHU de Rouen.

Dr Jean-François QUARANTA, Médecin, président de la coordination des vigilances sanitaires et gestion des risques, Hôpital de Cimiez, Nice.

M. Jean-Luc QUENON, CCECQA, expert GDR, Hôpital Xavier Arnoz, Pessac.

Mme Martine SENE-BOURGEOIS, Représentante d'usagers, cadre de santé retraité, expert-visiteur, Paris.

Mme Catherine STAMM, Pharmacien, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre Bénite.

M. Daniel TESSONNIER, Directeur, pôle cancérologie région PACA, Générale de santé, centre de radiothérapie de Clairval, Marseille.

Membres de la HAS :

Dr Charles BRUNEAU, Pilote du groupe de travail, Conseiller technique, DAQSS.

Mme Anne-Sophie GROSSEMY, Chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

Mme Muriel JAKUBOWSKI, Pilote du groupe de travail, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Dr Roger PECHAUD, Chargé de mission, service développement de la certification, DAQSS.

Dr Patrick WERNER, Chef de projet, service accréditation des médecins, DAQSS.

Prestataires - Consultants :

M. Xavier BERNARD, Cap AFNOR - DP2i , Saint-Denis.

Mme Catherine BLACKER-SCHOLLER, Cap AFNOR - DP2i , Saint-Denis.

Remerciements

Groupe de travail santé mentale

Experts du groupe de travail :

Dr Jean-Marie BOBILLO, Pédopsychiatre, Centre Hospitalier Sainte-Marie, Privas.

Mme Béatrice BORREL, Représentante d'usagers, UNAFAM, Paris.

Dr Roland BOUET, Psychiatre, CHS Henri Laborit, Poitiers.

Dr Roger CIAIS, Cardiologue, Directeur général, Clinique des Trois Luc, Marseille.

M. Gérard DELAHAYE, Directeur, CH Philippe Pinel, Amiens.

M. Jean DELAUNAY, Directeur des soins, CH Georges Daumezon, Fleury les Aubrais.

Mme Geneviève JEAN-LOUIS, Cadre socio-éducatif, Responsable du service social et conseillère technique, EPS de Maison-Blanche, Paris.

Mme Annie LABBÉ, Représentante d'usagers, Présidente, Association ARGOS 2001, Paris.

Mme Maud PAPIN-MARORDET, Ingénieur qualité gestion des risques, Groupe public de santé Perray-Vaucluse, Hôpital Henri Ey, Paris.

Dr Marc WEINER, Psychiatre, Réseau Plénitude, L'Arbresle.

Membres de la HAS :

M. Philippe LALY, Pilote du groupe de travail, Directeur des soins et de la qualité, Association l'Élan Retrouvé, Paris.

Dr Matthieu BOUSSARIE, Adjoint au chef de service, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Fabienne MENOT, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme Yasmine SAMI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.