

Université de Lille
Faculté D'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master Management Sectoriel, Parcours Management de la Qualité, des Risques et des
Flux

MAUX CASSANDRA

Analyse de la méthode de l'audit patient traceur : De la démarche aux résultats

Sous la direction de Monsieur Cédric CORVOISIER

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Management Sectoriel, Parcours Management de la Qualité, des Risques et des Flux
Promotion 2018 – 2019

Membres du jury :

- Professeur Hervé HUBERT, Président du jury ;
- Monsieur Cédric CORVOISIER, Directeur de mémoire ;
- Monsieur Laurent CASTRA, 3^{ème} membre du jury.

Date de soutenance : Le 28 septembre 2019, 8h00

Remerciements

Je souhaiterais commencer ce mémoire de fin d'études par présenter mes remerciements aux différentes personnes ayant participé de près ou de loin à ce travail.

Pour commencer, j'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Cédric CORVOISIER d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire et pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Sa disponibilité, ses conseils, son écoute attentive et son expérience professionnelle m'ont été d'une très grande aide. Je le remercie également de m'avoir supporté et motivé pour rendre ce travail final.

Je remercie ensuite le Professeur Hervé HUBERT ainsi que Monsieur Laurent CASTRA de participer à cette étape finale de mon parcours étudiant, en tant que président et membre du jury. Leurs conseils et leurs remarques sur ce travail me seront bénéfiques tant d'un point de vue personnel, que d'un point de vue professionnel.

Je souhaite remercier également les établissements m'ayant permis de réaliser mon stage de première année de master, le Groupe Hospitalier Seclin – Carvin, et le laboratoire pharmaceutique Bayer, qui m'a accueilli pour cette dernière année de master en contrat de professionnalisation. Leurs conseils et leur accompagnement m'ont permis de confirmer mon choix de continuer dans cette voie et leurs conseils me seront grandement utiles dans ma future vie professionnelle.

Enfin, je suis reconnaissante à l'égard de l'ensemble de mes proches, de ma famille et de mes amis. Je les remercie pour leur soutien infaillible et leur présence à n'importe quel moment. Je remercie plus particulièrement, parmi mes amis, Virginie. Son soutien, son écoute, sa bienveillance et sa générosité jusque dans ce travail de fin d'études m'ont infiniment aidé au quotidien.

Sommaire

Remerciements	
Sommaire	
Tableaux et Figures	
Glossaire	
Introduction	1
I- L'efficience	4
1- <i>Qu'est-ce que l'efficience ?</i>	4
2- <i>Les moyens pour atteindre l'efficience</i>	5
II- Le management de la qualité et de la gestion des risques	8
1- <i>D'un point de vue littéraire</i>	8
2- <i>D'un point de vue légal</i>	11
a- Une politique qualité validée par la direction.....	11
b- Un programme défini selon les différents moyens	13
c- Un projet institutionnalisé	14
3- <i>Et concrètement ? J'agis au quotidien.</i>	15
4- <i>Les moyens pour une mise en application</i>	17
III- Qu'en est-il en réalité ?	20
1- <i>La grille d'audit patient traceur renseignée</i>	20
2- <i>Ce que le terrain nous apprend</i>	22
a- Admission et accueil du patient et de son entourage	23
b- Séjour du patient.....	24
c- Sortie du patient.....	26
d- Thématiques transversales	26
e- Les résultats dans leur ensemble	27
3- <i>Pour conclure</i>	31
IV- Et après ? J'anticipe la suite.	33
1- <i>Les suites pour les différents participants</i>	33
2- <i>Les nouvelles organisations</i>	35
3- <i>Les nouveaux aspects financiers</i>	37
4- <i>Les impacts réglementaires</i>	38
Conclusion.....	40
Bibliographie	43
Annexes	I
Annexe 1 : Grille audit patient traceur complétée.....	I
Annexe 2 : Résultats des audits patients traceurs obtenus	XI
Annexe 3 : Grille de recueil IQSS MCO	XVIII
Annexe 4 : Grille de recueil IQSS MCO parcours chirurgie ambulatoire	XX

Annexe 5 : Grille de recueil IQSS SSR	XXII
Annexe 6 : Grille de recueil IQSS HAD	XXIV
Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction e-satis MCO 48+	XXV
Annexe 8 : Critères IFAQ	XXIX
Annexe 9 : Critères CAQES.....	XXX
Annexe 10 : Critères DPC	XLIX

Tableaux et Figures

Tableau 1 : Liste des outils qualité et gestion des risques – HAS	18
Tableau 2 : Extrait de la grille d'audit patient traceur	20
Figure 1 : Part des actes ou examens injustifiés selon les médecins d'après leur lieu d'exercice	6
Figure 2 : Place de la qualité au sein des différentes organisations	9
Figure 3 : Les étapes du management des risques	10
Figure 4 : Organigramme présentant le pilotage d'une démarche qualité et gestion des risques...	12
Figure 5 : Le PAQSS au carrefour des différents outils.....	13
Figure 6 : Les différentes institutions participant au projet qualité et gestion des risques	15
Figure 7 : Processus d'une démarche d'amélioration continue de la qualité	16
Figure 8 : Roue de Deming	16
Figure 9 : Grille de cotation des résultats	23
Figure 10 : La grille d'audit patient traceur au sein du processus.....	28

Glossaire

Ce glossaire reprend l'ensemble des acronymes présents dans ce travail. Les acronymes sont indiqués dans le texte par un astérisque :

ABM = Agence de BioMédecine

AMDEC = Analyse des Modes de Défaillance, des Effets et des Causes

ARS = Agence Régionale de la Santé

ASN = Agence de Sûreté Nucléaire

CAFEI = Comité d'Analyse des Fiches d'Evènements Indésirables

CAQES = Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CDU = Commission Des Usagers

CGS = Coordination Générale des Soins

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CME = Commission Médicale d'Etablissement

CnamTS = Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CQSS = Commission Qualité et Sécurité des Soins

CRUQ = Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge

CSIRMT = Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSP = Code de la Santé Publique

CTE = Commission Technique d'Etablissement

DAJ = Département des Affaires Juridiques

DPC = Développement Professionnel Continu

DPO = Délégation à la Protection des Données

EI = Evènement Indésirable

EIG = Evènement Indésirable Grave

GHT = Groupement Hospitalier de Territoire

HAD = Hospitalisation A Domicile

HAS = Haute Autorité de Santé

HC = Hospitalisation Complète

HDJ = Hospitalisation De Jour

HPST = Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IFAQ = Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

IHAB = Indicateur Hôpital Ami des Bébés

IQSS = Indicateur Qualité et Sécurité des Soins

MCO = Médecine, Chirurgie, Obstétrique

OMS = Organisme Mondial de la Santé

PACTE = Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

PAQSS = Politique/Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

PCME = Président de la Commission Médicale d'Etablissement

PCSIRMT = Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

QLS = Qualité de la Lettre de Sortie

REX = Retour d'EXpérience

RMM = Revue Morbi-Mortalité

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Depuis 1999, la certification des établissements sanitaires évalue les prestations et les soins dispensés aux patients ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de ces établissements.

Depuis 2015, c'est sur la base de la version 2014 que les établissements sont certifiés. Or, le système de santé a évolué, les besoins et les attentes tant du côté des patients que des professionnels de santé se modifient. C'est cette évolution qui explique que depuis 2019, les établissements sont évalués sur la base de la nouvelle version 2020.

Pour la Haute Autorité de Santé*, cette nouvelle version de la certification des établissements sanitaires prône trois objectifs prioritaires dans la démarche :

- Médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient ;
- Simplifier l'ensemble du dispositif de certification ;
- S'adapter aux regroupements d'établissements par des évaluations.

Ce premier objectif de « médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient » se décline ainsi en plusieurs axes, tels que :

- La capitalisation sur les systèmes de management de la qualité et de la gestion des risques instaurés dans les établissements ;
- Le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats ;
- Le renforcement du travail en équipe et la prise en compte de la pertinence pour le patient.

Concrètement, cette nouvelle version de la démarche de certification va effectuer un recentrage sur les pratiques professionnelles des équipes de soins et l'expérience des patients. Elle va également évaluer le résultat pour le patient au travers de points critiques tels que les indicateurs de pratiques cliniques, les indicateurs de résultats cliniques et surtout les audits patients-traceurs. **[4] [5]**

La méthode de l'audit patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Cette méthode a pour but d'analyser, de manière rétrospective, la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement, ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

C'est une méthode utilisée par les experts-visiteurs dans la démarche de certification V2014 des établissements de santé.

La version V2014 de la démarche de certification se voulait plus continue et mieux synchronisée, employant des méthodes de visite plus performantes, pour évaluer la réalité des prises en charge.

Cette version de la démarche de certification se voulait d'être une certification efficiente afin d'optimiser la charge de travail des établissements de santé.

A l'aube de la certification version V2020, misant davantage sur la méthode de l'audit patient traceur lors des visites par les experts, plusieurs interrogations se posent alors, tant pour les établissements de santé que pour les professionnels de santé, qui sont de plus en plus impliqués dans ces démarches :

- Qu'en est-il de cet outil de management de la qualité et de la gestion des risques ?
- Avec le recul actuel entre la version de 2014 et celle de 2020, l'audit patient traceur répond-il aux ambitions des démarches de certification ?
- Est-il réellement un outil performant et efficient ?
- Puisque l'audit patient traceur permet d'observer la réalité des pratiques professionnelles et que l'on associe de plus en plus les professionnels de santé dans les démarches de certification, ces derniers se sont-ils bien appropriés cet outil ?

De toutes ces questions découle une problématique, qui à mon sens, a tout intérêt à être étudiée afin de pouvoir s'engager dans cette nouvelle version de la démarche de certification :

De la démarche aux résultats attendus par la HAS, l'audit d'un patient traceur tient-il toutes ses promesses comme outil d'efficience intégré en continu dans le management de la qualité et des risques de l'établissement ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, je développerai plusieurs axes selon les différentes thématiques abordées dans la problématique citée ci-dessus :

Dans un premier temps, je définirai le concept de l'efficacité, ses objectifs, les attendus et enfin les différents moyens pour tenter d'être efficace.

Ensuite, j'aborderai le sujet du management de la qualité et de la gestion des risques en passant par sa définition, la réglementation et les prérequis, mais aussi ce qu'implique la mise en place d'une démarche continue de la qualité et quels sont les outils à notre disposition pour pouvoir mettre en place cette démarche.

Afin d'appuyer les éléments théoriques tirés de la littérature, j'étudierai le rapport avec le terrain à l'aide de résultats d'audits patient traceur obtenus.

Enfin, pour terminer, je développerai les perspectives, les impacts et les freins que peuvent présenter cet outil, notamment suite à l'analyse de ces résultats.

I- L'efficience

1- Qu'est-ce que l'efficience ?

D'après le dictionnaire Larousse, le terme d'efficience peut être défini comme la « *capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné* ». **[2]**

Lorsque l'on parle d'efficience, cela se rapporte donc à la performance du système étudié.

La performance est elle-même caractérisée par quatre composantes : l'impact, l'effectivité, l'efficacité et l'efficience. Ces quatre composantes peuvent être définies de la manière suivante :

- L'impact, c'est-à-dire quels sont les effets des actions ?
Ces effets vont prendre en compte les réalisations (effets immédiats), les résultats (effets à moyen terme) et les impacts (effets à long terme). Ces effets peuvent être attendus (prévus dans les objectifs définis) ou inattendus. Enfin, ils peuvent également être positifs ou négatifs.
- L'effectivité, c'est-à-dire dans quelle mesure les réalisations prévues ont-elles été mises en œuvre ?
- L'efficacité, ou dans quelle mesure les effets obtenus sont-ils conformes aux objectifs retenus et aux effets attendus ? Comment aurait-on pu optimiser les effets observés ?
- L'efficience, à savoir les moyens (matériels, humains, financiers, etc.) qui ont effectivement été mobilisés ? Les effets obtenus sont-ils en adéquation avec l'ensemble des moyens mobilisés ? Ces résultats auraient-ils pu être obtenus à moindre coût ? **[16]**

L'efficience a donc comme but de « *réaliser les objectifs avec l'économie de moyens* »¹. **[3]**

¹ Définition donnée par Yvon PESQUEUX, professeur de sciences de gestion.

Dans le cas présent, le système étudié est celui du système de santé et ce dernier n'échappe pas à cette quête d'efficience. Ce sujet est d'ailleurs depuis quelques années au cœur des discussions des différentes autorités de santé ainsi que des professionnels intervenant au sein de ce système.

Avec le vieillissement de la population et les médicaments de plus en plus coûteux, il est primordial de gagner en efficience et de rationaliser notre système de santé.

C'est pour cela que, lors d'un colloque de la HAS en 2015, plusieurs discussions ont été menées sur ce sujet et diverses pistes ont pu être abordées. Parmi ces discussions, Dominique POLTON² a notamment mis en avant, le fait que « *la recherche de gains d'efficience est non seulement nécessaire, mais elle est possible* » et que pour cela « *il existe des outils pour obtenir de meilleurs résultats avec les moyens dont nous disposons* »³.

C'est de cette manière que nous pouvons donc définir l'objectif principal de l'efficience, par la recherche de meilleurs résultats tout en prenant en compte les moyens dont on dispose. Cette particularité des « moyens à disposition » est importante dans cette recherche puisque c'est de cette notion, que l'on peut observer les gains d'efficience. Ils seront pris en compte dans le calcul fait pour observer l'évolution du système et permettra d'affirmer l'efficience du système. [17] [18]

2- Les moyens pour atteindre l'efficience

Comme le disait Dominique POLTON lors du colloque de la HAS, « *il existe des outils pour obtenir de meilleurs résultats* » et lors de ce même colloque, des leviers ont été présentés pour favoriser l'efficience.

Parmi les leviers évoqués lors de ce colloque, deux d'entre eux méritent une attention particulière :

² Dominique POLTON, conseillère technique du directeur général de la CnamTS

³ Colloque de la HAS : Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience – 1er octobre 2015

Le premier levier est de suivre les recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités de santé, et notamment celles de la HAS. Cette dernière met en avant et insiste particulièrement sur la notion du « juste soin ».

Par « juste soin », on fait alors référence à des « *soins de qualité (qui) reposent sur [...] l'acquisition de savoirs, d'une démarche et sur l'analyse des pratiques* » (Philippon, 2017) et ce « juste soin » se doit d'être développé par les professionnels de santé, confrontés aux contraintes des politiques de santé et aux objectifs de leur établissement. [20]

Les professionnels de santé doivent également ajuster leurs pratiques puisque d'après une étude de 2012 portant sur « les médecins et la réforme du système de santé », seulement 74 actes réalisés sur 100 sont pleinement justifiés selon les médecins hospitaliers. Et d'après eux, 15% des actes et examens sont souvent injustifiés. [6]

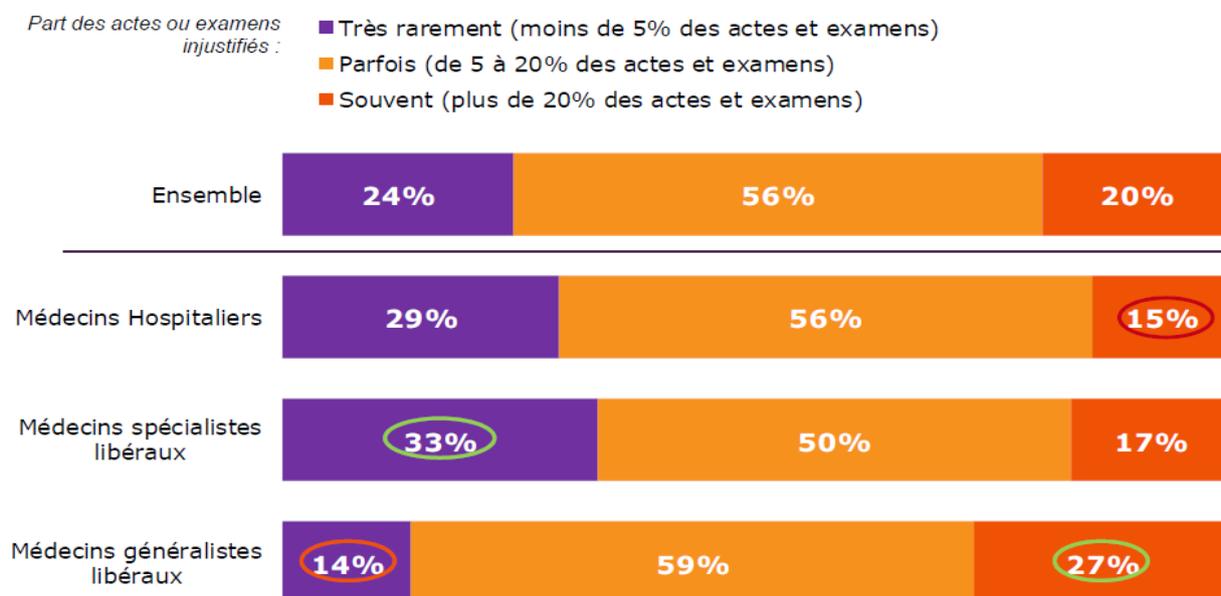


Figure 1 : Part des actes ou examens injustifiés selon les médecins d'après leur lieu d'exercice

Ces actes injustifiés sont la cause de nombreuses dépenses de santé, que l'on peut qualifier d'inutiles puisque injustifiées.

Un des autres leviers d'efficacité évoqué lors de ce colloque rejoint cette thématique des dépenses de santé, qui concernent également les établissements de santé, puisqu'il s'agit de l'évaluation médico-économique des produits de santé. Cette évaluation correspond au rapport coût/efficacité des médicaments consommés par les établissements de santé. En effet, ils représentent une part importante des dépenses des établissements et il est donc important de travailler sur ce rapport.

Les médicaments et autres produits de santé ont un impact significatif sur les dépenses des établissements mais également et surtout sur les dépenses de l'assurance maladie puisque c'est cette dernière qui effectue les remboursements des médicaments.

Pour terminer sur les leviers d'efficience, les débats lors de ce colloque de la HAS se sont orientés vers le patient, qui depuis plusieurs années occupe une place importante dans le système de santé.

Cette place au sein de ce système s'explique notamment par le fait que « *la prise en charge du patient (se fait) sur l'ensemble de son parcours de santé, et non plus sur l'acte en lui-même* ». Cette explication donnée par René AMALBERTI⁴, se confirme puisque la tendance de ces 10 dernières années est de prendre en charge le patient dans sa globalité, de son entrée à sa sortie de l'établissement, voire davantage.

Ces deux derniers leviers d'efficience posent clairement la notion d'une recherche d'efficience économique dans notre système de santé actuel. Il ne faut cependant pas omettre que l'efficience n'est pas que d'un point de vue financier, et les outils permettant d'être efficient peuvent être vecteurs d'autres résultats.

Ces outils de performance développés au sein des établissements de santé ont, très souvent, l'objectif d'être vecteurs de la qualité et de la sécurité des soins. Car même si la conjoncture actuelle de notre système de santé nous oblige à prendre en compte l'aspect financier dans notre quotidien, l'objectif ultime de chaque établissement est le respect de la qualité et de la sécurité de l'ensemble des soins prodigués au patient.

Pour répondre au respect de la qualité et de la sécurité des soins, chaque établissement développe un outil, obligatoire mais d'intérêt commun : le management de la qualité et de la gestion des risques.

⁴ René AMALBERTI, conseiller sécurité du patient à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS

II- Le management de la qualité et de la gestion des risques

1- D'un point de vue littéraire

Le management de la qualité et de la gestion des risques se compose donc de deux notions : d'une part la qualité et d'autre part, la gestion des risques. Pour donner une définition complète de ce qu'est ce type de management, il est donc important d'aborder ces deux notions distinctement.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé*, on peut définir la qualité des soins comme : *« une démarche qui doit garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*. [7]

Il est important de noter que lorsque l'on parle de qualité, il ne s'agit pas seulement de la qualité des soins. La qualité, au sens général du terme, traduit avant tout la recherche de l'adaptation de chaque chose mise en place pour son usage prévu, dans un souci d'efficacité et de confort.

La qualité peut ainsi être définie comme un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un service, d'un processus qui lui confère l'aptitude à satisfaire les exigences des clients et autres parties.

Cette définition permet donc de confirmer que la qualité ne peut pas seulement se résumer à la qualité des soins ; elle se trouve effectivement au carrefour de divers et multiples services :



Figure 2 : Place de la qualité au sein des différentes organisations

La qualité, en tant que telle, ne peut s'assurer seule. Elle s'inscrit dans une démarche qualité et dans un système qualité :

- La démarche qualité est un ensemble d'actions d'amélioration, mené par un établissement pour satisfaire ses clients. La mise en place de cette démarche doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de corrections des problèmes et dysfonctionnements (ou écarts).
- Un système qualité est, quant à lui, l'ensemble des procédures, des processus et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre la démarche qualité. **[33]**

De l'autre côté, le concept de gestion des risques peut se définir comme « *un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou à des biens* ».

Dans le cas présent, concernant le domaine de la santé, le terme de « personne » correspond aux usagers, aux visiteurs, aux familles mais aussi aux professionnels présents au sein de l'établissement.

Tout comme pour la qualité, la gestion des risques se traduit au travers d'un management des risques, qui va correspondre aux « *activités coordonnées visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque*⁵ ».

Le management du risque inclut donc généralement :

- Une appréciation du risque,
- Le traitement du risque,
- L'acceptation du risque,
- Et la communication relative au risque.

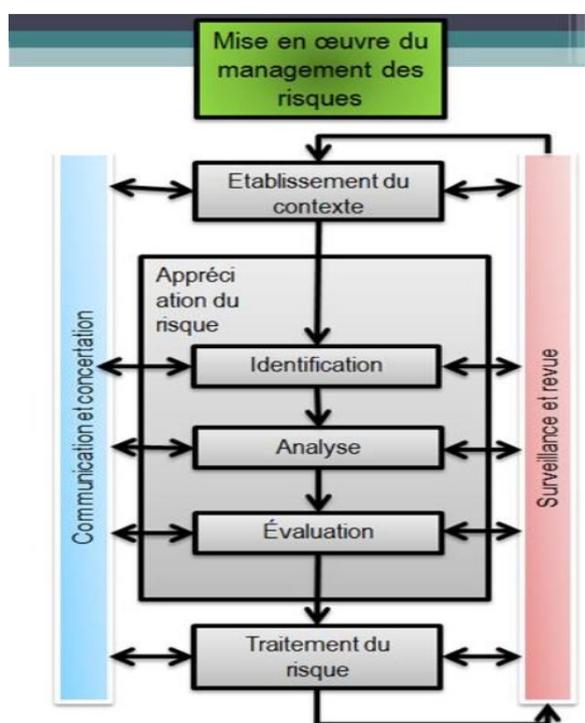


Figure 3 : Les étapes du management des risques

Le management de la qualité et de la gestion des risques peut se résumer également à l'aide des 3C :

- La communication, notamment auprès des professionnels sur les actions mises en œuvre ;
- La cohérence entre les actions du programme et les engagements pris dans la politique qualité ;

⁵ ISO/Guide 73, 2009 (Management du risque – Vocabulaire)

- La coordination entre chaque acteur et chaque instance. [33][34]

Ce management de la qualité et de la gestion des risques est donc bien défini d'un point de vue littéraire mais également d'un point de vue juridique, puisque de nombreux textes et documents existent pour encadrer et guider cette forme de management.

2- D'un point de vue légal

Pour encadrer le management de la qualité et de la gestion des risques au sein des établissements de santé, il existe de nombreux textes réglementaires. L'objectif n'étant pas de faire la liste de ces textes mais plutôt de définir ce management d'un point de vue pratico-pratique. [1]

Les obligations ainsi que les rôles de chacun ont été très largement définis dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire* du 21 juillet 2009. [8] [9] [10]

a- Une politique qualité validée par la direction

Depuis la loi HPST de 2009, la démarche qualité et gestion des risques déployée au sein des établissements de santé est pilotée par différentes institutions.

Le département qualité et gestion des risques va proposer à la direction de l'établissement une politique qui va reprendre l'ensemble des axes de travail, et mettre en avant les priorités sur lesquelles l'établissement souhaite s'engager en termes de qualité et de gestion des risques.

Cette politique ne constitue pas uniquement le travail du département qualité : plusieurs acteurs interviennent dans la définition des axes et la proposition finale de cette politique.

La validation finale se fera par le directeur général de l'établissement. Il ne sera cependant pas le seul à intervenir dans ce processus de validation : la Commission Médicale d'Etablissement* (pouvant parfois être accompagnée par le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique*) vont porter cette démarche qualité et gestion des risques de l'établissement. Etant constituée de professionnels médicaux, la CME va porter cette démarche qualité et gestion des risques directement au sein des services.

Le directeur d'établissement et la CME sont les garants de la mise en œuvre du projet d'établissement, projet d'établissement qui va reprendre les axes prioritaires définis dans la politique qualité et gestion des risques.

L'intervention de la CME dans ce processus de validation est une des nouveautés mises en place avec la loi HPST de 2009. On observe donc la volonté d'inscrire le corps médical dans le pilotage des établissements.

Pour mieux comprendre les rôles et les attendus de ces différents acteurs, l'organigramme ci-dessous définit clairement ce pilotage institutionnel de la démarche qualité et gestion des risques comme définie dans la loi HPST :

Le pilotage institutionnel de la démarche Qualité-Risques

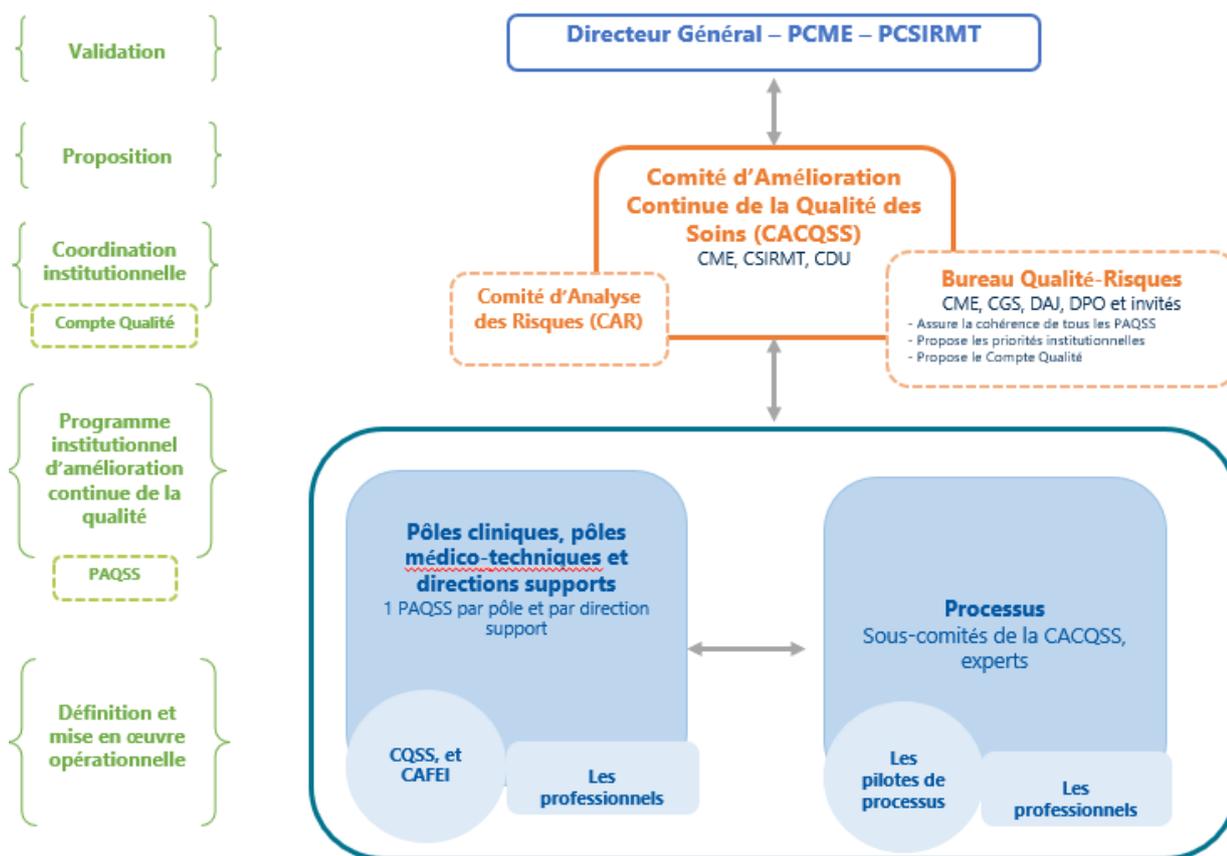


Figure 4 : Organigramme présentant le pilotage d'une démarche qualité et gestion des risques⁶⁷

⁶ Organigramme provenant du CHU de Lille

⁷ La signification des acronymes présents dans cette figure est à retrouver dans le glossaire

b- Un programme défini selon les différents moyens

La politique qualité et gestion des risques de l'établissement définie, celle-ci va ensuite être traduite en Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins*.

Ce PAQSS va donc reprendre plus en détails les actions que l'établissement va mettre en œuvre afin de respecter les critères demandés par les autorités de santé.

Le PAQSS est un élément important dans le management de la qualité et de la gestion des risques puisqu'il va comporter différents éléments et différents outils :

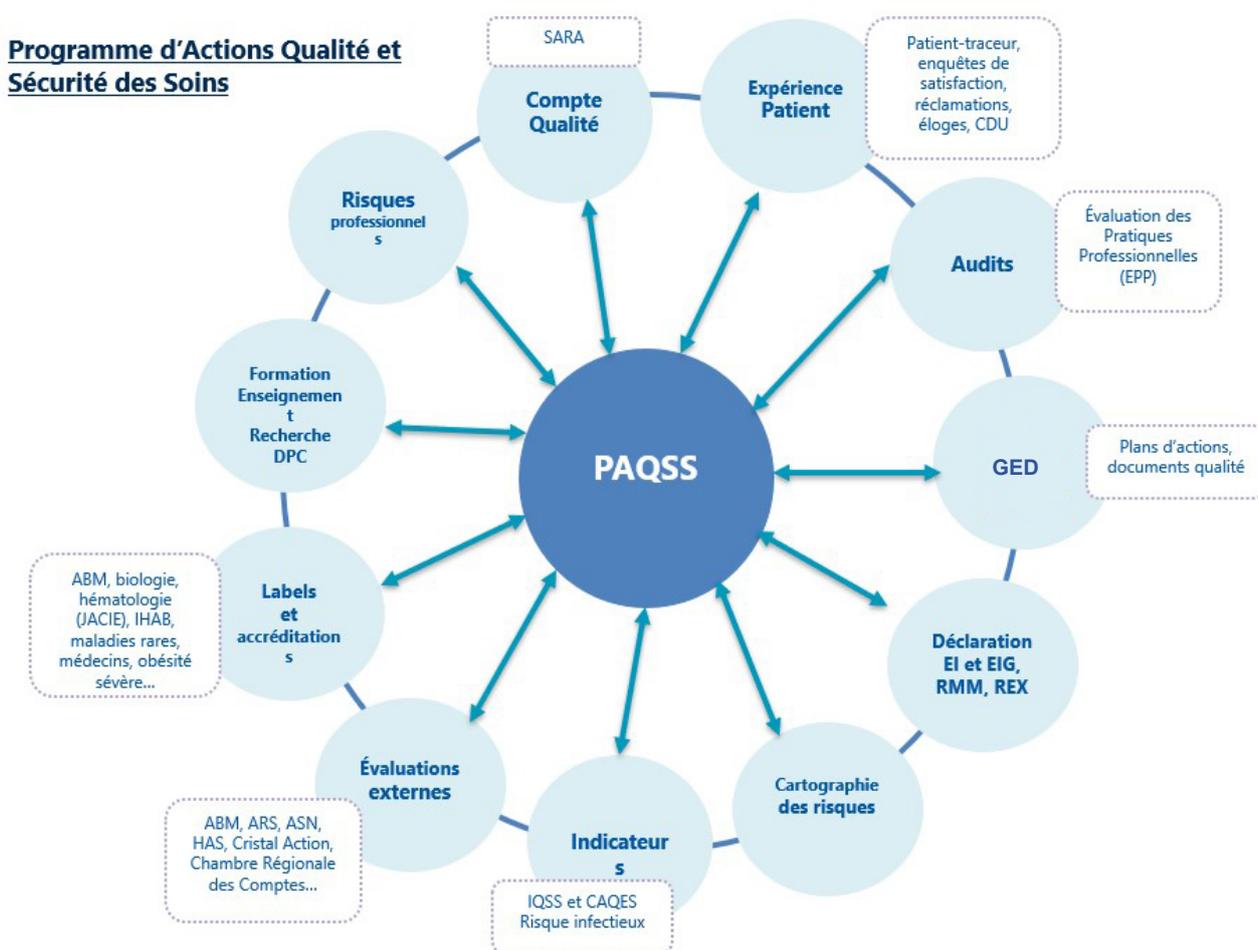


Figure 5 : Le PAQSS au carrefour des différents outils⁸⁹

⁸ Schéma provenant du CHU de Lille

⁹ La signification des acronymes présents dans cette figure est à retrouver dans le glossaire

La figure ci-dessus montre les nombreux échanges existants entre les différents outils et le PAQSS. Ce sont l'ensemble de ces outils et leurs résultats respectifs qui vont être également analysés par les autorités de santé, dans le but de fournir des aides financières aux établissements ou lors des visites de certification.

Un des outils primordiaux, reprenant les actions qualité et sécurité des soins, est le compte qualité. Mis en place avec la certification HAS V2014, le compte qualité facilite la priorisation des actions déployées au sein des établissements. Il s'agit d'un outil longitudinal du dispositif de gestion des risques.

La mise en œuvre de ces outils, et donc du compte qualité, s'inscrit dans la perspective de conforter la mise en place d'un système de management de la qualité et des risques au sein des établissements. **[22]**

c- Un projet institutionnalisé

La loi HPST de 2009 a également introduit la notion d'institutionnalisation du projet d'établissement.

Le projet d'établissement va comporter différentes parties dont une sera dédiée à la qualité et à la gestion des risques mises en œuvre au sein de l'établissement.

La loi HPST a donc redéfini les rôles de chaque institution de l'établissement : pour ce qui est du projet de l'établissement, chacune va intervenir dans sa définition, sa validation et sa mise en œuvre. Pour certaines, il s'agira d'un avis consultatif, d'un point de vue de l'expertise dans le domaine ; pour d'autres, comme la direction de l'établissement, il s'agira de valider le projet final ; et pour terminer, d'autres institutions auront le rôle de suivi et de mise en œuvre de ce projet.



Figure 7 : Processus d'une démarche d'amélioration continue de la qualité

Ce schéma ne s'arrête pas une fois les actions mises en œuvre. En effet, ce schéma n'est pas forcément le mieux adapté pour représenter une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

Comme indiqué dans le titre, il s'agit d'une démarche d'amélioration en continue. Le schéma le plus adapté est donc celui défini par William Edwards Deming, célèbre professeur connu pour le principe de la roue portant le même nom.

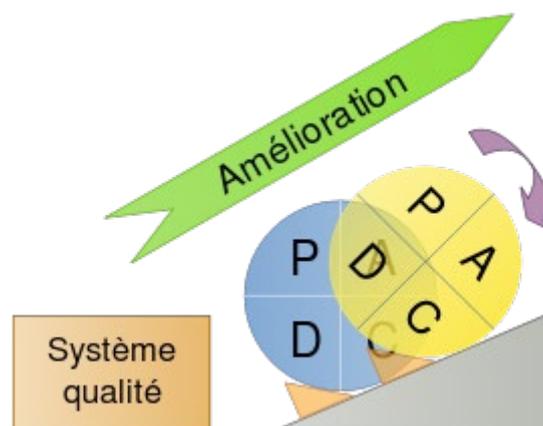


Figure 8 : Roue de Deming

Cette roue présente les 4 étapes à respecter pour s'inscrire activement dans une démarche d'amélioration continue.

Ces 4 étapes mises en œuvre par les établissements de santé permettent donc :

- Avec le « P » (*to plan*) de formuler l'engagement de l'établissement par la définition du PAQSS, tout en prévoyant les objectifs, les indicateurs et les pilotes ;
- Le « D » (*to do*) consiste au respect de l'engagement prévu dans le « P ». Il s'agit du déploiement, de la mise en œuvre des actions prévues ;
- Le « C » (*to check*) intervient en suite logique : après avoir mis en œuvre, on vérifie et on mesure le niveau de qualité prodiguée, on évalue les résultats par rapport aux objectifs préalablement définis ;
- Et pour terminer cette roue, le « A » qui permet d'ajuster et de corriger tout ce qui a été fait auparavant et qui n'a pas été jugé conforme aux attentes (de l'établissement, des patients, des autorités de santé) dans le but de s'améliorer continuellement.

Sur ce schéma, un autre élément est tout aussi important que la roue en elle-même : la « petite cale », qui empêche la roue de reculer. Cette « cale » n'est autre que la représentation graphique des pilotes des actions mises en œuvre dans cette démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Les pilotes et le travail fourni par ces derniers concernant les différentes actions des thématiques va permettre à cette roue de ne pas reculer, c'est-à-dire que le management qualité et gestion des risques continuera d'évoluer et de progresser.

Pour aider les pilotes, divers outils qualité permettent de mettre en œuvre ces actions tout en respectant les engagements pris par l'établissement mais aussi les recommandations de bonnes pratiques fournies par les autorités de santé.

4- Les moyens pour une mise en application

Pour mettre en place ce management qualité et gestion des risques, il existe de nombreux outils à disposition des établissements et des professionnels. Cette liste des outils est reprise dans les modalités des méthodes du Développement Professionnel Continu* proposées par la HAS [21] :

2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) 	<p>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence 	
2.3. Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique 	
2.4. Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs 	
2.5. Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences 	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
<p>Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocollisation et une analyse des pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion des risques en équipe • exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...) 		

Tableau 1 : Liste des outils qualité et gestion des risques – HAS

L'ensemble de ces outils permet aux professionnels :

- De gérer et de suivre les projets mis en œuvre ;
- D'être à l'écoute des patients (concernant leurs attentes, leur satisfaction, leur ressenti) ;
- D'améliorer les processus en déployant cette méthode d'amélioration continue de la qualité ;
- Et de mesurer et d'évaluer les pratiques et la qualité des soins fournis à l'aide des différents indicateurs.

Ces outils permettent également une gestion de la qualité et des risques de manière globale puisque certains seront utiles de manière *a priori* (analyse de processus, Analyse des Modes de Défaillance, des Effets et des Causes*, etc.) et d'autres seront des analyses *a posteriori* (audits de processus, Enquête de Pratiques Professionnelles*, chemin clinique, etc.).

Cette recherche littéraire m'a permis d'obtenir des bases théoriques concernant la notion d'efficience, et du management de la qualité et de la gestion des risques au sein des établissements sanitaires.

L'intérêt de ce travail est de pouvoir confronter cette théorie à la réalité observable sur le terrain dans le but de pouvoir répondre à ma problématique initiale.

III- Qu'en est-il en réalité ?

Cette recherche littéraire a donc permis de poser les bases et le cadre dans lequel les établissements évoluent. Les outils proposés par les autorités de santé offrent donc la possibilité de manager la qualité et la gestion des risques tout en répondant à ce besoin et à cette quête d'efficacité. Mais tout l'intérêt de ce travail de recherche repose sur la confrontation avec la réalité du terrain et la finalité est de pouvoir, ou non, répondre à la problématique de base :

De la démarche aux résultats attendus par la HAS, l'audit d'un patient traceur tient-il toutes ses promesses comme outil d'efficacité intégré en continu dans le management de la qualité et des risques de l'établissement ?

1- La grille d'audit patient traceur renseignée

L'audit patient traceur, étant une méthode d'évaluation rétrospective, consiste à auditer les processus de soin, les organisations et les systèmes qui concourent à la prise en charge du patient, tout au long de son parcours. [19]

Cette orientation selon le parcours du patient a été la base de la construction de cette grille d'audit :

On retrouve donc parmi les colonnes de la grille, celles correspondantes aux étapes et aux sous-étapes du parcours du patient. Arrive ensuite la colonne permettant d'indiquer les éléments à investiguer ainsi que les critères respectifs du référentiel de certification de la HAS. Une dernière colonne permet d'identifier si l'évaluation est à réaliser auprès des équipes et/ou du patient (et/ou de ses proches).

Étapes	Sous-étapes	A investiguer ? Oui / non	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	OUI NON	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission		Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	14a E1-2	E			
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission		Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	15aE2-2	E/P			

Tableau 2 : Extrait de la grille d'audit patient traceur

Cette grille, déjà construite, est disponible sur le site de la HAS¹² pour l'ensemble des établissements.

Mais dans le cadre de ce travail de recherche, le but n'est pas simplement d'étudier le résultat des audits patients traceurs, mais plutôt d'observer au travers de cet outil, s'il nous permet de dire si le système est efficient ou non. Pour cela, la grille a été renseignée dans le but d'y intégrer des critères d'évaluation de l'efficience.

Un des leviers d'efficience proposé lors du colloque de la HAS était de suivre les recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités de santé. Ces dernières sont construites et mises à disposition des établissements dans le but de les guider dans leurs pratiques quotidiennes en y insérant cette notion d'efficience et de performance.

Pour repartir sur cette notion d'efficience, nous avons également pu voir que l'efficience est une des caractéristiques de la notion de performance. Et une fois de plus, le moyen d'évaluer la performance d'un système se fait par l'évaluation du respect des indicateurs.

Dans le cadre de ce travail, les indicateurs caractérisant notre système de santé, sont les indicateurs qualité et gestion de risques. Pour renseigner la grille d'audit, je me suis donc appuyée sur ces indicateurs, qui vont donc me permettre d'observer l'efficience sur le terrain.

Parmi les indicateurs ayant retenus mon attention, je me suis basée sur les indicateurs suivants :

- Les indicateurs permettant d'évaluer la qualité et la sécurité des soins avec les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins* concernant les différentes filières de prise en charge et les différents flux de patients :
 - o Secteur Soins de Suite et de Réadaptation* (annexe 5) **[14]** ;
 - o Secteur Médecine – Chirurgie – Obstétrique* (annexe 3) **[12]** ;
 - o Secteur Hospitalisation A Domicile* (annexe 6) **[15]** ;
 - o Secteur MCO, parcours en chirurgie ambulatoire (annexe 4) **[13]** ;
- Les indicateurs de satisfaction des patients avec l'indicateur E-satis MCO 48+ pour les séjours en MCO d'une durée supérieure à 48h (annexe 7) **[11]** ;
- Les indicateurs proposés par le ministère avec l'Incitation Financière A la Qualité* (annexe 8) **[24]** ;

¹² Disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante

- Les indicateurs qualité et sécurité des soins plus spécifiques tels que le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins*, en prenant en compte le volet obligatoire (annexe 9) **[23]** ;
- Et enfin, un dernier indicateur tourné vers la formation des professionnels avec le DPC (annexe 10) **[22]**.

Chaque élément d'observation de la grille initiale a donc été couplé aux critères de ces indicateurs afin de renseigner cette grille¹³.

Pour observer les pratiques sur le terrain, 56 grilles d'audits patients traceurs ont été récupérées. Ces grilles d'audits sont issues d'un centre hospitalier de la région.

Ces audits patients traceurs ont été réalisés dans diverses filières de prise en charge et sur tout type de services (Hospitalisation De Jour*, Hospitalisation Complète*, Consultations, etc.).

2- Ce que le terrain nous apprend

Avant de commencer à analyser ces résultats, il est nécessaire de définir la méthode d'évaluation des résultats obtenus. Je me baserai pour cela sur la grille de cotation fournie par la HAS **[26]**.

Cette grille de cotation permet de définir les niveaux de maîtrise des critères relatifs aux différents indicateurs, par rapport aux résultats obtenus. Cette grille se présente de la manière suivante :

¹³ Cf. Annexe 1

Cotation :	
	Taux de conformité $\geq 90\%$
	$80\% \leq$ Taux de conformité $< 90\%$
	$60\% \leq$ Taux de conformité $< 80\%$
	$45\% \leq$ Taux de conformité $< 60\%$
	Taux de conformité $< 45\%$

Figure 9 : Grille de cotation des résultats

Concernant les données récoltées, les résultats vont être exploités par grandes étapes du parcours patient. Ils seront présentés sous la forme de graphiques de type Kiviati selon les sous-étapes. L'ensemble des résultats détaillés sont disponible en annexe 2.

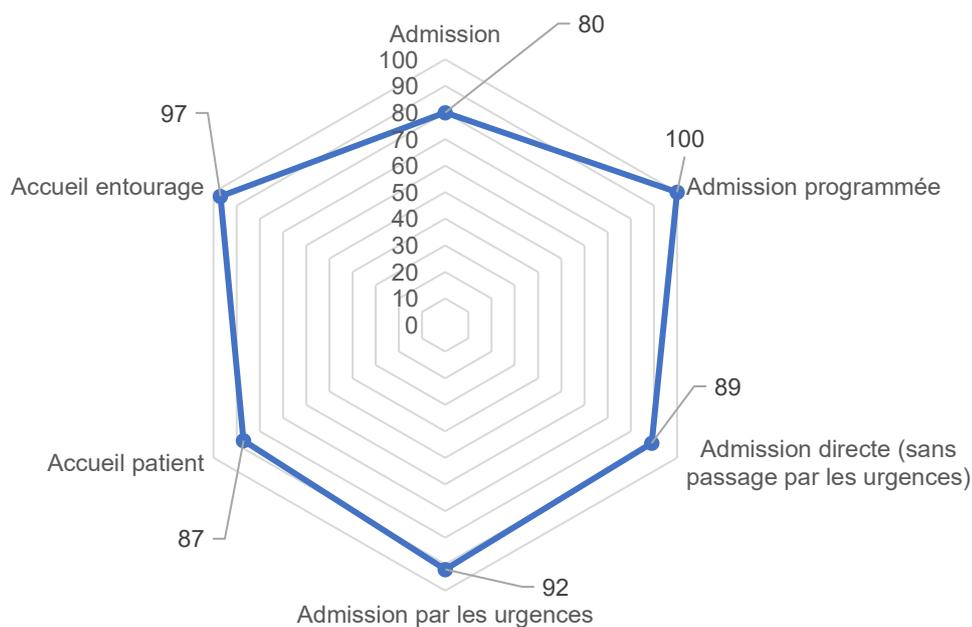
a- Admission et accueil du patient et de son entourage

L'étape de l'admission et de l'accueil du patient et de son entourage comprend les sous-étapes suivantes :

- L'admission ;
- L'admission programmée ;
- L'admission directe (sans passage par les urgences) ;
- L'admission par les urgences ;
- L'accueil du patient ;
- L'accueil de l'entourage.

À la suite de l'analyse des résultats des audits patients traceurs, on obtient les résultats suivants :

Admission et accueil du patient et de son entourage



D'après la grille de cotation de la HAS, l'ensemble des sous-étapes sont jugées satisfaisantes puisque les résultats sont compris entre 80 et 100% d'acquisition des critères.

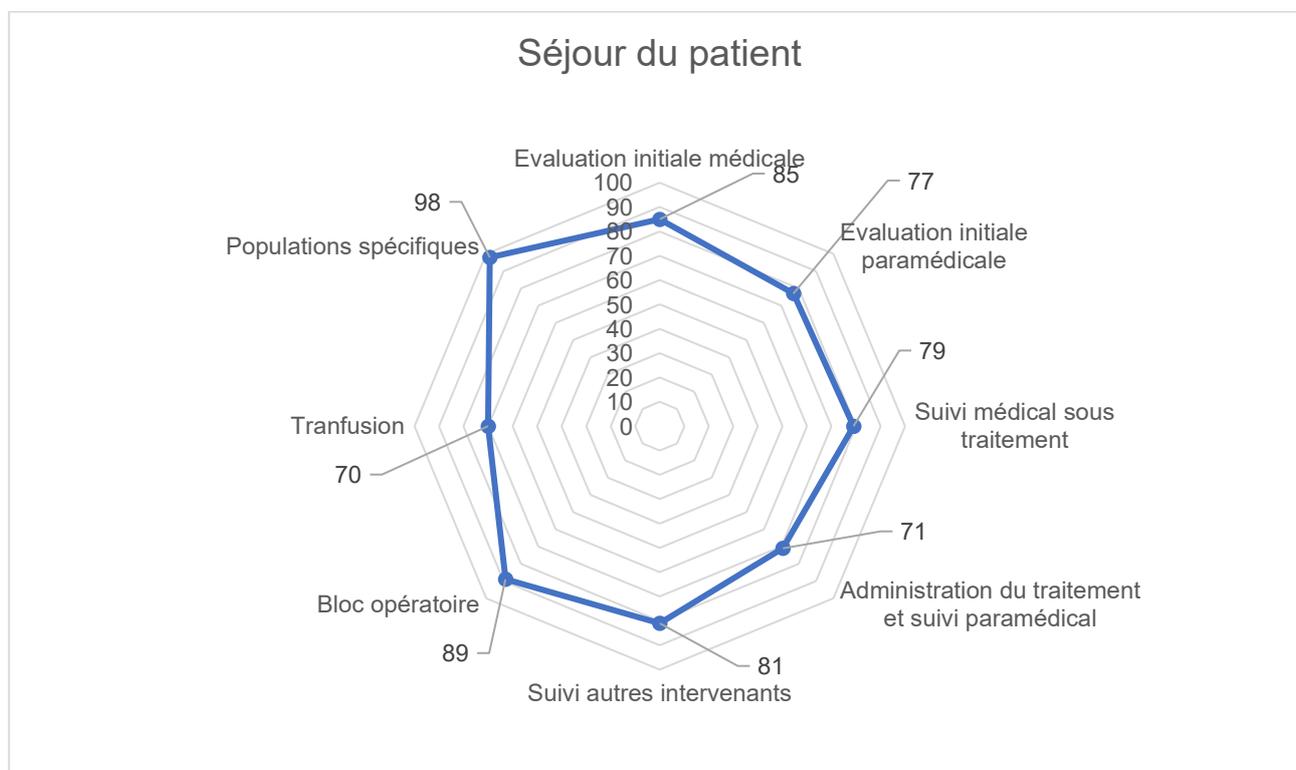
Les résultats obtenus étant donc tous supérieurs ou égaux à 80%, cette étape peut être considérée comme maîtrisée et le respect des indicateurs relatifs à cette thématique permet donc de confirmer l'efficacité des pratiques relatives à l'admission et l'accueil du patient et de son entourage au sein de l'établissement.

b- Séjour du patient

Le séjour du patient concerne les sous-étapes suivantes :

- L'évaluation initiale médicale ;
- L'évaluation initiale paramédicale ;
- Le suivi médical sous traitement ;
- L'administration du traitement et le suivi paramédical ;
- Le suivi des autres intervenants ;
- Le passage au bloc opératoire ;
- La transfusion ;
- La prise en charge des populations dites spécifiques.

Cette étape, comprenant de nombreuses sous-étapes, a pu renseigner les résultats suivants :



L'efficience sur la qualité et la sécurité des soins relative à l'étape du séjour du patient est jugée moyennement satisfaisante (d'après la grille de cotation, entre 60% et 80%).

En moyenne, la transfusion de 3 patients sur 10 est jugée non maîtrisée. Ce sous-processus est d'autant plus jugé insatisfaisant que la sécurité transfusionnelle est mise en place depuis les années 90, notamment suite au scandale du sang contaminé.

L'administration du traitement et le suivi paramédical du traitement du patient, jugé non satisfaisant au même titre que la transfusion puisque 3 patients sur 10 présentent une administration et un suivi paramédical de leur traitement non maîtrisés.

Il s'agit d'un sous processus important car il constitue les barrières de sécurité dans la gestion des risques liée à la prise en charge médicamenteuse du patient. Il existe, de ce fait, de nombreuses actions mises en place dans ce but : les audits croisés du médicament, le volet obligatoire du CAQES, etc.

A ce même titre, le sous-processus du suivi médical sous traitement est jugé à la limite du satisfaisant (79%). Il ne peut être considéré comme maîtrisé, puisque les résultats sont inférieurs à 80%.

Il en est de même également pour l'évaluation initiale paramédicale, dont les résultats sont inférieurs à 80% (77%). Cette sous-étape est pourtant le point de départ de toute prise en charge des patients au sein des établissements.

Le reste des sous-étapes qui compose le séjour du patient sont, quant à eux, jugés satisfaisants puisque les résultats obtenus sont supérieurs à 80%.

c- Sortie du patient

La sortie du patient ne comportant pas de sous-étapes, la présentation des résultats sous forme de graphique ne présentait pas d'intérêt majeur.

L'analyse des résultats des audits patients traceurs a révélé que cette étape était acquise à hauteur de 89%. En d'autres termes, quasiment 9 sorties de patient sur 10 sont réalisées de manière efficiente, dans le respect des indicateurs relatifs à cette étape.

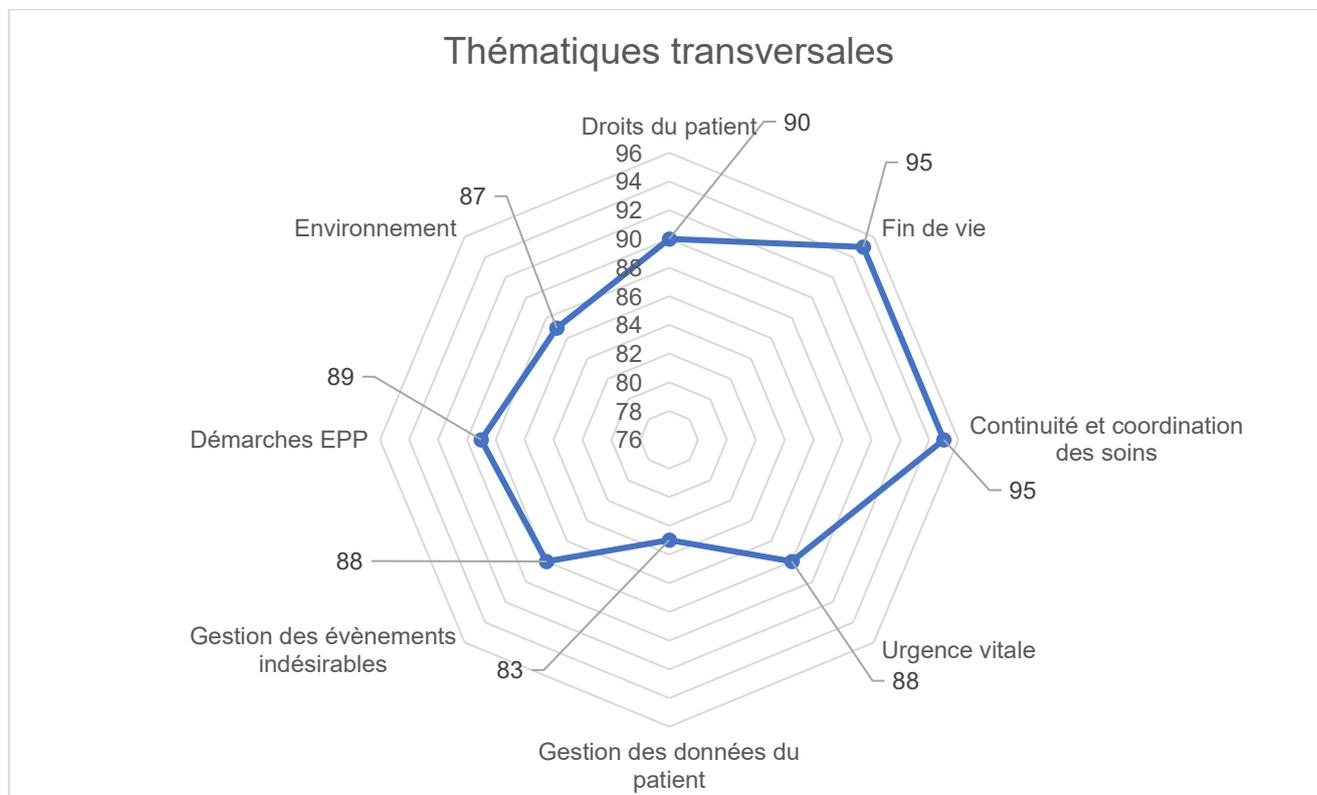
Les résultats satisfaisants obtenus concernant l'étape de la sortie du patient peuvent être justifiés en partie, par la mise en place de nombreux critères relatifs aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins et notamment dans les IQSS, les critères concernant la Qualité de la Lettre de Sortie*. Cette étape est étroitement liée à la thématique relative à la continuité et la coordination des soins lors de la sortie du patient vers un autre établissement.

d- Thématiques transversales

Pour la dernière étape, qui comprend donc l'ensemble des thématiques transversales du parcours du patient, nous allons retrouver les sous-étapes suivantes :

- Les droits du patient ;
- La fin de vie ;
- La continuité et la coordination des soins ;
- Les urgences vitales ;
- La gestion des données du patient ;

- La gestion des évènements indésirables ;
- Les démarches EPP ;
- L'environnement.



Sur la même base que pour l'étape d'accueil du patient, l'ensemble de ces sous-étapes a obtenu un score supérieur ou égal à 80% d'acquisition des critères et nous permet donc de le juger satisfaisant.

Puisque les résultats sont jugés satisfaisants et par lien de causes à effets, l'ensemble de ces thématiques transversales sont menées de façon efficiente par les professionnels.

e- Les résultats dans leur ensemble

Ces résultats obtenus ci-dessus sont présentés d'une manière brute et dans le cadre de ce travail ne permettent pas de faire le lien direct et objectif avec le management qualité et sécurité des soins.

Pour reprendre ce principe de management, les résultats obtenus lors de ces audits sont donc implémentés dans les différentes étapes du parcours du patient. Cela permet de pouvoir analyser les indicateurs qualité et gestion des risques au travers des différentes étapes de ce parcours.

Pour intégrer ces résultats d'audits dans le parcours du patient, il faut avant tout le placer au sein du processus de management qualité et gestions des risques, puisque ce dernier se base sur l'ensemble du parcours du patient au sein de l'établissement :

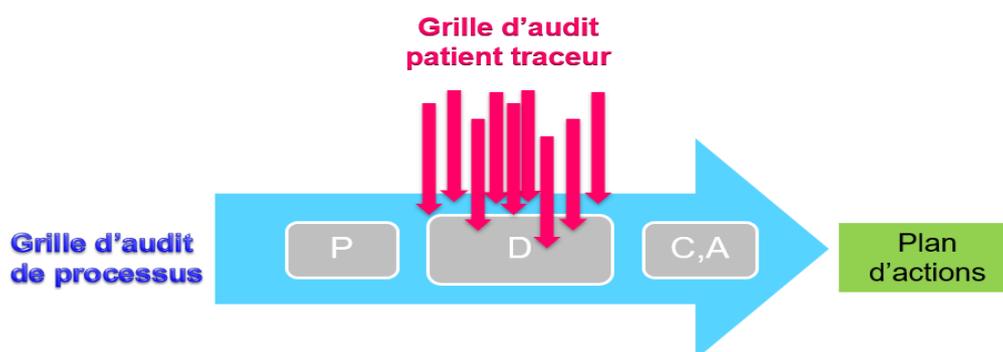


Figure 10 : La grille d'audit patient traceur au sein du processus

L'audit patient traceur se place donc dans l'étape « D » puisqu'en effet, il s'agit de mettre en œuvre les actions prévues dans le programme qualité et gestion des risques. Les résultats obtenus à la suite de cet audit permettront donc de vérifier que les actions mises en œuvre sont conformes aux attendus.

Par attendus, on sous-entend donc le respect des axes définis dans la politique de l'établissement mais aussi le respect des indicateurs qualité et sécurité des soins proposés par les autorités de santé. C'est ce respect des indicateurs qui va donc nous permettre ici de dire si l'établissement est efficient dans ses pratiques.

Toujours sur le même principe de replacer ces résultats dans le parcours patient, il est donc idéal de présenter le résultat final sous la forme du parcours du patient comme ci-dessous :



Cette présentation des résultats sous cette forme permet également de communiquer auprès des équipes. Il s'agit d'un des principes fondamentaux de l'audit patient traceur : la communication. Un débrief est réalisé directement auprès des équipes ayant participé à l'audit. Il est important de ne pas négliger la communication plus tardive pour garder à l'esprit les différents éléments relevés, tant d'un point de vue positif que d'un point de vue à améliorer.

D'après les résultats obtenus lors des audits patients traceurs récoltés, on observe que certaines thématiques du parcours n'ont pas obtenus des résultats satisfaisants pour jugées la thématique comme maîtrisée :

- L'identification du patient ;
- La nutrition ;
- La prise en charge médicamenteuse ;
- Et l'éducation thérapeutique.

La grille d'audit patient traceur, telle que présentée par la HAS, présente l'avantage d'avoir des colonnes dédiées à la prise de notes, tant sur les points positifs observés et que les axes d'amélioration conseillés.

Concernant les thématiques ci-dessus, jugées comme non-maîtrisées, les axes d'amélioration étaient les suivants :

- L'identification du patient :
 - Absence du bracelet d'identification ;
 - Absence de traçabilité ;
 - Echange de dossiers entre deux patients.

- La nutrition :
 - Les constantes relatives à la nutrition ne sont pas tracées ;
 - Le repérage des troubles de la déglutition et les informations relatives à l'alimentation sont manquants et/ou peu clairs ;
 - L'impossibilité de pesée du patient n'est pas tracée.

- La prise en charge médicamenteuse :
 - Absence de traçabilité de l'information donnée ;
 - Retranscription des prescriptions médicales ;
 - Absence d'information sur l'arrivée du patient avec son traitement personnel ;
 - Absence de vérification et de traçabilité lors de l'administration des traitements.

- L'éducation thérapeutique :
 - Absence de traçabilité des actions éducatives et de l'information au patient ;
 - Les programmes d'éducation thérapeutiques ne sont pas formalisés.

Globalement, dans les axes d'amélioration, on observe principalement un manque de traçabilité et de renseignements sur l'effectivité des actes réalisés auprès du patient. Ces défauts de traçabilité sont des preuves de manquements d'efficience dans les pratiques des professionnels ; d'un point de vue concret, le fait de ne pas tracer les actes réalisés peut conduire à la répétition de ces actes et donc un défaut d'efficience.

3- Pour conclure

La réalisation de ces audits patients traceurs permet d'obtenir de nombreux résultats sur les différentes étapes du parcours et l'idée de les replacer dans les diverses thématiques du parcours permettent donc d'observer les thématiques à risques, où l'établissement doit davantage s'améliorer afin de respecter la qualité et la sécurité des soins.

L'idée est également de pouvoir relier ces résultats au principe d'efficience, demandé et observé par les autorités de santé.

Pour justifier de l'efficience dans les pratiques de l'établissement, il est nécessaire que ce dernier respecte donc les recommandations de bonnes pratiques, reprises dans les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En implémentant ces indicateurs directement dans la grille de l'audit patient traceur, on observe directement les étapes et les sous-étapes où l'établissement présente des difficultés dans la maîtrise de ces étapes, et de la même manière où les professionnels ne sont pas efficaces dans leurs pratiques.

Il est à noter que certaines sous-étapes, présentant des résultats jugés insatisfaisants d'après la grille de cotation de la HAS, ne correspondent pas aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins. L'identitovigilance en est l'exemple concret puisque parmi les indicateurs retenus pour renseigner la grille d'audit patient traceur, aucun de ces indicateurs n'étaient focalisés précisément sur la sécurité au regard de l'identité du patient.

Dans le cadre du déploiement de la stratégie Ma Santé 2022 et la volonté d'accentuer la présence du numérique dans le système de santé français, l'ARS a donc lancé un nouveau projet, actuellement en phase de test notamment dans la région des Hauts-De-France, appelé PREDICE.

Ce projet comporte diverses actions et parmi elles, nous retrouvons entre autres la mise à disposition, pour les usagers, de programmes d'éducation thérapeutique à domicile mais aussi des actions dédiées à la thématique de l'identitovigilance. Cette dernière fait partie des 13 thématiques identifiées pour constituer le socle commun métier et organisationnel de ce projet PREDICE.**[35]** :

Il ressort donc une volonté de la part des autorités de santé en France de proposer un large choix d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins à destination des professionnels et des établissements de santé. Ce panel d'indicateurs se complète progressivement, à partir des observations faites, notamment lors des recueils d'indicateurs (IQSS, certification HAS, compte qualité, etc.).

Ces observations indiquent également les zones de difficultés et permettent donc de proposer des projets et des accompagnements des établissements afin de les aider à pallier les difficultés rencontrées sur le terrain, toujours dans une vision d'efficience des pratiques professionnelles et de qualité et de sécurité des soins offerts aux patients.

Pour revenir au principe d'efficience, l'analyse de ces résultats permet d'observer le lien possible entre cette notion et le respect des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Les thématiques correspondant à de nombreux critères présents dans les indicateurs, il est donc possible pour un établissement d'observer s'il est efficient dans ses pratiques en pratiquant l'audit patient traceur.

IV- Et après ? J'anticipe la suite.

Après avoir pu confronter la littérature et la réalité sur le terrain en termes de management qualité et gestion des risques et d'efficience au sein des établissements de santé, il est important de continuer et de terminer ce travail sur la suite à donner, c'est-à-dire, les perspectives, les impacts et les freins.

Ces perspectives, ces impacts et ces freins peuvent donc être abordés de différents points de vue : d'un point de vue participatif, organisationnel, financier et/ou réglementaire.

1- Les suites pour les différents participants

Depuis quelques années, la qualité et la sécurité des soins sont une des priorités des politiques. La stratégie, nommée Ma Santé 2022, proposée en 2018 prend justement en compte la qualité et la sécurité des soins comme axe et levier majeur de la transformation du système de santé en France.

Ce système de soin est en permanente transformation, notamment par rapport aux attentes de plus en plus nombreuses de la part des populations et des patients, mais aussi de la part des politiques et des autorités de santé, dans un but ultime d'amélioration continue des soins dispensés aux patients.

Les patients représentent l'axe prioritaire des autorités de santé et notamment leur implication dans l'évaluation et dans la transformation du système de soins.

Ils sont dorénavant plus acteur de leur santé qu'ils ne l'ont jamais été puisqu'un des axes majeurs de travail de la HAS est de renforcer la prise en compte du point de vue du patient. Il s'agissait déjà de ce cas avec la mise en place des audits patients traceurs. Mais au-delà d'élargir les audits patients traceurs lors des visites de certification, la HAS souhaite désormais renforcer la mesure de la qualité et donc de la satisfaction du patient, et de son expérience. Pour cela, la HAS va étendre le dispositif e-satis, actuellement destiné aux séjours en MCO de plus de 48 heures vers les services de SSR et de HAD.

Le projet stratégique de la HAS 2019-2022 met donc l'accent sur le « renforcement de la mesure de la qualité auprès des patients » dans le but d'inscrire cette priorité de l'engagement des usagers. L'amélioration de la qualité ne peut se faire sans la participation des principaux acteurs concernés.

Et toujours dans le même but, la HAS a décidé de renforcer également l'implication du patient dans la sécurité des soins au travers du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe*. Ce programme a pour but d'unir les acteurs de soins dans un but de réduire les incidents liés aux soins (Evènement Indésirable Associé aux Soins*). Le fait d'associer le patient à ce programme sera un réel atout dans l'identification des risques et le cas échéant, dans l'annonce faite au patient à la suite d'un EIAS. **[28] [29]**

Les autres acteurs intervenant dans ce processus de soins sont les professionnels de santé. Ils sont également les premiers concernés par les transformations du système de santé. Et d'un point de vue de l'audit patient traceur, cet outil leur est directement dédié.

Cet outil permet en effet d'évaluer d'une manière rétrospective leurs pratiques et ils sont directement impliqués dans cette démarche d'audit. Leur implication concrète dans cette démarche favorise l'adhésion de ces derniers aux actions d'amélioration de la qualité. La qualité leur paraît donc plus concrète et l'ensemble des actions d'amélioration leur apparaît utile dans leur quotidien puisque l'audit patient traceur est un outil « pratico-pratique ».

Les professionnels de santé se sentent donc touchés puisque l'objectif de la démarche est clair pour eux : améliorer la prise en charge et la sécurité du patient.

Et cette volonté d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et gestion des risques s'observe d'autant plus avec les nouvelles politiques de santé et avec notamment la mise en avant de la CME dans le pilotage stratégique et l'intervention de la Commission Technique d'Etablissement* dans la mise en place de la politique qualité au sein des établissements.

L'audit patient traceur permet donc une prise de conscience médicale et paramédicale des enjeux du patient traceur et de son impact sur la qualité et la sécurité du parcours de soins du patient et permet également aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques. Ils sont valorisés lors de la mise en lumière de points forts et ils se sentent également impliqués puisque les résultats de ces audits leurs sont communiqués directement. **[19]**

Pour faire le rapprochement avec le principe d'amélioration continue de la qualité et le système décrit par Deming, l'audit patient traceur permet aux professionnels de santé une capitalisation de leurs pratiques : la possibilité pour eux de mettre en lumière les points positifs mais également d'observer les points de divergences et de défaillances par rapport aux indicateurs leur permet d'apprendre de leurs erreurs. Cette notion de capitalisation est un des grands axes de la partie « A » de la roue de Deming puisqu'après avoir mis en œuvre et évalué, il est important de réajuster ses pratiques.

2- Les nouvelles organisations

Pour les suites organisationnelles de l'audit patient traceur et d'une manière plus générale, du management de la qualité et de la gestion des risques, il est intéressant de se pencher davantage sur les suites à donner avec les réorganisations, notamment des parcours de soins.

Dans la stratégie Ma Santé 2022, un item entier y est dédié (« Organisation territoriale »). Cet item reprend la volonté de décroïsonner l'organisation des soins et de réorganiser l'articulation entre les différents acteurs et les différents services de soins (médecine de ville, médico-social, hôpitaux et cliniques, etc.).

Cette réorganisation a déjà commencé avec la mise en place récente des Groupements Hospitalier de Territoire*. Le principe général de ces GHT est de regrouper plusieurs établissements d'un même territoire afin de mieux coordonner les pratiques et de redéfinir les parcours de soins des patients. Il s'agit donc d'un nouveau moyen de gérer les risques couramment observés au niveau des interfaces entre les différents établissements et avec les différents acteurs.

Le plan Ma Santé 2022 souhaite également accompagner les établissements dans la réforme de l'offre de soins proposée aux patients. Aujourd'hui, certains établissements sont prédestinés à prendre en charge des patients comme des personnes âgées ou présentant des pathologies telles que des maladies chroniques alors que d'autres établissements sont destinés à des soins techniques et spécialisés.

Le but de cette stratégie est donc de réorganiser ces offres de soins sous 3 niveaux :

- Les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation, etc.) ;
- Les soins spécialisés (chirurgie, maternité, etc.) ;
- Et les soins ultraspecialisés (greffes, maladies rares, etc.).

L'intérêt de redéfinir ces offres de soins est de pouvoir orienter les patients vers les soins qui correspondent le mieux à leurs besoins et à leur état de santé, tout en garantissant une qualité et une sécurité des soins proposés.

Pour coordonner l'ensemble de ces soins, cette nouvelle organisation va donc s'appuyer fortement sur les GHT actuellement mis en place. Les patients seront ainsi orientés vers d'autres établissements, qui pourront répondre à leurs besoins et qui auront le volume d'activité suffisant pour proposer des soins répondant aux normes de qualité et de gestion de risques.

Les GHT devront donc, eux aussi, être amenés à évoluer pour répondre à cette nouvelle demande. Le projet médical sera davantage mis en avant, le fonctionnement sera simplifié et les liens entre l'ensemble des professionnels seront renforcés. **[30]**

C'est donc dans cet optique que l'audit patient traceur prendra tout son sens puisqu'à terme, on peut espérer que ce dernier soit applicable aux parcours de soins inter-établissements afin d'observer justement cette coordination et cette continuité des soins entre les établissements et entre les différents acteurs, tout en gardant cette vision « patient ».

Il existe peut-être ici un frein dans cette idée de pouvoir appliquer l'audit patient traceur actuel à un parcours de soins au sein d'un GHT puisque même si cet audit présente de nombreux avantages, il présente néanmoins quelques limites, telles que le fait qu'il soit un outil chronophage (en effet, il est nécessaire de compter une moyenne de 2h30 par audit). Il sera également nécessaire de retravailler la grille d'audit actuelle puisque cette dernière est construite pour suivre les étapes du parcours du patient mais en ne se basant que sur « un seul parcours » avec une seule entrée et une seule sortie ; ce qui ne sera plus le cas avec les parcours de soins intra-GHT. **[19]**

3- Les nouveaux aspects financiers

La stratégie Ma Santé 2022 prévoit également de transformer et de réorganiser le modèle de financement des établissements de santé. En septembre 2018, lors de la présentation de cette stratégie, les modalités concernant l'IFAQ pour l'année 2019 ont été présentées.

Pour rappel, l'IFAQ est déployée d'une manière générale depuis 2016 pour tous les établissements MCO et SSR, puis étendue depuis 2017 aux établissements d'HAD. Il a pour objectif, suite à une évaluation de la qualité des établissements à l'aide de recueil d'indicateurs nationaux, de valoriser financièrement les résultats de cette évaluation. **[32]**

Lors de cette présentation en septembre, il a été noté une augmentation significative des dotations allouées aux IFAQ pour l'année 2019, passant de 60 à 300 millions d'euros. En effet, le projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale* intègre dès à présent certaines des mesures de la stratégie de 2022.

Ces mesures, relatives à la qualité des soins, concernent notamment :

- La revalorisation de l'enveloppe allouée au financement hospitalier à la qualité (d'où cette augmentation des dotations) et la simplification des indicateurs pris en compte ;
- La création d'un financement au forfait pour la prise en charge hospitalière du diabète et de l'insuffisance rénale chronique ;
- Le lancement de la révision de la nomenclature des actes médicaux pour prendre en compte la qualité et la pertinence.

Une nouvelle notion apparaît également dans ce projet de loi qui concerne la mise en place d'une pénalité financière à la non-qualité dans les établissements de santé. Cette nouvelle notion est d'autant plus surprenante pour les établissements, puisque les principes de l'IFAQ concernent justement la non-sanction financière des établissements de santé.

Mais en quoi consiste cette sanction financière ?

Le Gouvernement expose donc cette possibilité « d'appliquer une pénalité aux établissements dont les résultats n'atteignent pas [pendant trois années consécutives] un seuil minimum pour certains des critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ».

Cette pénalité financière serait applicable dès 2020, avec cependant, certaines limites : elle concernerait des résultats « considérés comme inacceptables sur des critères de non-qualité ». Avant que cette pénalité ne soit effective, le directeur serait d'abord notifié par une mise en demeure de l'établissement. Un plafonnement de cette pénalité est également proposé à hauteur de 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

[31]

La mise en œuvre de cette pénalité financière et a contrario, la possibilité pour les établissements de se voir octroyer une dotation quant à leur niveau de qualité et de sécurité des soins sont des mesures qui ne peuvent donc qu'inciter davantage les établissements à continuer le déploiement de leur management par la qualité et la gestion des risques dans leur stratégie.

4- Les impacts réglementaires

Pour terminer sur cette dernière partie consacrée aux suites à donner dans le cadre de ce travail, une dernière perspective peut être abordée, celle des impacts de la réglementation.

L'audit patient traceur est donc un outil mis en avant par la HAS dans le cadre de la démarche de certification des établissements. Il s'agit d'un incontournable de la visite de certification puisqu'il constitue un élément d'investigation obligatoire.

La démarche de certification des établissements est une obligation depuis 1996 et cette procédure de certification est régie par des textes réglementaires¹⁴. La nouvelle version V2020 de la certification qui va être prochainement déployée s'adapte aux politiques actuelles et aux innovations concernant le système de santé.

Cette nouvelle version a donc plusieurs enjeux tels que :

- Promouvoir l'engagement du patient (le patient est réellement acteur de sa prise en charge) ;
- Développer la culture de la pertinence et du résultat (dans le but d'être efficace dans nos pratiques) ;

¹⁴ Articles L. 6113-3 et suivants du CSP et articles L.161-37 4° et R.161-74 du code de la sécurité sociale

- Renforcer le travail en équipe, qui est le moteur de l'amélioration des pratiques ;
- Et donc de s'adapter aux évolutions de la santé, parmi lesquelles les GHT, les nouvelles technologies, la stratégie Ma Santé 2022, et d'autres encore.

Pour répondre à ces enjeux, la HAS mise d'autant plus sur l'audit patient traceur, outil permettant justement de pouvoir répondre globalement à l'ensemble de ces enjeux.

L'audit patient traceur, en tant que tel, n'est pas une obligation légale pure, mais étant obligatoirement investigué lors des visites de certification, elles-mêmes obligatoires dans le processus d'accréditation des établissements de santé en France, cet outil est donc plus ou moins une obligation de mise en œuvre par les établissements.

Il n'en résulte néanmoins qu'aucune réglementation n'encadre réellement cette obligation d'audit des parcours de soins à l'aide du patient traceur et il n'y a également aucune information quant aux modalités à mettre en œuvre, à savoir la fréquence, les services à investiguer, les suites à donner à ces audits.

Le système de soins, comme nous venons de le voir, est donc en perpétuel changement. Les évolutions dans le domaine de la santé étant nombreuses, il est indispensable pour chaque acteur, tant les politiques, que les autorités de santé ou les professionnels intervenant dans chaque établissement, de s'adapter, de s'informer et de s'investir dans ce mouvement. Cette amélioration en continue de notre système de soins permet à tous d'offrir à chaque patient pris en charge les meilleurs soins en toute sécurité.

Conclusion

Ce travail de fin d'études, dont l'objectif initial est d'analyser l'audit patient traceur depuis la démarche proposée par la HAS jusqu'aux résultats obtenus, a donc permis d'observer la réalité du terrain.

Le travail de recherche littéraire a démontré que la qualité et la gestion des risques est un des axes prioritaires sur lequel travaillent les autorités de santé mais aussi sur lequel les politiques s'appuient.

Avec la conjoncture actuelle, ces derniers cherchent donc à créer une réelle passerelle entre le management par la qualité et la gestion des risques et le financement des établissements de santé en France **[25]**.

L'intérêt de lier la qualité et la gestion des risques aux textes réglementaires et à la politique de santé permet également aux établissements de s'investir davantage dans le déploiement d'une politique et d'un système de management de la qualité et de la gestion des risques.

C'est dans cette dynamique qu'au début de l'année 2018, la stratégie Ma Santé 2022 a été présentée. Cette stratégie a pour objectif entre autres, de faire de la qualité et de la pertinence des soins, le fil conducteur de la transformation du système de soin actuel. Par cette stratégie, l'Etat souhaite améliorer les parcours de soins des patients dans le but d'améliorer la continuité et la coordination des soins entre les différents acteurs du parcours.

Pour encourager les établissements à participer pleinement à cette stratégie, une révision complète du système de financement des établissements est mise en place en proposant notamment des primes à la qualité. **[27]**

Les primes à la qualité sont déjà des systèmes connus par les établissements, notamment avec l'IFAQ. Les établissements vont également connaître une nouveauté, qui repose maintenant sur les pénalités financières quant à la qualité et à la gestion des risques.

Ces primes qualités ainsi que les pénalités sont des arguments primordiaux pour les établissements dans leur quête d'efficience. Pour cela, il leur est donc indispensable de s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques ainsi que les indicateurs à suivre, proposés par les autorités de santé.

Ces derniers sont créés à la fois pour assurer une qualité et une sécurité des soins aux patients lors de leur passage dans les établissements, mais ils permettent également aux établissements eux-mêmes de pouvoir se retrouver dans cet ensemble de réglementations et de directives imposées par les politiques.

L'audit patient traceur est donc un réel outil proposé par la HAS, permettant aux établissements d'évaluer d'une manière rétrospective l'ensemble des actes prodigués au patient tout au long de son parcours. Il permet également de confronter la satisfaction et le ressenti du patient directement face au ressenti des équipes professionnelles de soins.

Cet outil est donc un réel avantage pour les établissements et cela s'observe également par le réel engouement face à l'utilisation de cet outil : il était effectivement demandé lors des visites de certification HAS V2014 mais avec la nouvelle version qui est programmée en ce début d'année 2020, l'outil est davantage mis en avant puisqu'il sera un incontournable de cette nouvelle version de la certification.

Et comme vu avec la construction de la nouvelle grille d'audit patient traceur, complétée avec les indicateurs qualité, cet outil peut prétendre aider les établissements à observer si leur offre de soins est réalisée d'une manière efficiente ou non.

Le recueil des indicateurs et le respect des différents critères, compris dans ces indicateurs, ont été annoncé comme un des leviers d'efficience, proposés par les autorités de santé, dans les pratiques des établissements.

Au début de ce travail de fin d'études, plusieurs questions avaient été énoncées et ce mémoire m'a donc permis de pouvoir y répondre :

- Qu'en est-il de cet outil de management de la qualité et de la gestion des risques ?
- Avec le recul actuel entre la version de 2014 et celle de 2020, l'audit patient traceur répond-il aux ambitions des démarches de certification ?
- Est-il réellement un outil performant et efficient ?
- Puisque l'audit patient traceur permet d'observer la réalité des pratiques professionnelles et que l'on associe de plus en plus les professionnels de santé dans les démarches de certification, ces derniers se sont-ils bien appropriés cet outil ?

Les réglementations récentes et les recommandations de bonnes pratiques en termes de management qualité et gestion des risques, donnent de plus en plus d'importance aux rôles joués par les professionnels médicaux et paramédicaux dans ce management.

Ils participent ainsi aux décisions de pilotage stratégique de l'établissement avec notamment la constitution de la CME ; les outils qualité et gestions des risques les impliquent également davantage et les mettent au cœur des préoccupations avec des EPP et des outils où ils sont directement ciblés comme l'audit patient traceur.

Il reste cependant certaines zones « d'ombres » où il serait intéressant d'étudier la pratique sur le terrain :

Avec la stratégie Ma Santé 2022 et cette volonté de réorganiser les parcours de soins, en se basant notamment sur les GHT récemment construits, un réel travail et une implication de chacun des acteurs de ces parcours restent à fournir. Les interfaces entre chaque établissement et chaque acteur sont des zones à haut risque quant à la qualité et à la sécurité des soins prodigués.

L'audit patient traceur ayant donc fait ses preuves comme outil de management de la qualité et de la gestion des risques dans un parcours de soins dit classique, en est-il de même pour un parcours complexe ? Cet outil est-il applicable et facilement utilisable par les professionnels à l'échelle d'un GHT ?

Bibliographie

Sites internet :

- [1] Ministère des Solidarités et de la Santé. Réglementation – Recommandations
Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/article/reglementation-recommandations> (consulté le 04/07/2019)
- [2] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/efficience/27930> (consulté le 14/05/2019)
- [3] <https://www.ascefconsulting.org/efficacite-et-efficience-excellence-et-leadership/>
(consulté le 20/05/2019)
- [4] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/developpement_de_la_certification_v2020.pdf (consulté le 20/05/2019)
- [5] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2859685/fr/la-certification-v2020-ou-en-est-on
(consulté le 20/05/2019)
- [6] TNS – SOFRES. Rapport d'études – Partie 2. *Les médecins et la réforme du système de santé*. Mai 2012.
Disponible sur <https://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2012.07.05-fhf.pdf> (consulté le 03/07/2019)
- [7] Santé Publique. *Qualité des soins : définition*.
Disponible sur <https://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> (consulté le 04/07/2019)
- [8] EHESP. Dossier Documentaire. *Sécurité des soins en établissement sanitaire et médicosocial*. 25/04/2019.
Disponible sur <https://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/bibliographies-et-dossiers-documentaires/> (consulté le 29/07/2019)

[9] HAS. *Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique.*

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-12/parutionjo_procv2014.pdf (consulté le 29/07/2019)

[10] <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/article/reglementation-recommandations> (consulté le 29/07/2019)

[11] Questionnaire de satisfaction e-satis +48h MCO 2019 – version du 17/04/2018

Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-2019-e-satis-48h-mco-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-plus-de-48h

(Consulté le 21/08/2019)

[12] IQSS 2019 – Secteur MCO : Campagne de recueil des indicateurs de qualité et sécurité des soins. Version 28/03/2019.

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/grille_secteur_mco_2019.pdf (Consulté le 21/08/2019)

[13] IQSS 2019 – CA : Indicateur de processus en chirurgie ambulatoire. Version 01/2019.

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/grille_recueil_processus_ca_2019.pdf (Consulté le 21/08/2019)

[14] IQSS 2019 – secteur SSR : Campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en SSR. Version du 29/03/2019.

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/secteur_ssr_grille_2019.pdf (Consulté le 21/08/2019)

[15] IQSS 2019 – secteur HAD : Campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les structures d'hospitalisation à domicile. Version du 22/02/2019.

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/grille_dpa_had_2019.pdf (consulté le 21/08/2019)

[21] HAS. *Méthodes et modalités de DPC*.

Disponible sur http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf (Consulté le 28/07/2019)

[22] Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction N°DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 26 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-09/ste_20160009_0000_0093.pdf (consulté le 29/07/2019).

[23] Omedit Normandie. Guide méthodologique d'accompagnement à l'annexe du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) relative au volet obligatoire nommé « Rapport d'Etape Annuel 2018 ».

Disponible sur <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/13181/guide-methodologique-caques-volet-obligatoire-v2-2018.07.10.pdf> (consulté le 29/07/2019)

[24] Legifrance. Arrêté du 18 juin 2019 fixant les modalités de calcul de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L.162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats pour l'établissement de santé.

Disponible sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038660651>

(consulté le 29/07/2019)

[25] Ministère des affaires sociales et de la santé. Incitation financière à l'amélioration de la qualité – IFAQ.

Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq> (consulté le 29/07/2019).

[26] HAS. Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification V2014

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf (consulté le 29/07/2019)

[27] Ministère des solidarités et de la santé. Ma Santé 2022 : un engagement collectif.

Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/> (consulté le 01/08/2019)

[30] Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse. 18/09/2019.

Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf (consulté le 01/08/2019).

[32] HAS. L'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (ifaq). 12/07/2018.

Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_493937/fr/l-incitation-financiere-pour-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq (consulté le 02/08/2019).

[35] FHF Hauts-De-France. Numérique et Systèmes d'Information. 03/06/2019.

Disponible sur <https://extranet.fhf-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/06/Support-collectif-SI-MS-HDF-Arras-2019-06-03.pdf> (consulté le 09/09/2019)

Articles de revue :

[16] Les cahiers de recherche Crédoc. N°299. *Performance, efficacité, efficience : les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ?* Décembre 2012.

Disponible sur <https://www.credoc.fr/download/pdf/Rech/C299.pdf> (consulté le 14/05/2019)

[17] Bertillot, Hugo, « Efficience et qualité : quelle cohérence à l'échelle des établissements ? » in *Gestions hospitalières*, n°533, 2014, p.105

[18] Webzine de la HAS. *Le système de santé en quête d'efficience*. 27/11/2015

Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2573163/fr/le-systeme-de-sante-en-quete-d-efficience (consulté le 07/06/2019)

[19] Qualité-Sécurité. « L'audit patient traceur dynamise la participation des professionnels de soin à la qualité » in *Techniques hospitalières*, n°755, janvier-février 2016, p.37-41.

[28] Actusoins. *Renforcer la prise en compte du point de vue du patient : une priorité pour la HAS*. 11/12/2018.

Disponible sur <https://www.actusoins.com/307770/renforcer-la-prise-en-compte-du-point-de-vue-du-patient-une-priorite-pour-la-has.html> (consulté le 02/08/2019).

[29] Actusoins. *Pacte : s'engager pour réduire les incidents liés aux soins EIAS (événement indésirable associé aux soins)*.20/03/2018.

Disponible sur <https://www.actusoins.com/298481/pacte-sengager-pour-reduire-les-incident-lies-aux-soins.html> (consulté le 02/08/2019).

[31] Hospimédia. Une pénalité financière à la non-qualité sera appliquée à l'horizon 2020. 26/09/2018.

Disponible sur <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180926-plfss-2019-une-penalite-financiere-a-la-non> (consulté le 02/08/2019)

Livres :

[20] Philippon, S. (2017). *Le juste soin*. 160 p. – (SELI ARSLAN)

Cours :

[33] *Mise en place d'une démarche Qualité et de Gestion des Risques*. Cours dispensé dans le cadre du module « Séminaire » - Master 2 Management sectoriel, option management de la qualité, des risques et des flux.

[34] *Les principes de la gestion des risques*. Cours dispensé dans le cadre du module « Outils et méthodes de gestion des risques » - Master 1 Management sectoriel, option management de la qualité, des risques et des flux.

Annexes

Annexe 1 : Grille audit patient traceur complétée

Étapes	Sous-étapes	A investiguer ? Oui / non	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	OUI NON	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires	Critère IQSS MCO	Critère IQSS Ambu	Critère IQSS SSR	Critère IQSS HAD	e-satis	CAQES	IFAQ	DPC
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission		Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	14a E1-2	E											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission		Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	15aE2-2	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission		La confidentialité de l'entretien avec le patient à l'admission a été respectée	10cE2-1	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission programmée		La pré-admission de ce patient a été organisée. Sa prise en charge est pré-organisée : planification des examens et des consultations.	18aE2-1	E/P							TDP 1 TDP 2				
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission directe (sans passage par les urgences)		Son délai d'attente est compatible avec sa prise en charge	16aE2-3	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission par les urgences		Son délai d'attente est adapté/compatible avec sa prise en charge.	25aE3-1	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		Son accueil a été réalisé par une personne désignée.	16aE1-1	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes	16a E2-2 16a E3-1	E/P								1.3 1.9		X	
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		Si le patient appartient à une population spécifique, ses conditions d'accueil sont adaptées	16a E1-2 19a E1-1	E/P											Annexe 13 Annexe 16 Annexe 17
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		Le livret d'accueil a été remis au patient avec, lorsque présent, le livret spécifique du service.	16aE1-1	E/P								1.5		X	
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		Le patient a reçu une information concernant les conditions de sa prise en charge.	16aE2-1	E/P											
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient		À son arrivée, une vérification de son identité (identité du patient, bracelet d'identification, etc.) a été réalisée en lien avec les documents administratifs du patient (exemple : étiquettes, etc.).	15aE2-2	E/P											

Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil entourage		Les conditions d'accès de son entourage sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant), possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées, adaptation à la situation du patient (contrainte), etc.	10dE2-1	E/P							1.8		X	
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil entourage		En cas de situation grave, un accueil spécifique (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) a été organisé.	10dE2-2	E/P										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier médical : - les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ; - les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ; - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ;	14aE2-1	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière ;	14aE2-2	E						TDP 3				Annexe 11
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable ;	14aE2-1	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- les ordonnances du patient ;	14aE2-1	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le pharmacien d'officine ;	20abis E1-2	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ;	14aE2-1	E					TDP 6				X	
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le repérage des troubles suicidaires ;	19cE1-1	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ;	19bE1-1	E						DTN 1-3			X	
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;	14aE2-1	E					TDP 6.5				X	
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		La dimension somatique en santé mentale	17bE2-1	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfique/risque.	17aE2-3	E									X	
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les prescriptions d'examens complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées et conformes aux bonnes pratiques.	21aE2-2 22aE2-2	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les délais d'obtention de RDV et délais de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	21aE3-2 22aE3-2	E										
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Le traitement personnel du patient à l'admission est pris en compte.	20abisE1-2	E					TDP 6.3	TDP 10			X	
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les prescriptions médicamenteuses sont datées, signées (par un médecin habilité à prescrire) et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) -> IPAQSS. Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation).	20abis E2-1	E						TDP 10 TDP 12		Critères 36 à 38		

Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les ordonnances préétablies pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont préétablies.	20abisE1-3	E													
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont précisées	20abisE2-3	E						TDP 12							
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont tracées dans le dossier.	20aE1-3	E													
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		En cas de restriction de liberté, la décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale), et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont tracées.	10eE2-3	E													Annexe 8
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les prescriptions de surveillance sont tracées.	14aE2-1	E													
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		L'information du patient sur son traitement est réalisée et tracée.	20abisE2-4	E							2.1						X
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	23aE1-2	E/P													Annexe 9
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Si un besoin d'actions éducatives est identifié : - soit participation à un programme d'ETP autorisé ; - soit réalisation d'activités d'éducation ciblée (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences, etc.). Si programme d'ETP autorisé dans l'établissement : mise en place d'un projet d'ETP personnalisé. Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement : organisation mise en œuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme.	23aE2-1	E/P													Annexe 9
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Le patient et son entourage sont impliqués dans la construction du projet de soins personnalisé.	17aE2-4 11bE2-1	E/P						TDP 10 TDP 12							X
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		Le projet de soins personnalisé est élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés	17aE2-2	E						TDP 13							X
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale		L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	17aE2-1	E						TDP 6							
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		Sont tracés dans le dossier infirmier, dans une fiche de recueil des données ou une macro-cible : - les éléments de connaissance du patient (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes) ;	14aE2-1	E													
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		- l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient	11aE1-2	E/P							TDP 18						
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		- l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	11aE1-2	E/P							TDP 19						
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ;	17aE1-1	E/P													
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		- son traitement personnel, si applicable	14aE2-1	E/P													
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale		- la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ;	14aE2-1	E/P													

Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation,	20abisE1-3	E												X	Annexe 13
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	-si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ;	18aE1-2	E													Annexe 13
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- ses constantes à l'arrivée (poids, taille, pouls pression artérielle + constantes spécifiques du service) ;	14aE2-1	E												X	
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- l'évaluation de sa douleur ;	12aE2-3	E/P								2.19-20				X	
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- les besoins d'éducation thérapeutique sur sa prise en charge de la douleur ;	12aE2-2	E/P												X	
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	La planification du projet de soins	17aE2-2	E							TDP 10					X	
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont actualisées : les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont retrouvés dans le dossier.	17aE2-4	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les décisions sont prises au cours de réunions multi-professionnelles et/ou multidisciplinaires et sont tracées	18aE2-1	E								TDP 15					
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage et la traçabilité du suivi régulier du projet personnalisé de soins réalisée	17aE2-4	E								TDP 6					
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Le consentement du patient en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé	11bE1-1	E/P													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'efficacité du traitement est évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée.	17aE2-4	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles).	20abisE2-1	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est tracée.	8hE2-4	E													Critères 58 et 59
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est réalisée et tracée.	20abisE2-4	E/P								2.1				X	
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	La traçabilité de la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est effective.	15aE2-1	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est tracée.	11aE1-1	E/P								2.1				X	
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	La prescription de la contention est réévaluée toutes les 24 heures et une surveillance de la contention est programmée.	10eE2-4	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si un risque suicidaire est identifié pour ce patient, la coordination de la prise en charge est tracée.	17cE2-1	E													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est effective	12aE1-2	E								2.19-20				X	
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce patient, son projet personnalisé éducatif est tracé : -soit sous forme d'actions éducatives ciblées ; -soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé.	23aE2-1	E													Annexe 9

Séjour du patient	Suivi médical sous traitement		Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est tracée.	20abisE2-4	E/P													
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement		Les réunions de synthèse (staff, RCP) et les interventions d'autres intervenants sont tracées	18aE2-1	E													Critère 60
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement		Si le patient est en santé mentale, on retrouve dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation.	17bE2-2	E													
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Le support de traçabilité de l'administration est adapté.	20abisE2-5	E													Critère 39
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		On retrouve la date, l'heure et le nom de l'infirmière ayant administré le médicament.	20abisE2-5	E													Critère 39
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		L'aide à l'administration est tracée (si applicable).	20abisE1-4	E													Critère 39
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont tracés.	20abisE2-5	E													Critère 39
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est tracée.	15aE2-1	E													
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Les informations paramédicales, relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (transmissions entre les équipes ; nuit/jour), sont actualisées	14aE2-2	E													
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.	11aE1-1	E									2.1				X
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sont tracées.	23aE2-1	E													Annexe 9
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage.	19bE2-1	E/P													Annexe 9
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		L'éducation du patient à la prise de son traitement est tracée.	20abisE2-4	E													
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont réalisées et tracées.	12a E2-3	E/P						PCD_1 PCD_4			2.19-20				X
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Une grille d'évaluation de la douleur spécifique est utilisée si besoin	12aE2-5	E						PCD_2			2.19-20				X
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		Le besoin d'une éducation thérapeutique à la douleur est recherché et tracé.	12aE2-2	E/P													X Annexe 9
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical		La mise en place de l'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur, si besoin identifié, est tracée.	12aE2-5	E						PCD_3							X Annexe 9

Séjour du patient	Suivi autres intervenants		Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent : - la fiche inventaire ; - les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc. ; - les éléments de traçabilité des autres intervenants sont actualisés, notamment ceux issus : • du kinésithérapeute, • de la diététicienne, • de l'assistance sociale, • de l'ergothérapeute, • du psychologue, • de l'EMSP.	14aE2-2	E							TDP 8					
Séjour du patient	Bloc opératoire		Les éléments suivants sont tracés dans le dossier médical (DM), le dossier infirmier (DI) et le dossier chirurgical : - les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient ;	18aE1-4	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeune, hygiène, préparations spécifiques) et délivrance du traitement per os (prémédication) ;	26aE1-4	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- le consentement éclairé et l'information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	11bE1-1	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite pré-anesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie per opératoire), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes ;	14aE2-1	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil ;	26aE2-2	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	12aE2-2	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	12aE2-3 12aE2-4	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		- le dossier transfusionnel (si applicable) : informations et consentement du patient sur le risque transfusionnel pré- et postopératoire, produits sanguins administrés, carte de contrôle pré-transfusionnel ultime ;	8jE2-1	E					QLS 10_1					Critères 45 et 46	X	
Séjour du patient	Bloc opératoire		le compte-rendu opératoire et le CR d'anesthésie ;	14aE2-1	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		les DMI implantés et les actes	26aE2-3	E					QLS 10_1					Critères 40 à 42 Critères 45 et 46	X	
Séjour du patient	Bloc opératoire		la check-list sécurité patient	26aE2-2	E												Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		la fiche de liaison postopératoire ;	26aE1-4	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		les résultats des examens biologiques, radiologiques ou anapath (extemporanés).	14aE2-1	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		Vérifier avec les professionnels : les modalités d'organisation entre le bloc et les secteurs cliniques : avant et après l'intervention	26aE2-1	E												Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		Vérifier avec les professionnels : le suivi de l'information des familles pendant la phase opératoire ;	10dE2-2	E												
Séjour du patient	Bloc opératoire		Vérifier avec les professionnels : l'existence de réunions communes entre secteurs cliniques et bloc opératoire ;	26aE1-4	E												Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		Vérifier avec les professionnels : l'analyse et le traitement des EI entre le secteur et le bloc (RMM communes	28aE1-2	E												Annexe 12

Séjour du patient	Bloc opératoire		Évaluer avec les patients : la recherche effective du consentement éclairé, et l'existence d'une information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	11bE1-1	P														
Séjour du patient	Bloc opératoire		Évaluer avec les patients : les conditions de préparation préopératoire (information, identification, intimité)	10a	P														Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		Évaluer avec les patients : les conditions de brancardage (intimité, sécurité, confidentialité) ;	6eE2-2	P														Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		Évaluer avec les patients : les conditions d'accueil au bloc (identification, délai de prise en charge, surveillance) ;	16aE3-1	P														Annexe 12
Séjour du patient	Bloc opératoire		Évaluer avec les patients : es conditions de prise en charge en salle de réveil (intimité, confidentialité, douleur, confort).	16aE3_1	P														Annexe 12
Séjour du patient	Transfusion		L'information pré-transfusionnelle donnée au patient est tracée. Le consentement est tracé.	8jE2-1	E					QLS 10_1								Critères 45 et 46	X
Séjour du patient	Transfusion		Les examens sérologiques pré-transfusionnels ont été réalisés.	8jE2-1	E					QLS 10_1								Critères 45 et 46	X
Séjour du patient	Transfusion		On retrouve la prescription dans le dossier transfusionnel.	8jE2-1	E					QLS 10_1								Critères 45 et 46	X
Séjour du patient	Transfusion		La réalisation du contrôle ultime est tracée.	8jE2-1	E					QLS 10_1								Critères 45 et 46	X
Séjour du patient	Transfusion		Le suivi post-transfusionnel est tracé.	8jE2-1	E					QLS 10_1								Critères 45 et 46	X
Séjour du patient	Populations spécifiques		Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont mis en œuvre.	19aE1-1	E														Annexe 13 Annexe 16 Annexe 17
Séjour du patient	Populations spécifiques		Une formation/sensibilisation des professionnels a été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient.	19aE2-1	E														Annexe 8 Annexe 13 Annexe 16 Annexe 17
Séjour du patient	Populations spécifiques		Concernant ce patient : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	19aE2-2	E														Annexe 13 Annexe 16 Annexe 17
Sortie du patient			La sortie ou le transfert sont planifiés et organisés dès l'admission.	24E1-1	E														
Sortie du patient			Le projet de sortie associe le patient et son entourage, et tient compte du point de vue du patient et/ou de son entourage.	24E1-3	E/P									4.1					X
Sortie du patient			En cas de maladie chronique, de cancer, d'une appartenance à une population vulnérable, et lorsque le suivi est complexe, l'organisation de la sortie (ou du transfert) est réalisée en lien avec le médecin traitant, l'assistante sociale et les professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.).	24aE1-2	E														
Sortie du patient			Si applicable, l'évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance est réalisée. Si besoin, consultation assistante sociale.	24aE1-1	E														
Sortie du patient			Le médecin généraliste est informé pendant l'hospitalisation de la sortie du patient (si patient « sortant »).	24E1-2	E														Annexe 11
Sortie du patient			Le médecin traitant est informé sur le plan de soins prévu pour la poursuite du traitement en ambulatoire.	24aE2-1	E														Annexe 11
Sortie du patient			La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a été anticipée	24aE2-1	E														
Sortie du patient			L'information donnée au patient et/ou son entourage sur les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux) est tracée	24aE2-2	E					CA_P_25_1_1				4.2-9					X

Sortie du patient			Si patient-traceur est réalisé au moment de la sortie du patient : a minima, un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie, est réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge : indications thérapeutiques, de régime, de contre-indications de style de vie, ordonnance de sortie, consignes pour le patient sur la surveillance.	24aE2-2	E				QLS_1 QLS_2	QLS_1 CA_P_14_1	QLS_1			Critères 45 et 46	X	
Sortie du patient			Les consignes données au patient sont tracées (information du patient sur son traitement de sortie, consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.) et l'ordonnance remise au patient.	24aE1-3	E				QLS_3	QLS_3	QLS_3		4.2-9	Critères 45 et 46 Critères 47 à 49	X	
Sortie du patient			Les prescriptions sont conformes, datées, signées et lisibles prenant en compte le traitement personnel du patient.	20abisE2-1	E				QLS 13-2 QLS 13_3	CA_P_24 QLS_13_3	QLS 13_2 QLS 13_3			Critères 45 et 46 Critères 47 à 49	X	
Sortie du patient			Le CRH pour le médecin généraliste est adressé au plus tard dans les huit jours.	24aE2-3	E											
Sortie du patient			En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer, etc.), les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier.	14aE2-1	E				QLS_12					Critères 45 et 46	X	
Sortie du patient			Le patient est stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.	24aE1-1	E				QLS 10_2					Critères 45 et 46	X	
Sortie du patient			Un questionnaire de sortie est remis au patient	9bE2-1	E/P											
Thématique transversale	Droits du patient		Les besoins et attentes du patient et de son entourage ont été recherchés et pris en compte ; l'expression du patient et de ses proches a été favorisée.	10aE2-1	E/P								2.4 2.5		X	
Thématique transversale	Droits du patient		Le ressenti du patient sur les aspects liés à l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels ou l'information est positif.	10bE2-2	P								2.1-3 2.6-7 2.9-10		X	
Thématique transversale	Droits du patient		Des actions spécifiques pour ce patient visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) sont mises en place.	10aE2-3	E/P											Annexe 8 Annexe 9 Annexe 10 Annexe 13
Thématique transversale	Droits du patient		Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité du patient (rideaux, paravents, etc.).	10bE2-1	E/P								3.1-5		X	
Thématique transversale	Droits du patient		Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité du patient	10bE2-2	E/P								3.1-5		X	
Thématique transversale	Droits du patient		La confidentialité des informations relatives au patient (échange d'informations concernant le patient, etc.) est assurée.	10cE2-1	E/P											
Thématique transversale	Droits du patient		Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est tracée	19dE2-3	E/P								2.4 2.5		X	
Thématique transversale	Droits du patient		L'information en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier du patient	11cE2-3	E/P				QLS 10_1		QLS 10_3					
Thématique transversale	Fin de vie		Le patient est informé de ses droits et de sa maladie	13a E1-3	E/P											
Thématique transversale	Fin de vie		Les volontés du patient ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées).	13a E1-2	E/P											
Thématique transversale	Fin de vie		Des réunions de discussion pour ce patient sont mises en œuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le patient.	13a E2-4	E											
Thématique transversale	Fin de vie		Le projet pour le patient et ses proches est défini et tracé dans le dossier		E											

Thématique transversale	Fin de vie		L'accès aux associations et bénévoles a été facilité	13a E2-3	E/P												
Thématique transversale	Fin de vie		Une aide aux soignants du patient est proposée.	13a E2-4	E												
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		Le délai entre l'arrivée dans le service et l'évaluation initiale est adapté.	16aE2-3	P												
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		Les délais d'obtention de RDV et de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	18aE1-2	E												
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		L'information présente dans le dossier du patient permet la continuité des soins (coordination de la PEC et relais entre équipes).	14aE2-1	E												Annexe 11
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		La réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge du patient est tracée dans son dossier.	14aE2-1	E						TDP 15						
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un autre établissement : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient.	14aE2-1	E												Annexe 11
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		Il existe un ou plusieurs professionnels référents pour ce patient.	18aE2-3	E												
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24	18aE1-1	E												Annexe 14
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins		Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.	18aE2-2	E												Annexe 14
Thématique transversale	Urgence vitale		Dans le cas où le patient aurait été concerné par une urgence vitale : -le matériel était disponible et opérationnel ;	18bE2-2 18bE2-1	E												
Thématique transversale	Urgence vitale		Les professionnels ont été formés à la prise en charge des urgences vitales.	18bE2-3	E												
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Le patient et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier	15aE2-2	E												
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles.	14aE2-1	E												
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants	14aE1-1	E												Annexe 5
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour	14aE2-2	E												Annexe 5 Annexe 11
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles	14aE1-2	E												Annexe 5 Annexe 11
Thématique transversale	Gestion des données du patient		La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.	14aE2-2	E												Annexe 5 Annexe 11
Thématique transversale	Gestion des données du patient		L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier.	14aE1-2	E												Annexe 5
Thématique transversale	Gestion des données du patient		Le patient a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	14bE2-1	E/P												Annexe 5
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables		Si un EI a concerné ce patient : Cet événement a été signalé.	8fE2-1	E												Critères 25 à 30

Annexe 2 : Résultats des audits patients traceurs obtenus

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Résultats (%)	Résultats (nb de dossiers)
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission	Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	95	53/56
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission	Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	72	36/50
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission	La confidentialité de l'entretien avec le patient à l'admission a été respectée	73	32/44
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission programmée	La pré-admission de ce patient a été organisée. Sa prise en charge est pré-organisée : planification des examens et des consultations.	100	30/30
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission directe (sans passage par les urgences)	Son délai d'attente est compatible avec sa prise en charge	89	16/18
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission par les urgences	Son délai d'attente est adapté/compatible avec sa prise en charge.	92	22/24
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Son accueil a été réalisé par une personne désignée.	94	47/50
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes	96	47/49
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Si le patient appartient à une population spécifique, ses conditions d'accueil sont adaptées	93	14/15
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Le livret d'accueil a été remis au patient avec, lorsque présent, le livret spécifique du service.	60	28/47
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Le patient a reçu une information concernant les conditions de sa prise en charge.	94	44/47
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	À son arrivée, une vérification de son identité (identité du patient, bracelet d'identification, etc.) a été réalisée en lien avec les documents administratifs du patient (exemple : étiquettes, etc.).	82	42/51
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil entourage	Les conditions d'accès de son entourage sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant), possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées, adaptation à la situation du patient (contrainte), etc.	100	43/43
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil entourage	En cas de situation grave, un accueil spécifique (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) a été organisé.	94	15/16
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier médical : - les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ; - les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ; - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ;	94	48/51
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière ;	98	48/49
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable ;	97	32/33
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- les ordonnances du patient ;	64	23/36
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le pharmacien d'officine ;	26	5/19
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ;	94	47/50
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le repérage des troubles suicidaires ;	85	17/20
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ;	58	29/50
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;	90	44/49
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	La dimension somatique en santé mentale	100	4/4
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfique/risque.	92	47/51

Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions d'examens complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées et conformes aux bonnes pratiques.	81	30/37
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les délais d'obtention de RDV et délais de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	95	36/38
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Le traitement personnel du patient à l'admission est pris en compte.	100	40/40
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions médicamenteuses sont datées, signées (par un médecin habilité à prescrire) et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) -> IPAQSS. Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation).	71	35/49
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les ordonnances préétablies pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont préétablies.	94	17/18
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont précisées	68	21/31
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont tracées dans le dossier.	94	16/17
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	En cas de restriction de liberté, la décision de mise en oeuvre des mesures de limitation de liberté est motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale), et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont tracées.	100	8/8
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les prescriptions de surveillance sont tracées.	91	41/45
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	L'information du patient sur son traitement est réalisée et tracée.	35	17/48
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	89	24/27
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Si un besoin d'actions éducatives est identifié : - soit participation à un programme d'ETP autorisé ; - soit réalisation d'activités d'éducation ciblée (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences, etc.). Si programme d'ETP autorisé dans l'établissement : mise en place d'un projet d'ETP personnalisé. Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement : organisation mise en oeuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme.	100	16/16
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Le patient et son entourage sont impliqués dans la construction du projet de soins personnalisés.	92	44/48
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Le projet de soins personnalisés est élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés	92	45/49
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	100	51/51
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	Sont tracés dans le dossier infirmier, dans une fiche de recueil des données ou une macro-cible : - les éléments de connaissance du patient (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes) ;	88	44/50
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient)	63	32/51
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	82	45/55
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ;	81	29/36
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- son traitement personnel, si applicable	93	38/41
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ;	13	2/15
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation,	64	7/11
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	-si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ;	100	2/2

Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- ses constantes à l'arrivée (poids, taille, pouls pression artérielle + constantes spécifiques du service) ;	86	44/51
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- l'évaluation de sa douleur ;	85	45/53
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- les besoins d'éducation thérapeutique sur sa prise en charge de la douleur ;	67	4/6
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	La planification du projet de soins	96	45/47
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont actualisées : les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont retrouvés dans le dossier.	98	50/51
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les décisions sont prises au cours de réunions multiprofessionnelles et/ou multidisciplinaires et sont tracées	90	43/48
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage et la traçabilité du suivi régulier du projet personnalisé de soins réalisée	100	47/47
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Le consentement du patient en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé	53	8/15
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'efficacité du traitement est évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée.	100	51/51
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles).	97	37/38
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est tracée.	89	16/18
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est réalisée et tracée.	15	5/34
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	La traçabilité de la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est effective.	57	25/44
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	L'information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est tracée.	55	26/47
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	La prescription de la contention est réévaluée toutes les 24 heures et une surveillance de la contention est programmée.	89	8/9
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si un risque suicidaire est identifié pour ce patient, la coordination de la prise en charge est tracée.	100	6/6
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est effective	100	35/35
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce patient, son projet personnalisé éducatif est tracé : -soit sous forme d'actions éducatives ciblées ; -soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé.	59	10/17
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est tracée.	64	9/14
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les réunions de synthèse (staff, RCP) et les interventions d'autres intervenants sont tracées	83	38/46
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si le patient est en santé mentale, on retrouve dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation.	100	2/2
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Le support de traçabilité de l'administration est adapté.	92	47/51
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	On retrouve la date, l'heure et le nom de l'infirmière ayant administré le médicament.	63	32/51
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	L'aide à l'administration est tracée (si applicable).	53	9/17
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont tracés.	84	21/25
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est tracée.	49	23/47
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Les informations paramédicales, relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (transmissions entre les équipes ; nuit/jour), sont actualisées	100	54/54
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.	52	28/54

Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sont tracées.	47	8/17
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en oeuvre auprès du patient et de son entourage.	94	17/18
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	L'éducation du patient à la prise de son traitement est tracée.	50	7/14
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont réalisées et tracées.	85	44/52
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Une grille d'évaluation de la douleur spécifique est utilisée si besoin	92	44/48
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Le besoin d'une éducation thérapeutique à la douleur est recherché et tracé.	67	2/3
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	La mise en place de l'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur, si besoin identifié, est tracée.	NA	0/0
Séjour du patient	Suivi autres intervenants	Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent : - la fiche inventaire ; - les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc. ; - les éléments de traçabilité des autres intervenants sont actualisés, notamment ceux issus : • du kinésithérapeute, • de la diététicienne, • de l'assistance sociale, • de l'ergothérapeute, • du psychologue, • de l'EMSP.	81	34/42
Séjour du patient	Bloc opératoire	Les éléments suivants sont tracés dans le dossier médical (DM), le dossier infirmier (DI) et le dossier chirurgical : - les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient ;	100	18/18
Séjour du patient	Bloc opératoire	- la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeune, hygiène, préparations spécifiques) et délivrance du traitement per os (prémédication) ;	89	16/18
Séjour du patient	Bloc opératoire	- le consentement éclairé et l'information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	79	15/19
Séjour du patient	Bloc opératoire	- le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite pré-anesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie per opératoire), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes ;	94	16/17
Séjour du patient	Bloc opératoire	- la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil ;	86	12/14
Séjour du patient	Bloc opératoire	- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	78	14/18
Séjour du patient	Bloc opératoire	- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	78	14/18
Séjour du patient	Bloc opératoire	- le dossier transfusionnel (si applicable) : informations et consentement du patient sur le risque transfusionnel pré- et postopératoire, produits sanguins administrés, carte de contrôle pré-transfusionnel ultime ;	75	3/4
Séjour du patient	Bloc opératoire	le compte-rendu opératoire et le CR d'anesthésie ;	69	11/16
Séjour du patient	Bloc opératoire	les DMI implantés et les actes	100	9/9
Séjour du patient	Bloc opératoire	la check-list sécurité patient	83	15/18
Séjour du patient	Bloc opératoire	la fiche de liaison postopératoire ;	88	15/17
Séjour du patient	Bloc opératoire	les résultats des examens biologiques, radiologiques ou anapath (extemporanés).	92	11/12
Séjour du patient	Bloc opératoire	Vérifier avec les professionnels : les modalités d'organisation entre le bloc et les secteurs cliniques : avant et après l'intervention	100	17/17
Séjour du patient	Bloc opératoire	Vérifier avec les professionnels : le suivi de l'information des familles pendant la phase opératoire ;	94	16/17
Séjour du patient	Bloc opératoire	Vérifier avec les professionnels : l'existence de réunions communes entre secteurs cliniques et bloc opératoire ;	93	14/15
Séjour du patient	Bloc opératoire	Vérifier avec les professionnels : l'analyse et le traitement des EI entre le secteur et le bloc (RMM communes	79	11/14

Séjour du patient	Bloc opératoire	Évaluer avec les patients : la recherche effective du consentement éclairé, et l'existence d'une information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	89	17/19
Séjour du patient	Bloc opératoire	Évaluer avec les patients : les conditions de préparation préopératoire (information, identification, intimité)	100	16/16
Séjour du patient	Bloc opératoire	Évaluer avec les patients : les conditions de brancardage (intimité, sécurité, confidentialité) ;	94	15/16
Séjour du patient	Bloc opératoire	Évaluer avec les patients : les conditions d'accueil au bloc (identification, délai de prise en charge, surveillance) ;	100	14/14
Séjour du patient	Bloc opératoire	Évaluer avec les patients : es conditions de prise en charge en salle de réveil (intimité, confidentialité, douleur, confort).	92	11/12
Séjour du patient	Transfusion	L'information pré-transfusionnelle donnée au patient est tracée. Le consentement est tracé.	43	3/7
Séjour du patient	Transfusion	Les examens sérologiques pré-transfusionnels ont été réalisés.	67	4/6
Séjour du patient	Transfusion	On retrouve la prescription dans le dossier transfusionnel.	88	7/8
Séjour du patient	Transfusion	La réalisation du contrôle ultime est tracée.	50	4/8
Séjour du patient	Transfusion	Le suivi post-transfusionnel est tracé.	100	8/8
Séjour du patient	Populations spécifiques	Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont mis en oeuvre.	93	14/15
Séjour du patient	Populations spécifiques	Une formation/sensibilisation des professionnels a été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient.	100	16/16
Séjour du patient	Populations spécifiques	Concernant ce patient : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	100	14/14
Sortie du patient		La sortie ou le transfert sont planifiés et organisés dès l'admission.	88	30/34
Sortie du patient		Le projet de sortie associe le patient et son entourage, et tient compte du point de vue du patient et/ou de son entourage.	100	43/43
Sortie du patient		En cas de maladie chronique, de cancer, d'une appartenance à une population vulnérable, et lorsque le suivi est complexe, l'organisation de la sortie (ou du transfert) est réalisée en lien avec le médecin traitant, l'assistante sociale et les professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.).	95	20/21
Sortie du patient		Si applicable, l'évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance est réalisée. Si besoin, consultation assistante sociale.	100	16/16
Sortie du patient		Le médecin généraliste est informé pendant l'hospitalisation de la sortie du patient (si patient « sortant »).	28	9/32
Sortie du patient		Le médecin traitant est informé sur le plan de soins prévu pour la poursuite du traitement en ambulatoire.	91	30/33
Sortie du patient		La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a été anticipée	100	13/13
Sortie du patient		L'information donnée au patient et/ou son entourage sur les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux) est tracée	82	28/34
Sortie du patient		Si patient-traceur est réalisé au moment de la sortie du patient : a minima, un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie, est réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge : indications thérapeutiques, de régime, de contre-indications de style de vie, ordonnance de sortie, consignes pour le patient sur la surveillance.	89	17/19
Sortie du patient		Les consignes données au patient sont tracées (information du patient sur son traitement de sortie, consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.) et l'ordonnance remise au patient.	95	21/22
Sortie du patient		Les prescriptions sont conformes, datées, signées et lisibles prenant en compte le traitement personnel du patient.	100	14/14
Sortie du patient		Le CRH pour le médecin généraliste est adressé au plus tard dans les huit jours.	86	24/28
Sortie du patient		En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer, etc.), les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier.	100	16/16

Sortie du patient		Le patient est stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.	100	26/26
Sortie du patient		Un questionnaire de sortie est remis au patient	75	24/32
Thématique transversale	Droits du patient	Les besoins et attentes du patient et de son entourage ont été recherchés et pris en compte ; l'expression du patient et de ses proches a été favorisée.	100	47/47
Thématique transversale	Droits du patient	Le ressenti du patient sur les aspects liés à l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels ou l'information est positif.	98	50/51
Thématique transversale	Droits du patient	Des actions spécifiques pour ce patient visant la promotion de la bienveillance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) sont mises en place.	92	35/38
Thématique transversale	Droits du patient	Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité du patient (rideaux, paravents, etc.).	98	48/49
Thématique transversale	Droits du patient	Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité du patient	92	46/50
Thématique transversale	Droits du patient	La confidentialité des informations relatives au patient (échange d'informations concernant le patient, etc.) est assurée.	80	41/51
Thématique transversale	Droits du patient	Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est tracée	67	4/6
Thématique transversale	Droits du patient	L'information en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier du patient	91	10/11
Thématique transversale	Fin de vie	Le patient est informé de ses droits et de sa maladie	100	6/6
Thématique transversale	Fin de vie	Les volontés du patient ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées).	100	4/4
Thématique transversale	Fin de vie	Des réunions de discussion pour ce patient sont mises en oeuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le patient.	100	4/4
Thématique transversale	Fin de vie	Le projet pour le patient et ses proches est défini et tracé dans le dossier	100	2/2
Thématique transversale	Fin de vie	L'accès aux associations et bénévoles a été facilité	100	2/2
Thématique transversale	Fin de vie	Une aide aux soignants du patient est proposée.	67	2/3
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Le délai entre l'arrivée dans le service et l'évaluation initiale est adapté.	100	50/50
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Les délais d'obtention de RDV et de retour des résultats d'examen sont compatibles avec la prise en charge du patient.	93	43/46
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	L'information présente dans le dossier du patient permet la continuité des soins (coordination de la PEC et relais entre équipes).	100	50/50
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	La réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge du patient est tracée dans son dossier.	85	39/46
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un autre établissement : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient.	100	32/32
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Il existe un ou plusieurs professionnels référents pour ce patient.	87	47/54
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24	94	50/53
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.	100	42/42
Thématique transversale	Urgence vitale	Dans le cas où le patient aurait été concerné par une urgence vitale : - le matériel était disponible et opérationnel ;	97	31/32
Thématique transversale	Urgence vitale	Les professionnels ont été formés à la prise en charge des urgences vitales.	79	26/33
Thématique transversale	Gestion des données du patient	Le patient et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier	83	43/52
Thématique transversale	Gestion des données du patient	Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles.	58	30/52
Thématique transversale	Gestion des données du patient	Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants	92	48/52
Thématique transversale	Gestion des données du patient	Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour	92	48/52

Thématique transversale	Gestion des données du patient	Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles	100	48/48
Thématique transversale	Gestion des données du patient	La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.	98	51/52
Thématique transversale	Gestion des données du patient	L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier.	96	50/52
Thématique transversale	Gestion des données du patient	Le patient a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	45	21/47
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Si un EI a concerné ce patient : Cet événement a été signalé.	100	5/5
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Une analyse de cet événement a été réalisée	75	3/4
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Une action d'amélioration a été mise en place	75	3/4
Thématique transversale	Gestion des événements indésirables	Le patient a été informé en cas de dommage sur le patient et l'information donnée au patient et/ou à ses proches a été tracée.	100	3/3
Thématique transversale	Démarches EPP	Les professionnels sont impliqués dans des démarches d'EPP.	89	48/54
Thématique transversale	Environnement	L'information donnée au patient et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est réalisée et tracée.	75	9/12
Thématique transversale	Environnement	Les procédures et protocoles sont appliqués.	98	52/53

Annexe 3 : Grille de recueil IQSS MCO

Indicateur 1 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)		
QLS_1	Lettre de liaison à la sortie retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2	Lettre de liaison datée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2_1	Si Oui, noter cette date (JJ/MM/AAAA) ?	□□ / □□ / □□□□
Critères médico-administratifs		
QLS_3	Trace de la remise de la lettre de liaison au patient*	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_3_1	Si non, le patient a refusé de recevoir la lettre de liaison (refus tracé dans le dossier)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Les éléments médico-administratifs suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie :		
QLS_4	Identification* du médecin traitant dans la lettre de liaison *nom ET adresse - postale ou électronique.	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_4_1	Si non, indiquer la raison :	<input type="radio"/> 1. Refus du patient que soit adressé un courrier au médecin traitant <input type="radio"/> 2. Pas de médecin traitant déclaré <input type="radio"/> 3. Aucune de ces deux situations
QLS_5	Identification du patient dans la lettre de liaison	
QLS_5_1	Nom de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_2	Prénom	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_3	Date de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_4	Sexe	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_6	Date d'entrée et date de sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_7	Identification* du signataire de la lettre de liaison *Nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone. Signature électronique acceptée.	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Critères médicaux		
Les éléments médicaux suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie		
QLS_9	Le motif d'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

La synthèse médicale du séjour		
QLS_10_1	La synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour *	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
* Le cas échéant, mentionner un ou plusieurs des 4 éléments suivants s'ils sont présents dans le dossier du patient : événements indésirables associés aux soins, portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins/dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable. Ces informations seront vérifiées lors du contrôle qualité.		
QLS_10_2	La synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_12	Les résultats ou les conclusions d'actes techniques ou examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Mention d'absence d'acte/examen réalisé <input type="radio"/> 4. Mention de résultats en attente
Les traitements médicamenteux		
QLS_13_2	Traitements médicamenteux* de sortie *Ordonnance de sortie et/ou prescriptions conditionnelles d'antalgiques.	<input type="radio"/> 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées <input type="radio"/> 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée <input type="radio"/> 3. Aucune information
QLS_13_3	Si Oui à QLS_13-2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux* de sortie : * A rechercher sur la lettre de liaison.	
QLS_13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_4	Durée du traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_4	Mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non <input type="radio"/> 3. Non car patient sans traitement habituel
QLS_14	Information sur la planification des soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_unique	La lettre de liaison est un document unique (hors annexe) Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Indicateur 2 : Evaluation et Prise en charge de la douleur (PCD)		
Au cours du séjour analysé et dans le dossier du patient		
PCD_1	Au moins une évaluation de la douleur est tracée	<input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées) <input type="radio"/> 2. Sans échelle <input type="radio"/> 3. Aucune évaluation tracée
PCD_2	Au moins une évaluation avec une échelle montre que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge (ex : EVA ≥ 4/10, voir consignes pour les autres échelles)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Si plusieurs évaluations avec une échelle montrent que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge, analyser la 1 ^{ère} évaluation avec échelle pour les questions suivantes		

PCD_3	<p>Pour ce patient présentant des douleurs nécessitant une prise en charge, une stratégie de prise en charge* de la douleur a été mise en œuvre</p> <p><i>* moyens médicamenteux ou non médicamenteux.</i></p>	<p><input type="radio"/> 1. Oui</p> <p><input type="radio"/> 0. Non</p>
PCD_4	<p>Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, une ré-évaluation de la douleur a été réalisée</p>	<p><input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées)</p> <p><input type="radio"/> 2. Sans échelle</p> <p><input type="radio"/> 3. Aucune évaluation tracée</p> <p><input type="radio"/> 4. Patient sorti avant qu'une seconde évaluation soit réalisée</p>

Annexe 4 : Grille de recueil IQSS MCO parcours chirurgie ambulatoire

Indicateurs de processus CA			
Qualité de la lettre de liaison à la sortie			
Sortie à J0 vers le lieu de résidence (domicile ou hébergement médico-social)			
Indicateur en recueil obligatoire, en diffusion publique et intégré à IFAQ			
QLS_1	Lettre de liaison à la sortie retrouvée <i>La lettre de liaison est tout document (+/- annexes) remis au patient à sa sortie, y compris le carnet de santé pour la pédiatrie.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_6_1 = 1. Oui
CA_P_14_1	La lettre de liaison est datée du jour de la sortie du patient de la structure <i>La date de sortie correspond ici à la date d'admission (et par conséquent à la date de réalisation de l'intervention)</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Ne sait pas	Activer si QLS_1 = 1
QLS_3	Trace de la remise de la lettre de liaison au patient* <i>*Remise au patient, ou à son représentant légal (parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle) ou à la personne de confiance À rechercher dans la lettre de liaison ou le dossier du patient</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1 Si QLS_3 = 0. Non, activer QLS_3_1
QLS_3_1	- Si non, le patient a refusé de recevoir la lettre de liaison (refus tracé dans le dossier)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 0. Non
Retrouve-t-on dans la lettre de liaison les éléments suivants ?			
Identification du patient dans la lettre de liaison			
QLS_5_1	Nom de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
QLS_5_2	Prénom	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
QLS_5_3	Date de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
QLS_5_4	Sexe	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
QLS_4	Identification du médecin traitant dans la lettre de liaison (Nom ET adresse -postale ou électronique-).	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui Si QLS_4 = 0. Non, activer QLS_4_1

QLS_4_1	- Si non, indiquer la raison <i>Information à rechercher dans le dossier patient ou la lettre de liaison</i>	<input type="radio"/> 1. Refus du patient que soit adressé un courrier au médecin traitant <input type="radio"/> 2. Pas de médecin traitant déclaré <input type="radio"/> 3. Aucune de ces deux situations	Activer si QLS_4 = 0. Non
QLS_7	Identification du signataire de la lettre de liaison (Nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone. Signature électronique acceptée). <i>Pour la chirurgie ambulatoire, le signataire est l'opérateur ou l'anesthésiste.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_21	Destination à la sortie dans la lettre de liaison <i>Item réglementaire, recueilli en information complémentaire, n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui Four information, n'entre pas dans le calcul du score
QLS_9	Motif d'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_23	Synthèse médicale du séjour dans la lettre de liaison	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_24	Traitements médicamenteux de sortie dans la lettre de liaison <i>Ordonnance de sortie et/ou prescription anticipée antalgiques</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui Si CA_P_24 = 1. Oui, activer QLS_13_3_1 à QLS_13_3_4 et CA_P_24_5
- Si oui, éléments du traitement médicamenteux de sortie retrouvés :			
QLS_13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_24 = 1. Oui
QLS_13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_24 = 1. Oui
QLS_13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_24 = 1. Oui
QLS_13_3_4	Durée de traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_24 = 1. Oui
CA_P_24_5	La trace d'une information sur le traitement habituel est retrouvée <i>Information à rechercher dans la lettre de liaison et le dossier du patient</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_24 = 1. Oui Si CA_P_24_5 = 1. Oui, activer CA_P_24_6 et CA_P_24_7
CA_P_24_6	- Si oui, il s'agit de la situation suivante :	<input type="radio"/> 1. Le patient poursuit son traitement habituel <input type="radio"/> 2. Le patient n'a pas de traitement habituel <input type="radio"/> 3. Le traitement habituel a été modifié	Activer si CA_P_24_5 = 1. Oui
CA_P_24_7	- Cette information est retrouvée :	<input type="radio"/> 1. Dans la lettre de liaison seulement <input type="radio"/> 2. Dans le dossier du patient seulement <input type="radio"/> 3. Dans la lettre de liaison et dans le dossier du patient	Activer si CA_P_24_5 = 1. Oui
Planification des soins après la sortie retrouvée dans la lettre de liaison			
CA_P_25_1_1	Recommandations et surveillances particulières	<input type="radio"/> 1. Oui, des recommandations et surveillances particulières sont retrouvées <input type="radio"/> 2. Non, l'absence de nécessité de surveillances particulières est retrouvée <input type="radio"/> 3. Aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_25_1_2	Actes et examens prévus et à programmer	<input type="radio"/> 1. Oui, les actes et examens prévus et à programmer sont retrouvés <input type="radio"/> 2. Non, l'absence d'acte ou examen à programmer est retrouvée <input type="radio"/> 3. Aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_25_2_1	Numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
CA_P_25_2_2	Coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui
QLSunique	La lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe(s)) <i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Il n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si QLS_1 = 1. Oui

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention Indicateur en recueil optionnel			
CA_P_7	Une évaluation <u>réalisée</u> à l'admission de l'éligibilité du patient à l'intervention est retrouvée dans le dossier du patient.	<input type="radio"/> 1. Oui, check-list accueil J0 du patient <input type="radio"/> 2. Oui, autre modalité <input type="radio"/> 3. Non, aucune information sur l'évaluation à l'admission de l'éligibilité du patient à l'intervention n'est retrouvée dans le dossier	Si CA_P_7 = 1. ou 2., activer CA_P_7_5, CA_P_7_6, CA_P_7_7 et CA_P_7_8
CA_P_7_5	- Si oui, la vérification des consignes de jeûne liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_7 = 1. ou 2.
CA_P_7_6	- Si oui, la vérification des consignes d'hygiène liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_7 = 1. ou 2.
CA_P_7_7	- Si oui, la vérification des signes d'infection liés à l'intervention est tracée dans le dossier	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_7 = 1. ou 2.
CA_P_7_8	- Si oui, la vérification de l'organisation du retour liée à l'intervention est tracée dans le dossier	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_7 = 1. ou 2.
Anticipation de la prise en charge de la douleur Indicateur en recueil optionnel			
CA_P_12_1	La trace de l'anticipation <u>avant l'admission</u> de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans le dossier du patient <i>A rechercher dans le dossier du patient, notamment dans tout document réalisé avant l'admission (ex Compte-rendu des consultations pré-opératoires)</i> <i>Il s'agit de traitement antalgiques et de toute molécule à action antalgique.</i>	<input type="radio"/> 1. Copie de la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission <input type="radio"/> 2. Mention datée d'avant l'admission précisant que le patient a déjà des antalgiques au domicile (ex: patient douloureux chronique sous traitement, avec adaptation de la dose si nécessaire) <input type="radio"/> 3. Aucune trace de l'anticipation de la prise en charge de la douleur	
Évaluation du patient pour la sortie de la structure Indicateur en recueil optionnel			
CA_P_13	La trace d'une évaluation pour la sortie du patient est retrouvée dans le dossier	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Si CA_P_13 = 1. Oui, activer CA_P_13_1, CA_P_13_2 et CA_P_13_3
CA_P_13_1	- <u>Si oui</u> , l'évaluation pour la sortie repose sur :	<input type="radio"/> 1. Score de Chung <input type="radio"/> 2. Autre	Activer si CA_P_13 = 1. Oui
CA_P_13_2	- <u>Si oui</u> , elle évalue avec une échelle la douleur à la sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_13 = 1. Oui
CA_P_13_3	- <u>Si oui</u> , elle évalue les nausées et vomissements à la sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_13 = 1. Oui
Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 Sortie à J0 vers le lieu de résidence (domicile ou hébergement médico-social) Indicateur en recueil optionnel			
CA_P_26	Un contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 est retrouvé <i>Une check-list appel au domicile du patient à « J+1 » est disponible (Cf. recommandations organisationnelles HAS-ANAP 2013).</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	Activer si CA_P_6_1 = 1. Oui

Informations complémentaires CA			
Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires, hors anesthésie locale stricte Informations complémentaires			
CA_P_9_1	La trace d'une évaluation du risque de nausées, vomissements post-opératoires (NVPO) est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique <i>Antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque de NVPO, type de chirurgie (ex ophtalmologie, gynécologie...) En l'absence d'antécédents médicaux, l'évaluation de ce risque peut être réalisée en utilisant par exemple le Score d'Apfel, et notamment en recherchant des antécédents de mal des transports, une intolérance aux opiacés,</i> <i>Recueilli pour information : Vos résultats seront disponibles au global ainsi que pour actes sous anesthésie locale stricte.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui absence tracée du risque de NVPO <input type="radio"/> 2. Oui, risque de NVPO évalué (exemple, faible, modéré, élevé) <input type="radio"/> 3. Non, aucune de ces 2 situations	
CA_P_10_1	L'intervention a été réalisée (type d'anesthésie):	<input type="radio"/> 1. sous anesthésie locale stricte <input type="radio"/> 2. sous anesthésie topique <input type="radio"/> 3. sous anesthésie loco-régionale <input type="radio"/> 4. sous anesthésie générale <input type="radio"/> 5. ne sait pas	
CA_P_10_2	Une prophylaxie anti-émétique a été réalisée <i>Recueilli pour information.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	
Évaluation du risque thrombo-embolique, veineux et artériel, hors population pédiatrique Informations complémentaires			
CA_P_11_1	La trace d'une évaluation du risque thromboembolique veineux est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique <i>Antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire.</i> <i>Recueilli pour information : Vos résultats seront disponibles au global et pour les sous-populations avec ALS et pédiatrique.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui, absence tracée du risque thromboembolique veineux <input type="radio"/> 2. Oui, risque thromboembolique veineux évalué (exemple faible, modéré, élevé) <input type="radio"/> 3. Non, aucune de ces 2 situations	
CA_P_11_2	La trace d'une évaluation du risque thromboembolique artériel est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique <i>Antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque. Troubles du rythme (ACFA), patients porteurs de valve mécanique, patients sous anticoagulants.....</i> <i>Recueilli pour information : Vos résultats seront disponibles au global, pour les actes sous ALS et dans la population pédiatrique.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui, tracée absence de risque thromboembolique artériel <input type="radio"/> 2. Oui, risque thromboembolique artériel évalué (exemple faible, modéré, élevé) <input type="radio"/> 3. Non, aucune de ces 2 situations	
CA_P_11_3	Une prophylaxie anti-thrombotique (veineuse) a été réalisée <i>Recueilli pour information.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non	

Annexe 5 : Grille de recueil IQSS SSR

Qualité de la lettre de liaison à la sortie : Critères médico-administratifs		
QLS_1	Lettre de liaison à la sortie retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2	Lettre de liaison à la sortie datée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2_1	Si, oui noter la date (JJ/ MM/AAAA)	□□ / □□ / □□□□
QLS_3	Trace de la remise de la lettre de liaison au patient*	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
	*Patient, ou son représentant légal - parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle- ou la personne de confiance	
QLS_3_1	Si non, le patient a refusé de recevoir la lettre de liaison (refus tracé dans le dossier)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Les éléments médico-administratifs suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie :		
QLS_4	Identification* du médecin traitant dans la lettre de liaison * nom ET adresse - postale ou électronique -	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_4_1	Si non, indiquer la raison* : * information à rechercher dans le dossier patient ou dans la lettre de liaison.	<input type="radio"/> 1. Refus du patient que soit adressé un courrier au médecin traitant <input type="radio"/> 2. Pas de médecin traitant déclaré <input type="radio"/> 3. Aucune de ces deux situations
Identification du patient sur la lettre de liaison :		
QLS_5_1	Nom de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_2	Prénom	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_3	Date de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_4	Sexe	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_6	Date d'entrée et date de sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_7	Identification*-du signataire de la lettre de liaison *Nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone. Signature électronique acceptée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Qualité de la lettre de liaison à la sortie : Critères médicaux		
Les éléments médicaux suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie		
QLS_9	Le motif d'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS10_3	La synthèse médicale du séjour * Le cas échéant, mentionner un ou plusieurs des 4 éléments suivants s'ils sont présents dans le dossier du patient : événements indésirables associés aux soins, portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins/dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable. Ces informations seront vérifiées lors du contrôle qualité.	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_2	Traitements médicamenteux de sortie	<input type="radio"/> 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées <input type="radio"/> 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée <input type="radio"/> 3. Aucune information

Si Prescriptions médicamenteuses retrouvées à QLS_13_2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux de sortie :		
QLS_13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_4	Durée du traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLSumique	La lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe) <i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Indicateur : Projet de soins, projet de vie (PSPV)		
L'examen d'entrée effectué dans les 7 jours suivant l'admission fournit les informations suivantes :		
TDP 6.1	Antécédents	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 6.2	Anamnèse (histoire de la maladie)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 6.3	Traitement habituel	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 6.4	Examen clinique initial	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 6.5	Conclusions de l'examen clinique initial	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Sont retrouvés dans le dossier :		
TDP 7	Evaluation de l'autonomie effectuée dans les 7 jours suivant l'admission	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 8	Evaluation sociale effectuée dans les 7 jours suivant l'admission	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 9	Evaluation psychologique ou comportementale	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 10	Un projet de soins défini dans les 15 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 10.1	Pour les patients hospitalisés dans l'établissement plus de 30 jours une actualisation du projet de soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 13	Une réunion pluriprofessionnelle	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 13.1	La 1 ^{ère} réunion pluri professionnelle s'est tenue lors des deux premières semaines du séjour.	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

TDP 13.2	Intervenants à la 1 ^{ère} réunion pluri professionnelle retrouvée dans le dossier, qu'elle ait eu lieu ou non dans les 2 premières semaines du séjour	<input type="checkbox"/> 1 Médecin MPR <input type="checkbox"/> 2.Gériatre <input type="checkbox"/> 3.Médecin généraliste <input type="checkbox"/> 4.Autre spécialité médicale <input type="checkbox"/> 5.Infirmier (ère) <input type="checkbox"/> 6.Aide soignant (e) <input type="checkbox"/> 7.Cadre infirmier <input type="checkbox"/> 8.Assistante sociale <input type="checkbox"/> 9.Masseur kinésithérapeute <input type="checkbox"/> 10 Orthophoniste <input type="checkbox"/> 11 Ergothérapeute <input type="checkbox"/> 12.Psychologue, Neuro Psychologue <input type="checkbox"/> 13 Psychomotricien <input type="checkbox"/> 14.Enseignant d'activité physique adapté (APA) <input type="checkbox"/> 15.Diététicien (ne) <input type="checkbox"/> 16.Autre
TDP 13.3	Pour les patients hospitalisés plus de 30 jours, l'organisation d'une 2 ^{ème} réunion pluriprofessionnelle (au moins une 2 ^{ème})	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 20	Le projet de vie du patient	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12	La participation du patient* à l'élaboration de son projet de vie ou son accord <i>* de l'entourage du patient, si celui-ci n'est pas en état de recevoir des informations</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP_12_1	Si non, la justification de l'absence de participation du patient à l'élaboration de son projet de vie ou l'absence d'accord	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Indicateur : Évaluation et prise en charge de la douleur (PCD)

Au cours du séjour analysé et dans le dossier du patient		
PCD_1	Au moins une évaluation de la douleur est tracée	<input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées) <input type="radio"/> 2. Sans échelle <input type="radio"/> 3. Aucune évaluation tracée
PCD_1_bis	Si évaluation avec échelle, la 1 ^{ère} évaluation est réalisée dans les deux premiers jours suivant le jour de l'admission	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
PCD_2	Au cours des 2 premiers jours, au moins une évaluation avec une échelle montre que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Si plusieurs évaluations avec une échelle au cours des 2 premiers jours montrent que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge, analyser la 1 ^{ère} évaluation avec échelle qui montre que le patient a des douleurs pour les questions suivantes : PCD_3, PCD_4		
PCD_3	Pour ce patient présentant des douleurs nécessitant une prise en charge, une stratégie de PEC de la douleur a été mise en œuvre	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
PCD_4	Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, une réévaluation de la douleur a été réalisée	<input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées) <input type="radio"/> 2-Sans échelle <input type="radio"/> 3-Aucune évaluation tracée

Annexe 6 : Grille de recueil IQSS HAD

Indicateur 1 : Tenue du dossier patient en HAD (TDPv3)		
TDP 1	Le document médical de demande d'admission en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Pré-admission		
TDP 2	Les éléments suivants sont retrouvés dans les documents de pré-admission	
TDP 2.1	Antécédents	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 2.2	Pathologie à l'origine de la prise en charge	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 2.3	Motif de prise en charge	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 2.4	Évaluation de la dépendance par une échelle ou un questionnaire formalisé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 2.5	Évaluation sociale	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Admission		
TDP 3	La demande de prise en charge en HAD est faite par le médecin traitant	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Information non retrouvée
TDP 4	L'accord du médecin traitant pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Trace que le patient n'a pas déclaré de médecin traitant
TDP 5	L'accord du patient ou de son entourage pour la prise en charge en HAD est retrouvé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 18	La mention de l'identité de la personne de confiance est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non (majeur sous tutelle)
TDP 19	La mention de l'identité de la personne à prévenir est tracée (nom + prénom + tel OU adresse)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 20	La trace d'une évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Prescription médicamenteuse nécessaire au démarrage de la prise en charge		
TDP 10	Les prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge et datées au plus tard des 48h suivant l'admission sont présentes	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 11	(Si non à TDP 10), trace dans le dossier que le patient n'a pas de traitement médicamenteux à l'admission	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
A titre descriptif (n'entre pas dans le calcul du score)		
TDP 12	Les éléments suivants sont retrouvés sur chaque prescription	
TDP 12.1	Nom et prénom du patient	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.2	Date de prescription	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.3	Signature du prescripteur	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.4	Nom du prescripteur	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.5	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.6	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.7	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 12.8	Durée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. NA
DPA 20	Le document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD est retrouvé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Indicateur 2 : Coordination en HAD (COORD)		
Protocole de soins		
TDP 6	Le protocole de soins est retrouvé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 7	Si oui, le protocole est daté au plus tard des 7 jours suivant l'admission	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non daté
TDP 7.1	Si oui, la trace de l'information du médecin traitant au sujet du protocole de soins est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 8	Les intervenants sont tracés dans le protocole (IDE, kiné, cabinet libéral, etc.)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 9	Si oui, pour chaque intervenant (HAD ou libéral) sont tracés dans le protocole	
TDP 9.1	Les types d'interventions (pansement, rééducation respiratoire, etc.)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 9.2	La fréquence/le rythme ou le nombre d'interventions	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 9.3	Les coordonnées des intervenants (Nom+ prénom+ adresse et/ou téléphone) sont retrouvées (dans l'ensemble du dossier patient)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Organisation du traitement médicamenteux		
TDP 13.1	Au maximum dans les 48h suivant l'admission, la personne(s) responsable(s) de la <u>préparation</u> des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s) (on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de l'administration des médicaments)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TDP 13.2	Au maximum dans les 48h suivant l'admission, la personne(s) responsable(s) de l' <u>administration</u> des médicaments a (ont) été identifiée(s) et tracée(s) (on ne recherche pas la traçabilité quotidienne de l'administration des médicaments)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Réunion pluri-professionnelle		
TDP 15	Une réunion pluri-professionnelle est tracée dans le dossier au moins une fois au cours du séjour	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
COORD 1	Une deuxième réunion pluri-professionnelle est tracée si le séjour est de plus de 30 jours	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
COORD 2	La trace de la participation du médecin coordonnateur à au moins une réunion pluri-professionnelle est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Moyens logistiques		
COORD 3.1	La trace d'une évaluation des moyens logistiques <u>déjà en place</u> est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
COORD 3.2	La trace d'une évaluation des moyens logistiques <u>à mettre en place</u> est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Indicateur 3 : Suivi du poids (DTN)		
De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, les informations retrouvées concernant le dépistage sont :		
DTN 1	Le poids	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
DTN 2	Si Oui, une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{ère} mesure	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
DTN3	La mention de la recherche de variation du poids à l'entrée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Indicateur 4 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)		
TRE 1	De la pré-admission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, la trace d'une évaluation du risque d'escarre est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
TRE 2	Si Oui, cette évaluation tracée correspond à l'utilisation :	<input type="checkbox"/> 1. D'une échelle <input type="checkbox"/> 2. D'un jugement clinique
TRE 3	Suite à cette évaluation, une conclusion sur le risque d'escarre est retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction e-satis MCO 48+

Votre Accueil

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de l'accessibilité de l'établissement de santé (transport, parking, signalétique) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'accueil réservé par le personnel administratif lors de votre admission (admission / bureau des entrées) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'accueil dans le(s) service(s) de soins (service des Urgences exclu) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de l'identification (badge, présentation, ...) des personnes travaillant dans le(s) service(s) de soins (médecins, infirmiers(es), aide-soignants(es)...)?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu un livret d'accueil pour les patients ?

- Oui Non Je ne me souviens plus

Que pensez-vous de la clarté des informations contenues dans le livret d'accueil pour les patients ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous été informé(e) de l'existence des représentants d'usagers dans l'établissement ?

- Oui Non

Que pensez-vous des horaires de visite ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de l'accueil dans l'établissement ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Votre Prise En Charge

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Avez-vous reçu spontanément (sans le demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins, etc... ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les médecins ou les chirurgiens du service ont-ils répondu à vos questions ?

- Je n'ai pas eu de questions à poser Non, je n'ai eu aucune réponse à mes questions Oui

Que pensez-vous de la clarté des réponses des médecins ou des chirurgiens du service ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous (vous ou vos proches) souhaité participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Oui Non

Avez-vous (vous ou vos proches) pu participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins ou des chirurgiens ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous ressenti de l'inquiétude, de l'anxiété au cours de votre hospitalisation ?

- Oui Non

Que pensez-vous du soutien des médecins ou des chirurgiens qui vous ont pris en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du soutien des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s qui vous ont pris en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous eu besoin d'aide pour les activités courantes (se laver, s'habiller, manger, se déplacer, ...) ?

- Oui Non
-

Que pensez-vous de l'aide reçue pour les activités courantes ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous eu besoin d'aide de façon urgente au cours de votre hospitalisation (malaise, perfusion débranchée, fin de perfusion, aller aux toilettes, ...) ?

- Oui Non
-

Que pensez-vous du délai d'attente pour avoir de l'aide de façon urgente ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du respect de votre intimité lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les médecins / chirurgiens parlaient-ils / elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s parlaient-ils / elles devant vous comme si vous n'étiez pas là ?

- Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?

- Extrêmement intenses Intenses Modérées Faibles Pas de douleur
-

Que pensez-vous de la façon dont ces douleurs ont été prises en charge ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu d'autres inconforts liés à votre maladie (nausée, mauvaise position, vertiges, etc...) ?

- Oui Non
-

Que pensez-vous de la façon dont ces autres inconforts ont été pris en charge ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les médecins / chirurgiens ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Chambre Et Repas

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Vous étiez dans une chambre ?

- Simple Double

Que pensez-vous du confort de votre chambre ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la température de votre chambre ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous du calme et de la tranquillité de votre chambre ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous pris un repas pendant votre hospitalisation ?

- Oui Non

Que pensez-vous de la qualité des repas qui vous ont été servis ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Que pensez-vous de la variété des plats ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de vos repas lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de votre chambre lors de votre prise en charge ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

L'organisation De Votre Sortie

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée (annonce de votre date de sortie, destination à la sortie,...) ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre après votre sortie (dosage, horaires, effets indésirables) ?

- Je n'avais pas de médicaments à prendre après ma sortie Non, aucune information ne m'a été donnée Oui

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les médicaments à prendre après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur la reprise de vos activités après votre sortie (travail, sport, activités habituelles) ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur la reprise de vos activités après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes) ?

- Oui Non

Que pensez-vous des informations que vous avez reçues sur le suivi après votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Globalement, quelle est votre appréciation de l'organisation de votre sortie ?

- Mauvaise Faible Moyenne Bonne Excellente

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Opinion Générale Sur Votre Hospitalisation

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Quelle est votre opinion générale sur l'ensemble de votre séjour (accueil, prise en charge, chambre et repas, sortie) ?

- Mauvais Faible Moyen Bon Excellent

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

Recommanderiez-vous cet établissement de santé à vos amis ou membres de votre famille s'ils devaient être hospitalisés pour la même raison que vous ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

Si vous deviez être à nouveau hospitalisé pour la même raison, reviendriez-vous dans cet établissement ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Certainement pas » et 5 signifie « Certainement »

Pour Finir, Informations Vous Concernant

Merci d'indiquer votre appréciation à l'aide des échelles proposées ci-dessous

Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission ?

- 1 2 3 4 5

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie « Beaucoup plus mal » et 5 signifie « Beaucoup mieux »

Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction sur la vie en général ?

- 1 2 3 4 5 6 7

Si aucune modalité ne correspond, cliquez sur le bouton ? Sans avis

1 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 7 signifie que vous êtes très satisfait. Les notes intermédiaires servent à nuancer votre jugement

Pour En Savoir Plus

Votre commentaire risque de ne pas être pris en compte par l'ES si le(s) nom(s) de professionnel(s) sont indiqué(s) en clair.

Qu'avez-vous retenu de positif au cours de votre séjour ?

Qu'avez-vous retenu de négatif au cours de votre séjour ?

Annexe 8 : Critères IFAQ

Indicateurs arrêtés pour 2019.

Indicateur	Seuil d'obligation de recueil	MCO	HAD	SSR
Satisfaction et expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO	500 séjours cibles ET si moins de 75% de la population est âgée de + de 75 ans	X		
Satisfaction des patients hospitalisés - chirurgie ambulatoire	500 séjours cibles	X		
Evaluation et prise en charge de la douleur	MCO : 500 séjours cibles SSR : 31 séjours cibles	X		X
Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées - HN D3.1		X	X	X
Consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains ICSHA 3		X	X	X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	MCO : 500 séjours cibles SSR : 31 séjours cibles	X		X
Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire	31 séjours cibles	X		
Niveau de certification		X	X	X
Tenue du dossier patient	31 séjours cibles		X	
Evaluation du risque d'escarre	31 séjours cibles		X	
Dépistage des troubles nutritionnels	31 séjours cibles		X	
Projet de soins et projet de vie	31 séjours cibles			X
Coordination en HAD	31 séjours cibles		X	

N.B : les indicateurs en **bleu** sont évalués sur le compartiment résultat et évolution, ceux en **vert** seulement sur la part résultat.

Annexe 9 : Critères CAQES

2.1 Art. 10-1 : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations (critères 1 à 43)

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	1 : Politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article L6111-2 /Art. R. 6144-2 et suivant / Art. R. 6164-2 et suivant du CSP Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la Conférence Médicale d'Établissement des établissements de santé privés
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la prise en charge thérapeutique des patients qui s'inscrit dans la politique générale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas de politique conforme aux exigences réglementaires.
Commentaire(s)	<p>L'objectif est de vérifier la stratégie de pilotage de l'établissement par la mise en place et le suivi d'une politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge thérapeutique visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux et des dispositifs médicaux par une approche concertée et pluridisciplinaire. Au regard de ses missions, l'établissement élabore sa stratégie à partir de la réglementation en vigueur et de la hiérarchisation de ses risques identifiés à partir de leur analyse a priori et a posteriori.</p> <p>Il établit ses priorités d'actions et fixe dans sa stratégie des objectifs d'amélioration précis et mesurables.</p>
Éléments de preuve	Fournir la politique validée et signée par la Direction/CME.

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	2 : Validation de la politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si la politique est validée institutionnellement (direction / CME) (ex : CR de CME, signature du document par Directeur et Président de CME). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si la politique n'est pas validée institutionnellement (direction / CME).
Éléments de preuve	Fournir la politique validée et signée par la Direction/CME.

Objectif opérationnel	Définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients
Numéro du critère	3 : Actualisation de la politique d'amélioration continue de la qualité
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si la politique a été actualisée au regard des évolutions réglementaires et des nouvelles orientations ou besoins de l'établissement. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si la politique n'a pas été actualisée.
Éléments de preuve	Fournir la politique validée et signée par la Direction/CME.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	4 à 13 : Programme d'actions « Qualité, sécurité, efficience de la PECM et des DMS »
Pondération	1 point par critère - 10 points au total
Source réglementaire	Article L6111-2 /Art. R. 6144-2 et suivant / Art. R. 6164-2 et suivant du CSP Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la Conférence Médicale d'Établissement des établissements de santé privés Décret n° 2010-439 DU 30 avril 2010 relatif à la CME dans les établissements de santé publics.
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le programme d'actions actualisé annuellement assorti du calendrier, des indicateurs de suivi ainsi que des responsabilités associées, la liste des audits et EPP mises en œuvre sur l'année 2018. <p>Le programme d'actions doit décrire de manière explicite les actions actualisées mises en œuvre en 2018 assorties du calendrier et des critères de suivi, ainsi que des responsabilités associées. L'évaluation portera sur la présence ou non des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le bon usage des médicaments et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse - sur le bon usage des DM et le circuit des DM - sur les never events (notamment liste ANSM), - sur l'antibiothérapie, <p>sur l'amélioration du référencement des médicaments et DM (livret médicaments et Dispositifs Médicaux, ...) sur l'informatisation du processus de la PECM Les actions doivent être issues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des analyses des évènements indésirables des CREX ou des RMM - des évaluations internes (études de risque a priori, audits, EPP), et externes (certification, inspections, indicateurs nationaux, audits croisés ...) <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si le programme d'actions ne couvre pas l'ensemble des actions ou des secteurs concernés (précisés en colonne B) pour chacun des critères. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le programme d'actions ou s'il ne correspond pas à l'attendu.
Commentaire(s)	Chacun des critères concerne tous les secteurs d'activité mentionnés en colonne B.
Eléments de preuve	Fournir le programme d'actions actualisé annuellement assorti du calendrier, des critères de suivi ainsi que des responsabilités associées. Fournir la liste des audits et EPP mis en œuvre sur l'année 2018.

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	14 : Actualisation du programme d'actions
Pondération	1 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si le programme d'actions a été actualisé au cours de l'année 2018. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si le programme d'actions a été actualisé sur la période du 1^{er} trimestre de l'année 2019. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si le programme d'actions n'a pas été actualisé au cours de l'année 2018 ou du 1^{er} trimestre de l'année 2019.
Eléments de preuve	Date d'actualisation mentionnée sur le programme d'actions

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	15 : Présentation annuelle des actions d'amélioration
Pondération	1 point
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité a été présenté au cours de l'année 2018 à la commission médicale d'établissement (CME) ou à la conférence médicale d'établissement (CfME) et éventuellement sous-commission spécifique (COMEDIMS, Commission ATB, ...) - Jugé comme objectif « Non réalisé » si le bilan annuel des actions d'amélioration mises en œuvre et de leur efficacité n'a pas été présenté au cours de l'année 2018.
Eléments de preuve	Fournir le bilan des actions présenté en CME /CfME et éventuellement sous-commission spécifique (COMEDIMS, Commission ATB, ...)

Objectif opérationnel	Formalisation d'un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles
Numéro du critère	16 : Communication auprès des professionnels de l'établissement
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<p>Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement communique auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, plans d'actions, retours d'expérience, etc...) et fournit les éléments de communication interne (sur la qualité et de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux) réalisés au cours de l'année 2018.</p> <p>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne communique pas auprès des professionnels de l'établissement (Objectifs, plans d'actions, retours d'expérience, etc...) ou ne fournit pas les éléments de communication interne (sur la qualité et de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux) réalisés au cours de l'année 2018.</p>
Éléments de preuve	Fournir les éléments de communication interne (sur la qualité et de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux) au cours de l'année 2018

Objectif opérationnel	Désignation du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
Numéro du critère	17 : Désignation du RSMQ
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 5 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<p>Jugé comme objectif « Réalisé » si un responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse est nommé et ses responsabilités/missions sont définies et si l'établissement transmet la fiche de poste avec le nom et prénom du responsable identifié et ses missions spécifiques en tant que RSMQPECM.</p> <p>- Jugé comme objectif « Non réalisé » si aucun responsable du système de management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse n'est nommé et que ses missions ne sont pas définies ou si l'établissement ne transmet pas la fiche de poste avec le nom et prénom du responsable identifié et ses missions spécifiques en tant que RSMQPECM.</p>
Éléments de preuve	Fournir la fiche de poste et le nom

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	18 : Inclusion de la formation PECM dans le plan de formation
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan de formation de l'établissement et la liste des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique mises en œuvre sur l'année 2018. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement transmet le plan de formation de l'établissement ou la liste des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique mises en œuvre sur l'année 2018. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le programme d'actions ou s'il ne correspond pas à l'attendu.
Commentaire(s)	<p>Les thématiques des formations et de sensibilisations doivent être explicites et doivent concerner les médicaments et dispositifs médicaux. Les formations ne doivent pas nécessairement être validantes pour le DPC.</p> <p>Un plan de formation contenant majoritairement des formations par des laboratoires pharmaceutiques ne sera pas pris en compte.</p> <p>Ces formations doivent être pluri-professionnels (médecins, IDE, cadre, pharmaciens...) et concernent l'ensemble des professionnels des secteurs de l'établissement MCO, SSR, Psy, dialyse et HAD.</p>
Éléments de preuve	Fournir le plan de formation Fournir la liste des formations mises en œuvre l'année 2018.

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	19 : Formation des nouveaux arrivants à la PECM
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si le plan de formation de l'établissement propose et met en œuvre des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique à l'arrivée des nouveaux arrivants et si l'établissement fournit la description de l'organisation mise en place pour la formation des nouveaux arrivants (notamment formation au LAP, support de prescription/administration, livret d'accueil). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si aucun plan de formation n'est proposé à l'arrivée des nouveaux arrivants ou si l'établissement ne fournit pas la description de l'organisation mise en place.
Éléments de preuve	Décrire l'organisation mise en place dans l'établissement pour la formation des nouveaux arrivants, notamment formation au LAP, support de prescription/administration, livret d'accueil ...

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	20 : Plan de formation spécifique à la sensibilisation aux erreurs
Pondération	1 point
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si le plan de formation propose et met en œuvre des formations pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses, aux "never events" et aux médicaments et patients à risques. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si le plan de formation ne propose pas de formations pour sensibiliser aux erreurs médicamenteuses, aux "never events" et aux médicaments et patients à risques.
Commentaire(s)	Les formations et sensibilisation prises en compte sont notamment la chambre des erreurs, les films analyse de scénario, des e-learning, participation à la semaine de la sécurité des patients, réunion de service interne, ...
Éléments de preuve	Fournir le plan de formation (Les formations prises en compte sont notamment la chambre des erreurs, les films analyse de scénario, des e-learning ...)

Objectif opérationnel	Formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge thérapeutique
Numéro du critère	21 et 22 : Le plan de formation PECM concerne tous les pôles
Pondération	1 point par critère – 2 points au total
Source réglementaire	Article 7 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement fournit la liste (critère N°21) et le ratio (critère N°22) relatifs aux actions de formations / sensibilisations mises en œuvre sur l'année 2018.– ces formations doivent concerner tous les pôles, services, et tous les acteurs de la prise en charge thérapeutique - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si les formations / sensibilisations mises en œuvre l'année 2018 ne concernent pas tous les pôles, services, ou tous les acteurs de la prise en charge thérapeutique : pour le critère 21. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne fournit pas la liste et ratio des formations / sensibilisations mises en œuvre l'année 2018.
Commentaire(s)	<p>La thématique des formations et sensibilisations doit être explicites et doivent concerner les médicaments et dispositifs médicaux.</p> <p>Ces formations doivent être destinées à l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge thérapeutique (médecins, IDE, cadre, pharmaciens, préparateurs des secteurs de l'établissement MCO, SSR, Psy, dialyse et HAD).</p> <p>Critère 22 : Ratio à préciser dans la case « Commentaire ».</p>
Éléments de preuve	Critère 21 : Fournir la liste (ou feuilles d'émargement) des formations et le nombre de participants ainsi que leur profession / service lors de ces formations.

Objectif opérationnel	Conduite et mise en œuvre de l'étude des risques a priori
Numéro du critère	23 et 24 : Etude des risques a priori
Pondération	2 points par critère – 4 points au total
Source réglementaire	Article 8 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé (pour critère 23).
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement réalise l'étude des risques précisant la date de mise en œuvre et de réévaluation. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement réalise l'étude des risques sur une partie des secteurs d'activité. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne réalise pas l'étude des risques précisant la date de mise en œuvre et de réévaluation.
Commentaire(s)	<p>Pour l'étude des risques a priori sur le circuit des DMS, l'outil diagnostic DMS de l'ANAP peut être utilisé : http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/dm-sterilisation/dm-dmi/dm-dmi,3349,3925.html</p> <p>Pour l'étude des risques a priori sur la PECM, la fréquence de réévaluation prend en compte les priorités de l'établissement, notamment le calendrier de la certification HAS, toute modification du processus de la PECM, ...</p> <p>Pour les établissements d'HAD, l'étude de risque peut être réalisée avec l'outil Interdiag HAD (2 versions : avec PUI et sans PUI).</p>
Éléments de preuve	Fournir l'étude des risques a priori sur la PECM et l'étude des risques a priori sur le circuit des DMS précisant la date de mise en œuvre et de réévaluation.

Objectif opérationnel	Gestion des risques a posteriori
Numéro du critère	25 à 30 : Evènements indésirables et retours d'expériences
Pondération	8 points répartis sur l'ensemble des critères
Source réglementaire	Article 9 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les éléments de preuve ou indique les nombres précisés dans les éléments d'appréciation. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » pour le critère 26 si la méthodologie des CREX ne prend pas en compte l'organisation précisée dans les éléments d'appréciation : <ul style="list-style-type: none"> o priorise les déclarations internes à analyser o procède par toute méthodologie à l'analyse collective et interdisciplinaire des causes, au plus près du lieu de survenue de l'évènement o propose, pour chaque déclaration analysée, des actions d'amélioration o procède à l'accompagnement et au suivi de la réalisation de ces actions et de l'évaluation de leur efficacité o communique sur ce retour d'expérience dans le cadre de la politique de gestion des risques de l'établissement - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres ou si aucun CREX n'a été réalisé ou si aucune déclaration de pharmacovigilance ou matériovigilance n'a été faite sur l'année 2018.
Commentaire(s)	Critères 26 à 30 : indiquer le nombre dans la colonne « Commentaire »
Eléments de preuve	<p>Critère 25 : Préciser les mesures mises en place (ex : charte d'incitation ou d'engagement, actions de sensibilisation...)</p> <p>Critère 26 : Fournir les comptes rendus de CREX liés aux produits de santé et d'éventuels autres outils (description de l'organisation mise en place dans l'établissement pour la priorisation et l'analyse des événements, tableau de bord des CREX précisant les secteurs (MCO, HAD, SSR, Psy, Dialyse) concernés par l'analyse, la mise en place et le suivi des actions d'amélioration, actions de communication en lien avec l'analyse et les actions d'amélioration...)</p>

Objectif opérationnel	Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé
Numéro du critère	31 et 32 : Informatisation des prescriptions de sortie via les LAP
Pondération	1 point (pour le critère 32)
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Eléments d'appréciation	<p>Critère 31 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres. <p>Critère32 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan de déploiement et précise l'état d'avancement, le calendrier de mise en œuvre du ou des LAP et LAD y compris sur les prescriptions de sortie, en précisant si les LAP /LAD sont certifiés <u>ou</u> si le taux du critère 31 est de 100%. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement.
Commentaire(s)	<p>Critère 31 : Estimer en :</p> <p>Numérateur : nombre de prescriptions de sortie informatisées</p> <p>Dénominateur : nombre total de prescriptions de sortie</p>
Eléments de preuve	Critère 32 : Fournir le plan de déploiement et préciser l'état d'avancement du calendrier de mise en œuvre du ou des LAP et LAD y compris sur les prescriptions de sortie. Préciser si LAP /LAD certifié

Objectif opérationnel	prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé
Numéro du critère	33 et 34 : Informatisation des prescriptions intra-hospitalières par des LAP certifiés
Pondération	1 point par critère - 2 points au total
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux égal à 100%. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux ≥ 50% *. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux < 50%*. <p>*Pour les 2 établissements de dialyse : seuil spécifique à 10%</p>
Commentaire(s)	<p>Critère 33 : Numérateur : nombre de lits utilisant un LAP certifié Dénominateur : nombre total de lits de l'établissement.</p> <p>Critère 34 : Numérateur : nombre d'unités de soins utilisant un LAP certifié Dénominateur : nombre total d'unités de soins de l'établissement (y compris chirurgie, SSR, etc.) Ne concerne que les unités prescriptrices (sont notamment exclues les unités de recherche et les laboratoires).</p> <p>Préciser en case commentaire le(s) nom(s) du ou des logiciel(s) et la version. Ces éléments seront analysés au regard de la liste des logiciels d'Aide à la Prescription hospitaliers certifiés selon le référentiel de la HAS disponible ici</p> <p>Pour information : Modalités de certification des LAP disponibles ici.</p>

Objectif opérationnel	Utilisation des logiciels d'aide à la prescription (LAP) pour toutes les prescriptions de médicaments y compris pour celles effectuées dans le cadre des consultations mentionnées à l'article L. 162-26 ou lors de la sortie de l'établissement de santé > Taux de lits et places informatisés
Numéro du critère	35 : Taux de lits et places informatisés
Pondération	1 point
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux égal à 100%. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux ≥ 70%. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux < 70%.
Commentaire(s)	Numérateur : nombre de lits et places informatisés Dénominateur : nombre total de lits et places de l'établissement.

Objectif opérationnel	Identification obligatoire des prescriptions réalisées par ses professionnels par l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro du répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS) auquel est joint l'identifiant FINESS de l'établissement en application de l'article R.161-45 du CSS
Numéro du critère	36 à 38 : Identification des prescriptions par RPPS
Pondération	2 points (pour le critère 37)
Source réglementaire	Instruction DGOS/MSIOS n° 2010-396 du 29 novembre 2010 relative aux modalités de marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec les codes à barres
Éléments d'appréciation	<p>Critère 36 : Taux fourni par l'assurance maladie à partir d'un échantillonnage.</p> <p>Critère 37 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan de déploiement et précise l'état d'avancement, le calendrier de mise en œuvre. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement. <p>Critère 38 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.
Commentaire(s)	<p>Critère 36 : Jugé comme objectif « Réalisé » si aucune donnée n'a pu être fournie par Assurance Maladie.</p> <p>Critère 38 :</p> <p>Numérateur : nombre d'ordonnances intra-hospitalières précisant le numéro RPPS</p> <p>Dénominateur : nombre total d'ordonnances intra-hospitalières</p>
Éléments de preuve	Critère 37 : Fournir le plan de déploiement et préciser l'état d'avancement le calendrier de mise en œuvre.

Objectif opérationnel	Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament .
Numéro du critère	39 : Informatisation de la prescription à l'administration
Pondération	1 point
Source réglementaire	<p>Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé</p>
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux égal à 100%. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux ≥ 70%. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux < 70%.
Commentaire(s)	<p>Numérateur : nombre de lits informatisés de la prescription jusqu'à la traçabilité de l'administration</p> <p>Dénominateur : nombre de lits total.</p> <p>Les places d'hôpitaux de jour sont à inclure.</p>

Objectif opérationnel	Informatisation et traçabilité pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical.
Numéro du critère	40 : Traçabilité informatique des DMI
Pondération	2 points
Source réglementaire	<p>Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.</p> <p>Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 relatif à la matériovigilance et à la traçabilité des DMI.</p> <p>Instruction n° DGOS/PF2/2015/200 du 15 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique.</p>
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux ≥ 90% et a réalisé l'audit. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux ≥ 90% ou a réalisé l'audit. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'a pas réalisé l'audit et a un taux < 90%.
Commentaire(s)	Taux = Nombre de DMI dont l'implantation est informatiquement tracée / nombre total d'unités de DMI implantées
Éléments de preuve	Fournir l'audit régional « Traçabilité des DMI » disponible ici.

Objectif opérationnel	Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical.
Numéro du critère	41 : Document de traçabilité de sortie des DMI
Pondération	2 points
Source réglementaire	Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 relatif à la matériovigilance et à la traçabilité des DMI.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement remet au patient, lors de la pose d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne remet pas au patient, lors de la pose d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin poseur (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse).
Éléments de preuve	Fournir l'audit régional « Etat des lieux sur la remise du document de traçabilité des DMI au patient » disponible ici.

Objectif opérationnel	Informatisation et traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient jusqu'à l'administration du médicament et pour le circuit des produits et prestations mentionnés à l'article D. 165-1 du CSS, de la prescription jusqu'à la pose du dispositif médical.
Numéro du critère	42 : Déploiement de la classification CLADIMED
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement fournit les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.
Commentaire(s)	<p>Numérateur : Nombre d'unités de DMI stockées enregistrées selon la classification CLADIMED dans l'établissement</p> <p>Dénominateur : Nombre d'unités de DMI stockées dans l'établissement</p>

Objectif opérationnel	Dispensation à délivrance nominative
Numéro du critère	43 : Plan de déploiement de la délivrance nominative
Pondération	1 point
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité et transmet l'organisation ainsi que le plan de déploiement avec précision de l'état d'avancement et le calendrier de mise en place. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'organise pas la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité ou ne transmet pas le plan de déploiement.
Commentaire(s)	<p>L'évaluation de cet critère de dispensation pourra évoluer au regard des évolutions réglementaires.</p> <p>A ce jour, la définition de la dispensation des médicaments associe à l'analyse et la validation de la prescription, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament, la préparation éventuelle des doses à administrer et l'acheminement des médicaments aux unités de soins.</p> <p>Le terme de « délivrance » nominative des médicaments englobe les deux dernières étapes qui relèvent du circuit « physique » du médicament.</p> <p>La délivrance nominative : les médicaments sont préparés par la PUI et délivrés aux unités de soins en doses unitaires, par patient, et correspondent à l'administration pour une période prédéterminée selon les organisations (journalière, hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuel,...).</p> <p>La délivrance nominative se différencie donc de la délivrance globale (distribution globale) et de la délivrance reglobalisée.</p> <p>La délivrance globale (ou distribution globale) : elle se caractérise par la présence permanente d'une dotation de médicaments dans l'unité de soins. Son contenu est déterminé conjointement par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins. Cette dotation fait l'objet d'une mise à jour régulière.</p> <p>La délivrance reglobalisée : elle se différencie du circuit en délivrance nominative par le fait que les médicaments sont délivrés à une unité de soins de manière globale en quantité correspondant aux besoins des patients pour une période donnée au vu des prescriptions. La préparation des doses unitaires est assurée par l'infirmière.</p>
Éléments de preuve	Fournir l'organisation et le plan de déploiement de la dispensation à délivrance nominative (priorisation, outil, ...).

Objectif opérationnel	Dispensation à délivrance nominative
Numéro du critère	44 : Taux de dispensation à délivrance nominative
Pondération	1 point
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.
Commentaire(s)	<p>Numérateur : Nombre de lits et places bénéficiant d'une dispensation à délivrance nominative (DIN) des médicaments.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de lits et places (incluant les lits EHPAD, US - DSS).</p>

2.2 Art. 10-2: Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

Objectif opérationnel	Amélioration du parcours de soins
Numéro du critère	45 et 46 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)
Pondération	5 points répartis sur les 2 critères
Source réglementaire	Décret n°2016-998 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux $\geq 30\%$. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux $\geq 10\%$. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux $< 10\%$.
Commentaire(s)	Lorsque ces résultats seront rendus publics ils seront automatiquement renseignés sur le fichier (critère national QLS et QLS 13). En attendant l'année 2018 les résultats devront être fournis par chaque établissement en colonne « Numérateur ».

Objectif opérationnel	Amélioration du parcours de soins
Numéro du critère	47 à 49 : Information sur le bon usage des médicaments en sortie
Pondération	8 points répartis sur les 3 critères
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Éléments d'appréciation	<p>Critère 47 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet l'organisation et les modalités mises en place pour assurer la transmission de l'information sur le bon usage et l'observance des traitements médicamenteux. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas l'organisation et les modalités mises en place ou si elles ne correspondent pas à l'attendu. <p>Critère 48 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement met à disposition, du patient ou de son entourage des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne met pas à disposition du patient ou de son entourage des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé ou s'ils ne correspondent pas à l'attendu. <p>Critère 49 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement met à disposition des professionnels de santé de ville des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé (fiches conseils, fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne met pas à disposition des professionnels de santé de ville des outils d'information relatifs au bon usage des produits de santé ou s'ils ne correspondent pas à l'attendu.

Eléments de preuve	Critère 47 : Décrire l'organisation mise en place et les modalités de transmission de l'information (ex : cibles priorisées, entretiens patients, outils mis à disposition, modalités de suivi ...)
	Critère 48 : Fournir les outils mis à disposition du patient ou de son entourage (ex: fiches conseils).
	Critère 49 : Fournir les outils mis à disposition des professionnels de ville (ex : fiches de bon usage, outils d'aide à la coordination)

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro du critère	50 à 53 : Conciliation médicamenteuse
Pondération	1 point par critère - 4 points au total
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Eléments d'appréciation	<p>Critère 50 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan de déploiement de la conciliation médicamenteuse. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement ou s'il ne correspond pas à l'attendu <p>Critères 51 et 52 : fournir les nombres (Jugé comme « Réalisé » si différent de zéro).</p> <p>Critère 53</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si les professionnels de l'établissement et les professionnels de santé de ville <u>et</u> les usagers sont sensibilisés à la conciliation médicamenteuse (évalué par le nombre et/ou description). - Jugé comme objectif « Partiellement Réalisé » si les professionnels de l'établissement les professionnels de santé de ville <u>ou</u> les usagers sont sensibilisés à la conciliation médicamenteuse. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si aucune sensibilisation à la conciliation médicamenteuse n'a été réalisée.
Commentaire(s)	<p>Les modalités de déploiement de la conciliation doivent être conformes aux recommandations HAS et en lien avec les préconisations régionales.</p> <p>Critère 51 : Numérateur : nombre de patients priorisés en 2018 et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée Dénominateur : nombre de patients hospitalisés priorisés en 2018.</p> <p>Critère 52 : Numérateur : nombre de patients priorisés en 2018 et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse de sortie Dénominateur : nombre de patients hospitalisés priorisés en 2018.</p> <p>Critère 53 : Fournir le nombre dans la colonne « Commentaire ».</p>
Eléments de preuve	Critère 50 : Fournir le plan de déploiement de la conciliation médicamenteuse en lien avec la méthodologie de priorisation régionale disponible ici .

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro du critère	54 : Déploiement de l'analyse pharmaceutique
Pondération	2 points
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet l'organisation et le plan de déploiement de l'analyse pharmaceutique. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le plan de déploiement ou l'organisation de l'analyse pharmaceutique ou s'il ne correspond pas à l'attendu.
Commentaire(s)	Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la cartographie des risques de l'établissement.
Éléments de preuve	Décrire l'organisation et le plan de déploiement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet (outils d'aide à l'analyse pharmaceutique mis à disposition des pharmaciens, accès des pharmaciens aux données cliniques et biologiques des patients).

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro ducritère	55 et 56 : Taux d'analyse pharmaceutique
Pondération	2 points par critère - 4 points au total
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a un taux $\geq 70\%$* - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement a un taux $\geq 30\%$ * - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement a un taux $< 30\%$* <p><i>*Pour les 2 établissements de dialyse (critère 55) : seuils spécifiques à 10% pour considérer le critère comme « Partiellement réalisé » et 30% pour considérer le critère comme « Réalisé »</i></p>
Commentaire(s)	<p>Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la typologie d'activité, des populations accueillies et des médicaments utilisés (« cartographie des risques »).</p> <p>L'établissement doit s'être engagé dans le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. Il doit avoir conduit une réflexion pour identifier les secteurs devant prioritairement faire l'objet de cette analyse pharmaceutique au regard des types de prise en charge, des populations accueillies et des médicaments utilisés.</p> <p>Ainsi, il est attendu que l'analyse pharmaceutique soit engagée et déployée sur la base de priorités établies par l'établissement au regard des médicaments qu'il utilise et des caractéristiques de la population qu'il accueille.</p> <p>Critère 55 (hors EHPAD): Numérateur : nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD Dénominateur : nombre de lits et places total.</p> <p>Critère 56 Numérateur : nombre de lits et places médico sociaux et USS-DSS bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète du patient au moyen d'un LAD Dénominateur : nombre de lits et places médico sociaux et US-DSS total.</p>

Objectif opérationnel	Déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse
Numéro ducritère	57 : Priorisation de l'analyse pharmaceutique
Pondération	3 points
Source réglementaire	Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet l'audit ou s'il réalise une analyse pharmaceutique sur l'ensemble des lits et places - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas d'audit et s'il ne réalise pas d'analyse pharmaceutique sur l'ensemble des lits et places
Commentaire(s)	<p>Objectif : mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de l'analyse pharmaceutique : définition d'un taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3 (SFPC), adapté à la typologie d'activité, des populations accueillies et des médicaments utilisés (« cartographie des risques »).</p> <p>L'établissement doit s'être engagé dans le développement de l'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient. Il doit avoir conduit une réflexion pour identifier les secteurs devant prioritairement faire l'objet de cette analyse pharmaceutique au regard des types de prise en charge, des populations accueillies et des médicaments utilisés.</p> <p>Ainsi, il est attendu que l'analyse pharmaceutique soit engagée et déployée sur la base de priorités établies par l'établissement au regard des médicaments qu'il utilise et des caractéristiques de la population qu'il accueille.</p>
Eléments de preuve	Fournir l'état des lieux sur la priorisation des activités de pharmacie clinique disponible ici .

Objectif opérationnel	Bon usage des antibiotiques
Numéro du critère	58 à 59 : Bon usage des antibiotiques
Pondération	2 points par critère - 4 points au total
Source réglementaire	Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS N°2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet l'audit. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas l'audit.
Commentaire(s)	<p>Les audits doivent être réalisés <u>a minima</u> tous les 3 ans avec la mise en place d'actions correctives entre deux évaluations (conformément à ICATB2).</p> <p>Concernant les 2 établissements de dialyse : les évaluations porteront sur les antibiotiques prescrits par le néphrologue et administrés en dialyse.</p>
Eléments de preuve	<p>3 audits sont mis à disposition. Ils sont à retourner sous format EXCEL.</p> <p>Pour les établissements MCO/SSR/PSY/Dialyse : 2 audits en prospectif à débiter avant le 1^{er} octobre 2018 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'établissement peut inclure sur 6 mois et en prospectif 30 patients traités pour infection urinaire : URI-ES : Audit prospectif de la prise en charge des infections urinaires de l'adulte en établissements de soin. - Si l'établissement ne peut répondre aux exigences d'inclusion citées ci-dessus : Audit antibiotiques critiques : évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques critiques. <p>Pour les établissements d'HAD : Etat des lieux sur les prescriptions d'antibiotiques en HAD.</p> <p>Tous les audits sont disponibles ici.</p>

Objectif opérationnel	Améliorer la description de la décision thérapeutique prise en RCP de cancérologie
Numéro du critère	60 : RCP en cancérologie
Pondération	3 points
Source réglementaire	Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si la qualité de la description de la décision thérapeutique est évaluée et l'audit transmis. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si la qualité de la description de la décision thérapeutique n'est pas évaluée et l'audit non transmis.
Éléments de preuve	Fournir l'audit « Evaluation de la description de décision thérapeutique de chimiothérapie dans les fiches RCP » disponible ici .

Objectif opérationnel	Participation aux enquêtes relatives aux produits de santé (ATIH)
Numéro du critère	61 : Participation aux enquêtes ATIH
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a participé à l'enquête ATIH portant sur les consommations des produits de santé. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'a pas participé à l'enquête ATIH portant sur les consommations des produits de santé.
Éléments de preuve	Aucun élément de preuve n'est à envoyer. La vérification sera effectuée sur la plateforme ATIH e-med .

Objectif opérationnel	Contribution aux travaux de l'OMEDIT
Numéro du critère	62 : Participation aux travaux de l'OMEDIT
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement a contribué aux travaux de l'OMÉDIT Normandie et participé aux groupes de travail de l'OMÉDIT Normandie en 2018. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement n'a pas contribué aux travaux de l'OMÉDIT Normandie et participé aux groupes de travail de l'OMÉDIT Normandie en 2018.

2.3 Art. 10-3: Engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments dans le répertoire générique
Numéro du critère	63 : Génériques et PHEV
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV fourni par l'Assurance Maladie.
Commentaire(s)	Données fournies par l'Assurance Maladie.

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible
Numéro du critère	64 et 65 : Taux de prescription des biosimilaires
Source réglementaire	<p>INSTRUCTION N° DSS/1C/DGOS/PF2/2018/42 du 19 février 2018 relative à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville.</p> <p>Décision du 18 Septembre 2017 portant inscription sur la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée à l'article R. 5121-9-1 du code de la santé publique</p> <p>INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DSS/1C/DGS/PP2/2017/244 du 3 août 2017 relative aux médicaments biologiques, à leurs similaires ou « biosimilaires », et à l'interchangeabilité en cours des traitements</p>
Pondération	Aucune
Eléments d'appréciation	<p>Critère 64 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement fournit les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres. <p>Critère 65 : données fournies par l'Assurance Maladie.</p>
Commentaire(s)	<p>Critère 64 : Taux = Nombre d'UCD de médicaments biosimilaires prescrites par les praticiens de l'établissement / Nombre d'UCD prescrites de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires, pour les prescriptions intra hospitalières.</p> <p>Ce taux est calculé séparément pour les médicaments des classes suivantes : EPO, anti TNF, insuline glargine, G-CSF.</p> <p>Ces nombres peuvent être évalués à partir de l'enquête ATIH.</p>

Objectif opérationnel	Promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes autant que possible
Numéro du critère	66 à 68 : Promotion de la prescription de biosimilaires
Pondération	1 point par critère - 3 points au total
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les éléments de preuve spécifiques aux éléments d'appréciation. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les éléments de preuve spécifiques aux éléments d'appréciation.
Eléments de preuve	<p>Critère 66 : Décrire l'organisation mise en œuvre (par exemple plaquette destinée au patient sur médicaments biosimilaires et sur l'interchangeabilité)</p> <p>Critère 67 : Décrire la stratégie commune à l'ensemble des prescripteurs favorisant le recours aux biosimilaires</p> <p>Critère 68 : Décrire la stratégie mise en place pour favoriser la concurrence entre plusieurs médicaments d'un même groupe biologique similaire</p> <p>Lien utile sur les biosimilaires ici.</p>

Objectif opérationnel	Part d'achat de génériques et biosimilaires
Numéro du critère	69 à 70 : Taux d'UCD de génériques et biosimilaires
Pondération	Aucune
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement fournit les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.
Commentaire(s)	<p>Critère 69 :</p> <p>Numérateur : nombre d'UCD délivrées appartenant au répertoire des génériques</p> <p>Dénominateur : nombre d'UCD totales délivrées aux services de l'établissement de santé</p> <p>Critère 70 :</p> <p>Numérateur : nombre d'UCD délivrées de médicaments biosimilaires</p> <p>Dénominateur : nombre d'UCD de médicaments biologiques appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires totales délivrées aux services de l'établissement de santé</p>

Art. 10-4: Engagements relatifs aux médicaments et aux produits et prestations prescrits en établissements de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

Objectif opérationnel	Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé
Numéro du critère	71 : Dépenses liées aux PHEV
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	Données fournies par l'Assurance Maladie.

Objectif opérationnel	Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé
Numéro du critère	72 : Pertinence des PHEV
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan d'actions pour favoriser la pertinence des prescriptions en sortie d'hospitalisation de médicaments, produits et prestations, en respectant le libre choix du patient – en précisant les modalités de mises en œuvre (calendrier, critères de suivi, responsabilités associées) sur l'année 2018. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le plan d'actions.
Commentaire(s)	Exemple d'actions : définir les modalités d'intervention des prestataires dans les unités de soins (dans le respect de la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations); favoriser le recours aux médicaments et dispositifs médicaux « moins onéreux et à efficacité équivalente» (ex : biosimilaires, génériques, convention ou charte avec prestataires de services).
Éléments de preuve	Fournir le plan d'actions.

Objectif opérationnel	Mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évolution des dépenses des PHEV de produits de santé
Numéro du critère	73 : PHEV en DCI
Pondération	1 point
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le plan de déploiement de la prescription de sortie en DCI et de spécialités inscrites dans le répertoire des génériques, en précisant l'état d'avancement et le calendrier de mise en œuvre. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet aucun plan de déploiement.
Éléments de preuve	Fournir le plan de déploiement et préciser l'état d'avancement, le calendrier de mise en œuvre.

2.4 Art. 10.5 : Engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations

Objectif opérationnel	Suivi des dépenses des médicaments et DM de la liste en sus
Numéro du critère	74 et 75 : Suivi des dépenses liste en sus
Pondération	Aucune
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les taux. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les taux.
Commentaire(s)	<p>L'établissement suit les engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et respecte les référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations.</p> <p>Critère 74 : Taux = montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année évaluée / montant des dépenses de médicaments de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation</p> <p>Critère 75 : Taux = montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année évaluée / montant des dépenses de produits et prestations de la liste en sus remboursées l'année précédant celle de l'évaluation</p> <p>Taux à renseigner dans la colonne « Commentaire »</p>

Objectif opérationnel	Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical
Numéro du critère	76 : Taux de prescriptions de médicaments hors référentiel de la liste en sus
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet les nombres. - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas les nombres.
Commentaire(s)	<p>Numérateur : nombre d'UCD ou d'unités hors référentiel Dénominateur : nombre d'UCD ou d'unités total</p> <p>OU</p> <p>Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement par médicaments facturés en sus des GHS hors référentiel Dénominateur : Nombre de patients total ayant bénéficié d'une initiation de traitement par médicaments facturés en sus (AMM/RTU + hors AMM/RTU)</p> <p>Fichier de suivi exhaustif mis à disposition par l'OMÉDIT ici.</p>

Objectif opérationnel	Utilisation conforme aux indications AMM / RTU ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical
Numéro du critère	77 : Suivi des prescriptions de médicaments hors GHS
Pondération	2 points
Éléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement transmet le fichier de suivi exhaustif ou l'audit (si proposé par l'OMÉDIT). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne transmet pas le fichier de suivi exhaustif ou l'audit (si proposé par l'OMÉDIT).
Éléments de preuve	Fichier de suivi exhaustif mis à disposition par l'OMÉDIT ici . Ou audit (si proposé par l'OMÉDIT).

2.5 Art. 10.6 : Evaluation

Objectif opérationnel	Utilisation conforme aux conditions de prise en charge prévues par la liste LPPR ou à défaut et par exception argumentation dans le dossier médical.
Numéro du critère	78 et 79 : Taux de prescriptions de produits et prestations hors référentiel de la liste en sus
Pondération	2 points par critère – 4 points au total
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement fournit les nombres (critère 78) et l'évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel (critère 79). <p>NB : si l'audit n'a pas été mis à disposition par l'OMÉDIT : Jugé comme « Réalisé » si l'établissement a prévu une évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne fournit pas les nombres (critère 78) et l'évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel (critère 79) <p>NB : si l'audit n'a pas été mis à disposition par l'OMÉDIT : Jugé comme « Non Réalisé » si l'établissement n'a pas prévu une évaluation des pratiques et pertinence de l'utilisation des DM hors GHS et la traçabilité de l'argumentation pour le hors référentiel</p>
Commentaire(s)	<p>Critère 78 :</p> <p>Numérateur : nombre de LPP ou d'unités hors référentiel</p> <p>Dénominateur : nombre de LPP ou d'unités total</p>

Objectif opérationnel	Une évaluation de l'évolution des prescriptions et de leur pertinence est réalisée.
Numéro du critère	80 : Suivi semestriel de l'évolution des prescriptions
Pondération	4 points
Eléments d'appréciation	<ul style="list-style-type: none"> - Jugé comme objectif « Réalisé » si l'établissement présente le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions qu'il juge pertinent et de leur évolution à la CME / CfME ou à la COMEDIMS ou commission équivalente et transmet à l'OMÉDIT, ARS et organisme local d'assurance maladie. - Jugé comme objectif « Partiellement réalisé » si l'établissement n'a pas présenté le suivi sur le 1^{er} et 2^{ème} semestre de l'année 2018 ou si l'analyse des prescriptions n'est pas suffisante au regard des taux d'évolution de l'établissement au regard des cibles nationales ou régionales fixés annuellement (PHEV, liste en sus, générique). - Jugé comme objectif « Non réalisé » si l'établissement ne présente pas le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions.
Eléments de preuve	<p>Fournir le suivi semestriel de l'analyse des prescriptions et de leur évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En intra-hospitalier : envoi de l'argumentaire si les taux d'évolution de l'établissement sont supérieurs aux taux d'évolution cibles nationaux fixés annuellement par arrêtés (liste en sus) ou inférieurs aux taux cibles nationaux (génériques, biosimilaires) - Concernant les prescriptions de sortie : envoi de l'argumentaire si les taux d'évolution de l'établissement sont supérieurs aux taux d'évolution cibles nationaux fixés annuellement par arrêtés (PHEV) ou inférieurs aux taux cibles nationaux (génériques, biosimilaires).

Annexe 10 : Critères DPC

ANNEXE 1

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de la FPH
Contexte	<p>Enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, la qualité de vie au travail est une condition incontournable de la qualité de prise en charge des patients. Elle renforce aussi l'attractivité des emplois, le sentiment d'appartenance et la motivation.</p> <p>Elle repose sur des modalités de participation des professionnels à tous les niveaux de l'établissement et sur l'expérimentation de nouvelles modalités pour penser l'organisation.</p> <p>Elle induit le fait de « penser autrement la place du travail dans l'organisation de l'établissement », d'intégrer le développement personnel et professionnel, ainsi que de pérenniser les équipes par rapport au turnover.</p> <p>Les liens avérés entre qualité de vie au travail et qualité des soins ont d'ailleurs conduit la Haute Autorité de santé (HAS) à intégrer la qualité de vie au travail comme une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé (critère sur la qualité de vie au travail « 3d » dans la thématique qualité de vie au travail).</p> <p>Enfin, une expérimentation de la démarche qualité de vie au travail a été lancée en décembre 2015 dans le cadre d'un appel à projets « Clusters pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » dans le cadre d'un projet commun entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la HAS et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) : les agences régionales de santé (ARS) et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) étaient ainsi invitées à travailler en partenariat pour l'expérimentation de telles démarches dans les établissements de santé durant l'année 2016. Cette expérimentation ne concernera cependant qu'un certain nombre d'établissements.</p> <p>Aussi, il semble important qu'une action de formation mise en œuvre à compter de 2017, utilisant la méthodologie et les documents publiés par la HAS et l'ANACT, puisse être proposée à l'ensemble des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux pour étendre le déploiement d'une démarche qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière (FPH).</p>
Objectifs de la formation	<p>Savoir mettre en œuvre une démarche qualité de vie au travail en lien avec un projet organisationnel de l'établissement.</p> <p>Être en mesure d'impulser et faire vivre des espaces de discussion sur le travail en lien avec les circuits de décision de l'établissement.</p> <p>Être acteur opérationnel de la qualité de vie au travail (QVT) et savoir utiliser les outils nécessaires.</p> <p>Redonner à l'encadrement intermédiaire des marges de manœuvre pour réguler les problèmes organisationnels liés au travail.</p>

Éléments du programme	<p>I. – Concepts et démarches : « qualité de vie au travail », « espaces de discussion », « management du travail », « organisations apprenantes », « analyse de l'activité », « expérimentation », « évaluation embarquée ».</p> <p>II. – Expériences de développement de qualité de vie au travail dans différentes entreprises : des démarches qualité de vie au travail en soutien à des projets de transformation, exemples d'expériences d'établissements.</p> <p>III. – État des lieux des sujets QVT propres à l'établissement en distinguant ce qui se relève d'une analyse et d'une résolution locale (dans le cadre d'un espace de discussion sur le travail par exemple), de ce qui relève d'une démarche QVT en accompagnement d'un projet organisationnel de l'établissement.</p> <p>Le focus peut notamment porter sur la santé au travail (organisation des temps de travail, environnement physique, risques professionnels, prévention...), le contenu du travail (relations patients, sens du travail, travail en équipe, qualité des soins...), l'égalité des chances (équilibre vie privée vie professionnelle, égalité professionnelle, diversité et non discrimination...), le partage de valeurs (critères de qualité, engagement participatif...), la sécurisation des parcours et le développement professionnel (formation, parcours et compétences...).</p> <p>IV. – Mise en place d'une démarche expérimentale de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement : définition d'un périmètre (unité, service, pôle, établissement), insertion du projet dans les circuits décisionnels de l'établissement (articulation entre les espaces opérationnels et décisionnels), accompagnement d'un projet technico-organisationnel, dispositif d'interprétation des résultats, suivi et évaluation de la démarche, choix des indicateurs...</p> <p>Facteurs à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> – importance du rôle de l'encadrement dans la qualité de vie au travail : proximité auprès des agents, principe de subsidiarité, charge de travail des managers, qualité de l'information et communication, management du travail (intégration effective du travail dans les modes d'organisation et dans le fonctionnement global de l'établissement sanitaire, sociale et médico-social); – importance de l'équipe : vie des collectifs de travail, espaces de discussion (échanger en vue d'améliorer le travail et les conditions de sa réalisation) et implication de chaque agent (travail en équipe : travail collectif, travail solidaire, travail en sécurité et de qualité); – implication des acteurs institutionnels (direction, partenaires sociaux, instances) : articulation des démarches participatives, concertation et négociation, processus de décision.
-----------------------	--

ANNEXE 2

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Anticiper et accompagner l'impact humain des évolutions techniques et organisationnelles dans le cadre de la responsabilité sociale de l'employeur
Contexte	<p>L'évolution de l'environnement technique, économique et législatif de la fonction publique hospitalière conduit les établissements à ajuster en permanence leur fonctionnement et leur organisation pour répondre au plus près aux besoins de la population et aux enjeux de santé publique.</p> <p>Les établissements sont donc au centre d'un processus de changement continu dont la gestion et l'accompagnement est un enjeu majeur pour la réussite des transformations envisagées.</p> <p>Au-delà des ressources et des moyens alloués aux projets de réorganisations, la prise en compte de l'impact humain du changement constitue l'un des principaux facteurs de réussite de ces projets.</p> <p>Le rapport Lachmann, Larose et Pénicaud sur le bien-être et l'efficacité au travail (2010) identifie un déficit des établissements dans ce domaine qui fait écho à la montée des risques psychosociaux et à l'intensification du travail dans la fonction publique hospitalière. Les auteurs préconisent donc d'anticiper et [de] prendre en compte l'impact humain du changement» et estiment que «tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement».</p> <p>L'impact humain des changements s'apprécie de différentes façons: socialement (organisation du travail, mobilité...) en termes de compétences (évolution des compétences au regard du déploiement de nouvelles technologies ou de nouvelles techniques de travail...), au niveau relationnel (modification des collectifs de travail, des coopérations intra et inter-équipes), en termes de conditions de travail (intensification et densification, plans de prévention...).</p> <p>Si certains effets sont prévisibles et peuvent être anticipés, d'autres se révèlent dans le cours de l'action et nécessitent un traitement au plus près de l'activité de travail.</p> <p>Aussi, la prise en compte de l'impact humain du changement implique de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'inscrire dans un continuum qui va de la préparation du changement à sa mise en place concrète et à son évaluation; - s'appuyer sur les personnels directement concernés par les changements, qui sont les experts de leurs métiers et les mieux à même d'ajuster et de réguler leurs activités pour atteindre les objectifs fixés par l'institution. <p>L'anticipation et l'accompagnement de l'impact humain du changement s'inscrivent dans un mouvement global qui vise à améliorer durablement les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux, source d'efficacité des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de qualité des soins et du service rendu.</p> <p>Dans cette optique, l'orientation stratégique fondamentale du plan santé au travail 2016-2020 (PST3) invite à «faire de la prévention primaire une priorité» et «d'enclencher un processus de longue haleine accordant la première place à la prévention mais pas à la réparation, qui tout en restant indispensable devient seconde.»</p> <p>La prise en compte de l'impact humain du changement et de la prévention primaire est donc nécessaire pour permettre un dialogue social constructif sur les opérations de transformation des établissements de la fonction publique hospitalière, discutées dans les instances de dialogue social.</p> <p>Une formation axée sur cette thématique est donc souhaitable dans le contexte actuel de réorganisations et de restructurations.</p>
Objectifs de la formation	<p>Sensibiliser les acteurs du changement aux relations existants entre conditions de travail et efficacité et à l'analyse de l'activité.</p> <p>Proposer des éléments de méthode permettant de mettre en place un dispositif d'analyse des impacts humains du changement et de son accompagnement.</p> <p>Enrichir les projets de réorganisations par des éléments issus de l'analyse de l'activité.</p> <p>Mettre en œuvre l'accompagnement humain des évolutions techniques et organisationnelles dans le cadre d'une démarche préventive.</p>
Éléments du programme	<p>Rappeler les concepts et les liens existants entre: réorganisations/restructurations; santé, sécurité et conditions de travail; obligation de résultats; responsabilité sociale de l'employeur; acceptabilité sociale du changement; changement organisationnel et risques psychosociaux; «coûts cachés»; analyse de l'activité; discussion sur le travail; prévention primaire.</p> <p>Sensibiliser les acteurs à l'analyse de l'activité.</p> <p>Mettre en place un dispositif participatif permettant, dans un premier temps, d'analyser et d'évaluer l'impact humain des changements puis, dans un second temps, d'accompagner le déploiement des transformations et de les ajuster de façon dynamique: démarche participative centrée sur l'activité de travail; espace de discussion sur le travail; évaluation embarquée; instances de régulation; articulation des niveaux opérationnel et décisionnel; élaboration d'indicateurs de suivi et d'ajustement.</p> <p>Enrichir le projet de réorganisation avec les analyses de l'activité de travail et valoriser les ajouts dans le volet «santé et conditions de travail» débattu en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).</p>

ANNEXE 3

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Accompagner les personnels non titulaires pour la réussite des concours et examens professionnels réservés organisés en application de la loi Sauvadet (loi n° 2012-347 du 12 mars 2012)
Contexte	<p>La loi n° 2016-493 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires a prolongé la possibilité d'organiser des recrutements réservés d'accès à l'emploi titulaire jusqu'au 13 mars 2018. En l'absence de disposition particulière de la loi, ces concours ne pourront être ouverts qu'après la publication du décret modifiant celui du 6 février 2013, qui devrait intervenir à l'été 2016. La période d'organisation des concours sera donc relativement courte (18 mois), et les agents contractuels concernés n'auront accès qu'à deux voire une seule session (chaque candidat ne peut présenter qu'un concours par année civile).</p> <p>Le bilan de la première phase de ces recrutements (2013-2015) montre que 20 % des candidats présents ne sont pas admis à l'issue du concours (tous les postes ouverts aux concours ne sont donc pas pourvus).</p> <p>C'est pourquoi, dans l'esprit du dispositif, il est important que les agents candidats, dont beaucoup n'ont jamais passé d'épreuves de concours administratifs, bénéficient d'un accompagnement pour réussir ces épreuves.</p> <p>Les concours réservés comprennent (se référer aux arrêtés de juin 2013 fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des concours et examens professionnalisés réservés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une épreuve d'admissibilité pour la grande majorité consistant en l'examen des titres détenus par les candidats; pour l'accès au corps des attachés d'administration hospitalière, l'épreuve d'admissibilité est une épreuve écrite consistant en la rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier établi notamment en référence au programme mentionné aux I à VI du chapitre « droit hospitalier » de l'annexe 1 de l'arrêté du 15 février 2012; – une épreuve d'admissibilité pour la grande majorité consistant en l'examen des titres détenus par les candidats; pour l'accès au corps des attachés d'administration hospitalière, l'épreuve d'admissibilité est une épreuve écrite consistant en la rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier établi notamment en référence au programme mentionné aux I à VI du chapitre « droit hospitalier » de l'annexe 1 de l'arrêté du 15 février 2012; et une épreuve orale d'admission consistant en un entretien d'une durée maximale de vingt à trente minutes (selon les corps) avec le jury qui dispose à cet effet du dossier, accompagné des pièces justificatives, constitué par le candidat en vue de la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle. <p>La première partie de l'entretien est consacrée à un exposé du candidat, d'une durée de dix minutes au plus, présentant son parcours professionnel et les acquis de son expérience, les compétences mises en œuvre dans le cadre des activités exercées, ainsi que les diverses formations professionnelles dont il a bénéficié.</p> <p>La seconde partie de l'entretien est un échange avec le jury visant à apprécier la personnalité du candidat, sa motivation, les compétences et les connaissances techniques qu'il a acquises au cours de son parcours professionnel, sa connaissance des missions et de l'organisation du service dans lequel il exerce ses fonctions, sa connaissance de l'établissement et de ses règles internes de fonctionnement.</p>

ANNEXE 4

Objectifs de la formation	<p>Donner aux candidats la compréhension du mécanisme et des règles des concours et examens professionnalisés réservés.</p> <p>Renforcer la capacité des candidats à répondre aux exigences d'une épreuve écrite (lorsque le concours comprend une épreuve écrite: c'est le cas par exemple du concours réservé d'accès au corps des attachés d'administration hospitalière).</p> <p>Aider à la compréhension de ce qu'est le dossier de reconnaissance des acquis de son expérience professionnelle et accompagner sa constitution par le candidat. L'évocation du parcours professionnel ne doit pas être confondue avec un <i>curriculum vitae</i> ou une lettre de motivation.</p> <p>Permettre aux candidats de mieux appréhender l'épreuve orale du concours ou de l'examen en lui donnant quelques repères et en lui proposant quelques apports méthodologiques pour sa préparation: acquérir une meilleure connaissance de l'épreuve et des attendus, appréhender sa posture devant le jury (attitude, voix...), donner des pistes méthodologiques de préparation, organisation d'oraux fictifs.</p> <p>Donner confiance aux candidats, qui disposent d'une expérience de plusieurs années au sein de l'établissement, afin d'améliorer encore le taux de présence effective aux épreuves et le taux de réussite aux épreuves, des titularisations plus nombreuses et une moindre précarité dans la fonction publique hospitalière (FPH).</p>
Éléments du programme	<p>Le module de formation « Accompagner les personnels non titulaires pour la réussite des concours et examens professionnels réservés organisés en application de la loi Sauvadet »</p> <p>Le module de formation permettra aux participants de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaître et comprendre les différentes étapes du concours réservé auquel ils se présentent (épreuves d'admissibilité, examens des titres, épreuve orale, admission). 2. Informer sur la le mécanisme de classement dans un corps et un grade de la FPH, la période de stage, la titularisation et la progression de carrière. 3. En cas d'épreuve écrite (attaché d'administration hospitalière): méthodologie de la note de synthèse, apprendre à gérer le temps de l'épreuve, savoir structurer une note de synthèse, aide à la préparation de l'épreuve (connaissance des politiques publiques, intérêt pour l'actualité dans le champ hospitalier, importance de la présentation, de la syntaxe, de la grammaire et de l'orthographe).
AXE DE FORMATION 2017	
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> 4. Connaître les missions et le fonctionnement de son établissement d'affectation, prendre conscience de la place de celui-ci dans le système d'organisation des soins (à adapter selon les niveaux de concours). 5. Connaître son environnement professionnel, les différents métiers possible du corps auquel on souhaite accéder. 6. Accès à de la documentation et des annales en ligne: droit hospitalier, actualités de la santé publique. 7. Aide à la constitution du dossier de RAEP (reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle): méthodologie (importance des éléments de rétro-planning: le dossier RAEP a peu de chance d'être finalisé s'il n'est pas déjà conçu et réfléchi deux mois avant la première formation), aide au remplissage (un guide de remplissage pourra être diffusé ou mis en ligne). La RAEP est un exercice aux formats très clairement définis, et le jury doit pouvoir prendre appui sur des ensembles de documents strictement identiques dans leur nature. 8. Méthodologie de l'oral: présentation de l'épreuve d'admission, entraînement aux entretiens, repérage des attentes du jury, aide à la préparation de l'exposé, organisation d'oraux fictifs, identification des points spécifiques à travailler pour chaque candidat.

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	<p>Accompagner la mise en œuvre du programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier des patients et numérisation des informations échangées)</p>
Contexte	<p>Le programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier du patient et numérisation des informations échangées) en cours de mise en œuvre par la direction générale de l'offre de soins comprend une quinzaine de chantiers complémentaires dont certains (FIDES [facturation individuelle des établissements de santé], PESV2 [protocole d'échange standard d'Hélios version 2], TIPI [titre payable par Internet]...) déjà en cours de déploiement depuis plusieurs années, bénéficient de dispositifs d'accompagnement.</p> <p>Ce programme, orienté usager et parcours administratif hospitalier, vise à améliorer l'ensemble de la chaîne de l'accueil, de la facturation et du recouvrement de l'activité de soin des établissements de santé, notamment pour ce qui concerne le reste à charge du bénéficiaire des soins selon la prise en charge par l'organisme complémentaire, à simplifier le parcours administratif du patient, à fluidifier les échanges (flux de données, documents) liés à ce parcours entre les différents acteurs (établissements de santé, comptables publics, le cas échéant, assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC)). Des initiatives complémentaires d'optimisation de la chaîne accueil – facturation – recouvrement viennent compléter ce dispositif (notamment s'agissant du paiement immédiat du reste à charge patient).</p> <p>Dans ce cadre, plusieurs chantiers ont été initiés dans une trentaine d'établissements expérimentateurs en 2015 et ont vocation à être étendus progressivement à l'ensemble des établissements de santé. Outre un dispositif d'accompagnement par l'équipe projet de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et des cabinets de conseil, le cas échéant, accompagnent 35 établissements supplémentaires en 2016. Les établissements doivent donc être formés de manière très large aux les enjeux et à la méthodologie de déploiement de ces chantiers.</p> <p>Ces chantiers correspondent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'amélioration du pilotage de la performance de la chaîne de facturation et de recouvrement (sécuriser et améliorer le recouvrement des recettes, élément important de l'amélioration de la situation financière des hôpitaux dans un contexte global de recherche d'efficience, et notamment pour ce projet, améliorer le recouvrement des « restes à payer » au-delà de la prise en charge des régimes obligatoires) ; - l'optimisation et la simplification du parcours administratif du patient (simplifier le parcours administratif du patient pendant son hospitalisation, de l'admission à la sortie: gain de temps sur les files d'attente à l'enregistrement et à l'encaissement, avec des points de paiement automatisés, moindres déplacements entre les lieux de soins et lieux administratifs; limitation des passages en caisse aux seuls patients ayant un reste à charge à régler...); - l'accompagnement au changement des acteurs hospitaliers de la chaîne (alléger et automatiser le travail des personnels en charge de l'accueil administratif des patients et de la facturation) et leur professionnalisation. <p>Peu d'établissements disposent aujourd'hui de compétences internes pour mener à bien ces actions alors que celles-ci ont des impacts tant en termes organisationnels, économiques, qu'en termes de qualité d'accueil et de service rendu au patient.</p>
Objectifs de la formation	<p>Connaître les enjeux associés au programme SIMPHONIE: tant du point de vue financier que du point de vue de l'amélioration du circuit administratif du patient dans une logique de qualité de service.</p> <p>Maîtriser les fondamentaux de la démarche de mise en place de ces chantiers au sein d'un établissement: équipe projet à mettre en place, planning de déploiement, outils types à mobiliser pour le diagnostic initial et pour la mise en œuvre des leviers d'optimisation, personnels à mobiliser/former dans l'établissement, etc.</p> <p>Maîtriser les actions clés à mettre en place pour optimiser le parcours administratif du patient</p> <p>Être en capacité de piloter ou de participer, quelle que soit sa fonction, à la mise en œuvre de la démarche SIMPHONIE dans son établissement à l'issue de la formation.</p>

ANNEXE 5

AXE DE FORMATION 2017	
Éléments du programme	<p>Cette formation sera de préférence déclinée en mode projet avec des équipes constituées dans l'objectif de mettre en œuvre la démarche SIMPHONIE dans leur établissement.</p> <p>1. Les enjeux de SIMPHONIE et les bénéfices attendus d'une optimisation de la chaîne de facturation-accueil-recouvrement: Enjeux de qualité de service rendu au patient: simplification des démarches administratives, diminution des temps d'attente... Enjeux financiers: sécurisation des recettes, amélioration des délais et des taux de recouvrement... Enjeux de simplification pour les personnels des bureaux des entrées: automatisation des tâches, dématérialisation...</p> <p>2. Les outils disponibles et leur utilisation: Kit de déploiement. Outils de diagnostic. Guides de bonnes pratiques. Modes opératoires et « arbres de décision ». Logigrammes. Retours d'expérience.</p> <p>3. Les étapes de la mise en œuvre de la démarche SIMPHONIE au sein d'un établissement: Calendrier type. Personnes à mobiliser. Critères de réussite. Actions clés à mener aux différentes étapes de diagnostic et de mise en œuvre des pistes d'amélioration.</p>

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Bonne utilisation du dossier patient informatisé dans le cadre d'un exercice pluridisciplinaire au sein d'un établissement de santé
Contexte	<p>La tenue du dossier médical du patient est exigée dans le code de la santé publique et le code civil rappelle que l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier. L'informatisation du dossier patient est bien engagée voir déjà terminée pour la moitié des établissements de santé.</p> <p>Les professionnels doivent désormais mieux l'intégrer à leurs pratiques.</p> <p>Il apparaît nécessaire d'organiser des formations sur cette thématique pour favoriser la bonne utilisation du dossier patient informatisé.</p>
Objectifs de la formation	<p>Comprendre les enjeux et les bénéfices de l'informatisation du dossier patient.</p> <p>Faciliter la coordination des soins entre les différents professionnels de santé.</p> <p>Favoriser une prise en charge partagée du patient au sein des différentes unités de soins de l'établissement et avec ses partenaires (ville, réseaux, etc.).</p>
Éléments du programme	<p>1. Les enjeux relatifs au dossier du patient Comprendre les enjeux et les bénéfices d'un dossier patient informatisé pour les différentes parties prenantes: pour les patients, pour les professionnels de santé, etc.</p> <p>2. De l'obligation de tenue d'un dossier patient. La réglementation et les recommandations concernant à la fois la constitution, la tenue et le contenu du dossier du patient.</p> <p>3. Le contenu et la forme du dossier patient Quelles sont les données à y faire figurer? Quels types de documents?</p> <p>4. De la bonne tenue du dossier patient La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel de la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient.</p> <p>5. La démarche qualité en lien avec le dossier patient et les résultats des certifications HAS (Haute Autorité de santé) sur ce critère L'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. Le thème de la tenue du dossier du patient est développé pour le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, avec des outils dédiés.</p> <p>6. L'éthique et l'accès au dossier du patient Les données de santé à caractère personnel doivent être bien protégées. Des règles d'accès et d'usage du dossier patient doivent être formalisées au sein de chaque établissement.</p> <p>7. Le partage d'information Le dossier doit devenir un véritable outil de partage au sein de l'établissement de santé entre les différents professionnels mais également un support aux échanges ville-hôpital.</p> <p>8. En cas de dysfonctionnement Des procédures doivent prévoir un fonctionnement dégradé en cas de panne du système et également les modalités de récupération des données lors du retour à la normale.</p> <p>9. Le droit d'accès au dossier par l'utilisateur Différentes réglementations se combinent pour permettre l'accès au dossier par le patient lui-même, mais aussi éventuellement par son représentant légal, ses ayants droit.</p>

ANNEXE 6

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Le compte qualité dans la certification : améliorer le management de la qualité et des risques dans les établissements sanitaires
Contexte	<p>La mise en œuvre du compte qualité s'inscrit dans la perspective de conforter la mise en place de système de management de la qualité et des risques au sein des établissements dans le cadre de la démarche de certification. En effet, la V2014 a pour objectif « d'évaluer, d'une part, l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité et d'autre part la maturité des démarches qualité et gestion des risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients ».</p> <p>Ainsi, afin de faciliter la priorisation des actions déployées au sein des établissements, sanitaires, la Haute Autorité de santé (HAS) a mis en place le compte qualité, un outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques.</p> <p>Le compte qualité devient la porte d'entrée et un outil de dialogue dans le cadre de la démarche de certification. Sa mise en œuvre se substitue à la démarche d'autoévaluation, qui a permis aux établissements de santé de réaliser un diagnostic de leurs points forts et des axes d'amélioration au regard des référentiels de la HAS, mais qui a atteint ses limites car elle ne garantit pas en soi que les actions correctrices soient réalisées en temps et en heure.</p> <p>Ce nouvel outil, intégralement informatisé et mis à disposition des établissements, propose une nouvelle approche de l'autoévaluation tournée vers l'action et a vocation à traduire les engagements prioritaires de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il est adressé par chaque établissement à la HAS tous les vingt-quatre mois pour le suivi des actions et des résultats.</p> <p>Cette démarche doit s'appuyer sur une politique institutionnelle et un programme d'actions évolutif établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.</p> <p>Afin d'accompagner les professionnels dans l'élaboration du compte qualité de leur établissement de santé, il apparaît important de proposer une formation réunissant des professionnels médicaux et non médicaux permettant de partager les enjeux du compte qualité, sa méthodologie et sa mise en œuvre. En effet la V2014 attend de l'établissement, au travers d'une approche orientée gestion des risques, qu'il démontre que son système de management de la qualité et des risques est suffisamment mature, c'est-à-dire formalisé, déployé sur le terrain et amélioré en continu, pour maîtriser ses risques et conserver voire dépasser le niveau atteint.</p>
Objectifs de la formation	<p>S'approprier le sens, les objectifs et les enjeux du compte qualité.</p> <p>Améliorer le management de la qualité et des risques par la mise en œuvre du compte qualité dans le cadre de la démarche de certification.</p> <p>Accompagner les professionnels dans l'élaboration du compte qualité de leur établissement de santé. Identifier les thématiques obligatoires ou complémentaires.</p> <p>Savoir caractériser, évaluer, analyser et prioriser les risques selon les différentes étapes cibles.</p> <p>Définir et conduire des plans d'actions d'amélioration en équipe.</p> <p>Utiliser le compte qualité comme un outil de dialogue interne et avec la HAS.</p> <p>Utiliser le compte qualité pour accompagner la mise en place d'un groupement hospitalier de territoire.</p>
Éléments du programme	<p>1. Le compte qualité dans la certification : les supports mis à disposition par la HAS : Les enjeux du compte qualité, son utilisation dans le cadre de la préparation de la visite et sa mobilisation par les experts-visiteurs en visite. Le guide utilisateur compte qualité « SARA » présentant les fonctionnalités du compte qualité sur la plateforme « SARA ». Retour d'expérience sur les cent premiers comptes qualité reçus en 2015. Une fiche technique décrivant, au travers de cas concrets, les modalités de mise à jour d'un compte qualité suite à la réception du rapport de certification. Les clubs utilisateurs régionaux compte qualité organisés par la HAS à partir de 2016.</p> <p>2. Apports pratiques S'approprier la méthode. Développer les pratiques d'évaluation continue dans le cadre d'un programme d'actions évolutif établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.</p> <p>3. Inscrire la démarche du compte qualité dans la politique institutionnelle Établir un compte qualité. Utiliser le compte qualité comme un outil d'aide à la décision et de suivi institutionnel.</p>

ANNEXE 7

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Fomer les personnels des établissements de la FPH à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
Contexte	<p>L'instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) définit le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en SSE, dit « ORSAN » (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles).</p> <p>Il s'agit d'un dispositif intégré de préparation qui a vocation à adapter les parcours de soins des patients et à déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'événements. Ce dispositif comprend notamment des orientations relatives à la formation des professionnels de santé aux SSE (cf. instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGS_2014_153_preparation_du_système_de_santé_a_la_gestion_des_SSE.pdf).</p> <p>À ce titre, la formation des professionnels de santé constitue un élément important de la préparation de la réponse aux SSE notamment la prise en charge des victimes d'attentats. En particulier, la mise en œuvre des mesures prises au titre du schéma ORSAN requiert que tous les acteurs possèdent les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leur mission. Cette formation aux SSE doit donc s'intégrer au plan de formation des établissements de santé et participer au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.</p> <p>Les dernières crises sanitaires : SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), pandémie grippe A(H1N1), MERS-CoV (MERS-coronavirus), Ebola, etc.) et les récents attentats démontrent l'importance de cette formation initiale et continue afin d'être en mesure d'assurer la prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles, tout en assurant la sécurité des professionnels de santé et des personnels des établissements de santé.</p> <p>Enfin, dans le contexte actuel et suite à la feuille de route annoncée par la ministre, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes d'attentats constitue une priorité.</p>
Objectifs de la formation	<p>L'objectif est de disposer, sur l'ensemble du territoire, de professionnels de santé formés à la préparation et à la prise en charge des SSE en particulier au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux : acquérir les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leurs missions notamment pour la préparation des plans blancs ou des plans bleus et leur mise en œuvre.</p> <p>Dans le contexte actuel et suite à la feuille de route post attentats annoncée par la ministre, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes d'attentats constitue une priorité. (Cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes).</p>
Éléments du programme	<p>Programme de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (cf. arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493</p> <p>Programme de formation des formateurs et des référents aux situations sanitaires exceptionnelles (cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles) : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf</p>

ANNEXE 8

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie
Contexte	<p>Le programme de formation présenté ici s'appuie sur un guide de la Haute Autorité de santé qui sera publié à l'automne 2016 et qui concerne la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes: des recommandations de bonnes pratiques sont aussi en cours d'élaboration.</p> <p>Ce travail s'inscrit dans la continuité de l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique réalisée à la HAS sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon; les recommandations rappelaient que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes souffrant de troubles mentaux sont avant tout victimes de violences et ne sont que rarement impliquées dans des violences faites aux tiers; - la violence ne concerne pas la maladie mentale en général mais peut être liée à certains moments de l'évolution des troubles, s'exprimant dans des conditions spécifiques. <p>Les recommandations de la commission d'audition soulignaient que, en institution, « la réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins », rendant nécessaire la mise en place de moyens institutionnels et tout particulièrement d'une équipe soignante « formée, compétente et en nombre suffisant ».</p> <p>La gestion des risques et des situations de violence fait partie des compétences nécessaires en psychiatrie et chaque unité doit être prête à les prendre en charge. Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes et les compétences spécifiques dans la gestion de ces situations, sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et le recours aux mesures de contention et d'isolement.</p> <p>Une formation spécifique doit donc permettre de renforcer les compétences des équipes des services psychiatriques pour prévenir et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation psychiatrique et ainsi limiter le recours à la contention et à l'isolement.</p>
Objectifs de la formation	<p>Sur un plan opérationnel, il s'agit de diffuser des méthodes permettant d'aider les professionnels dans l'élaboration de programmes d'amélioration des pratiques et des compétences:</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborés par chaque équipe de soins, à partir d'un ensemble d'éléments de bonne pratique et d'outils proposés par la HAS; - en lien avec les besoins ressentis par les professionnels, le point de vue des usagers et de leurs représentants et les enjeux de la prise en charge des patients; - dotés d'objectifs explicites d'amélioration, correspondant aux principaux leviers pour améliorer la qualité des soins; - menés dans un cadre pluriprofessionnel; - inscrits dans une progressivité pluriannuelle, prenant en compte les réalités du terrain et l'équilibre entre des objectifs ambitieux et des projets modestes pouvant être menés à leur terme, avec une progression à petits pas; - facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels; - évalués par l'équipe (objectifs définis, indicateurs de suivi). <p>Les formations à la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie doivent répondre aux exigences suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - être cohérentes avec certaines valeurs du soin: la priorité donnée au patient, au respect de ses droits et à la recherche de sa participation aux soins, la reconnaissance de sa maladie et la recherche d'un abord thérapeutique respectueux des personnes; - être conformes à la réglementation et aux bonnes pratiques; - aborder la violence comme un phénomène complexe et multidimensionnel et proposer des bases théoriques pour la compréhension du phénomène; - intégrer les points de vue des patients, des familles et des professionnels; - aborder les stratégies de prévention primaires, secondaires et tertiaires et pas seulement les techniques de gestion de la crise; - mettre l'accent sur les méthodes pédagogiques facilitant la mise en pratique: études de cas, mises en situation...; - concerner l'ensemble d'une équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire (par ex: certains modules menés en équipe, sur le site professionnel); - être personnalisées et adaptées aux réalités des équipes afin de permettre une intégration aux pratiques; - comprendre un volet d'évaluation des pratiques en amont et en aval de la formation ainsi qu'un volet de suivi et de maintien des compétences dans le temps.
Observations sur l'organisation de la formation	<p>La HAS met à disposition des professionnels des service d'hospitalisation en psychiatrie un guide méthodologique accompagné de 15 programmes et 14 outils pour l'amélioration des pratiques à utiliser en fonction des besoins des équipes et à adapter en fonction de leur contexte d'exercice, dans le cadre d'un programme pluriannuel.</p> <p>Il s'agit d'une formation à mettre en place au niveau local et à planifier sur une période longue. Elle correspond à une action de développement professionnel continu pour les professionnels de santé, mais peut être ouverte à d'autres professionnels des services de psychiatrie.</p>

ANNEXE 9

Éléments du programme	<p>I. – Programmes d'amélioration</p> <p>Prévention initiale:</p> <p>P1. Appréhender la réalité de la violence en services d'hospitalisation en psychiatrie P2. Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation P3. Impliquer le patient dans sa prise en charge. Améliorer l'accueil du patient P4. Accueillir la famille et l'entourage P5. Améliorer la collecte des données du patient et le circuit de l'information</p> <p>Prévention secondaire:</p> <p>P6. Prévenir et gérer la crise</p> <p>Prévention tertiaire:</p> <p>F7. Reprendre un incident avec le patient P8. Reprendre un incident en équipe P9. Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel</p> <p>Programmes d'amélioration transversaux:</p> <p>P10. Mettre en place, en continu, une gestion des risques P11. Construire une dynamique d'équipe P12. Organiser et promouvoir la prévention et la gestion de la violence au niveau de l'établissement P13. Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bientraitance P14. Actualiser et renforcer les connaissances et compétences fondamentales P15. Prévenir et prendre en charge les situations de violence chez les patients en hospitalisation longue durée</p> <p>II. – Outils pour l'amélioration des pratiques</p> <p>01. Projet thérapeutique individualisé 02. Recueil de données sur le parcours du patient 03. Plan de prévention partagé: une démarche travaillée avec le patient 04. L'information au service du parcours du patient: contenu, circuits, supports 05. Stratégie de désamorçage de situations à risque de violence 06. Mise en place d'espaces d'apaisement 07. Appel à renforts 08. Prise en charge du patient après un état d'agitation 09. Réunions d'équipe post-incident 010. Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel 011. Exemples de démarches d'analyse et amélioration des pratiques 012. Guide pour un projet de service partagé 013. Guide « Prévention de la violence au niveau de l'établissement » 014. Renforcement des connaissances et compétences – séances de travail et jeux de rôles</p>
-----------------------	--

AXE FORMATION 2017	
Intitulé	Gérer la prise en charge médicamenteuse en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Contexte	Cette action s'inscrit dans le cadre du plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées, et plus particulièrement de la mesure 17 qui porte sur le renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD).
Objectifs	Promouvoir une culture de qualité et de sécurité partagée au sein de l'équipe médicale et soignante de l'établissement. Il s'agira par exemple de déployer les outils existants relatifs à l'autoévaluation pluridisciplinaire des risques liés à la prise en charge médicamenteuse.
Éléments du programme	<ol style="list-style-type: none"> Point sur la réglementation, notamment en mettant en exergue les différences de la prise en charge médicamenteuse en sanitaire et médico-social: <ul style="list-style-type: none"> – comment concilier la réglementation relative à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée en EHPAD et l'autonomie de la personne âgée que l'EHPAD doit favoriser? – cas de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD dont les prix de journée ne comportent pas la prise en charge du coût des médicaments? – cas de la prise en charge médicamenteuse dans un EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)? Développer les compétences: <ul style="list-style-type: none"> – relatives à la politique du médicament, la pharmacologie et la gériatrie; – pour analyser le processus de la prise en charge médicamenteuse de la structure dans laquelle les professionnels exercent (conduite d'une autoévaluation, d'un audit); – pour élaborer un plan d'actions et de gestion des risques; – pour identifier et suivre des indicateurs de processus et de résultats. Développer les savoir-faire: <ul style="list-style-type: none"> – en analyse de cas: groupe d'analyse de pratiques (groupe de pairs, groupe pluridisciplinaire, revue de dossiers), dans une démarche participative et pluridisciplinaire; – en gestion des risques <i>a posteriori</i> (retour d'expérience, revue de mortalité et de morbidité, revue des erreurs médicamenteuses) et <i>a priori</i> (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets); – relatif à l'éducation thérapeutique, aux respects des droits relatifs à la liberté d'aller et venir dont découlent les droits des usagers, dont les directives anticipées; – sensibiliser à une démarche éthique.

ANNEXE 10

AXE DE FORMATION AFN 2017	
Intitulé	Laïcité, droits et obligations dans les établissements de la fonction publique hospitalière (FPH)
Contexte	<p>En matière de laïcité, les établissements publics de santé ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux doivent veiller au respect de deux règles fondamentales :</p> <ul style="list-style-type: none"> – stricte neutralité de la part des personnels exerçant dans ces établissements qui ne doivent manifester d'aucune façon une appartenance religieuse ; – respect des croyances des patients et résidents accueillis dans les établissements de la FPH qui doivent pouvoir suivre les préceptes de leur religion, ces droits s'exerçant dans le respect de la liberté des autres patients ou résidents. <p>Les évolutions sociétales et le contexte de l'actualité rendent nécessaires une affirmation et une clarification de ces principes.</p> <p>Ainsi, plusieurs actions récentes du Gouvernement visent au renforcement des principes de laïcité dans la fonction publique et dans les établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'article 1^{er} du projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires affirme l'obligation d'exercice du fonctionnaire dans le respect du principe de laïcité ; – le thème de la laïcité est inscrit en point 2 des priorités triennales de formation de la fonction publique pour la période 2015-2017 ; – l'Observatoire national de la laïcité vient de publier un « guide de la laïcité et de la gestion du fait religieux dans les établissements de santé ». <p>Une proposition d'action de formation relative aux principes et fondamentaux de la laïcité avait été inscrite dans la circulaire DGOS (direction générale de l'offre de soins) du 19 juillet 2013 relative aux orientations de développement des compétences pour l'année 2014.</p> <p>Cependant, un certain nombre d'indicateurs font apparaître le besoin d'une nouvelle action de formation, renforcée, qui pourrait être déployée sous la forme d'une action de formation nationale dans l'objectif d'accompagner au mieux les équipes hospitalières sur ce sujet :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ainsi, selon les résultats d'une enquête réalisée par la FHF auprès des établissements hospitaliers et des établissements médico-sociaux (171 réponses), seulement 17 % des établissements hospitaliers et 1,7 % des établissements médico-sociaux ayant répondu, ont organisé des formations sur le thème de la laïcité à ce jour ; – toujours en fonction des résultats de cette enquête, seulement un tiers des établissements a affiché et rendu visible la charte de la laïcité, et seulement un quart d'entre eux a désigné un correspondant laïcité. <p>Cette action de formation pourrait être dispensée à des groupes constitués par chaque établissement, renforcés à devenir les « personnes ressources » de leur établissement.</p> <p>L'objectif serait ainsi d'instaurer une véritable démarche institutionnelle, en permettant à ces personnes ressources de maîtriser les connaissances fondamentales ainsi que les méthodes permettant de faire face aux tensions et conflits éventuels sur le sujet, pour pouvoir ensuite les diffuser dans leur établissement.</p>
Objectifs de la formation	<p>Maîtriser les connaissances et les principes fondamentaux concernant la laïcité.</p> <p>Maîtriser les connaissances générales relatives aux principales religions.</p> <p>Savoir partager les principes de laïcité concernant les personnels et pouvoir contribuer à leur mise en œuvre.</p> <p>Savoir partager les principes de laïcité concernant les patients accueillis et pouvoir contribuer à leur mise en œuvre.</p> <p>Savoir prévenir et faire face à des situations de tensions et à des situations mettant en cause le respect de la laïcité, et être en mesure de diffuser méthodes et postures adaptées dans l'établissement.</p> <p>Connaître la fonction de référent en laïcité et ses missions.</p> <p>Être en mesure d'observer et d'évaluer le respect du principe de laïcité dans l'établissement.</p> <p>Au final, pour chaque participant, être en mesure de participer efficacement au déploiement d'une démarche globale relative à la laïcité dans l'établissement.</p>
Éléments du programme	<p>I. – Connaissances et principes fondamentaux relatifs à la laïcité</p> <p>1. Le principe républicain de laïcité en France et les textes fondamentaux – Le concept</p> <p>Retour à l'étymologie : le terme grec <i>laos</i> quelle signification ?</p> <p>Le sens du mot laïc à travers les siècles.</p> <p>La Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (article 10).</p> <p>Les lois relatives à l'enseignement de 1850 à 1886.</p> <p>La loi du 9 décembre 1905 de séparation des églises et de l'État, cadre principal de la laïcité en France avec ses deux grands principes : la liberté de conscience et le principe de séparation.</p> <p>La Constitution du 27 octobre 1946 (préambule).</p> <p>La Constitution du 4 octobre 1958.</p> <p>La loi du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public (et la circulaire du 2 mars 2011 relative à sa mise en œuvre).</p> <p>L'instauration de l'Observatoire national de la laïcité (rôle et travaux).</p> <p>Le concept de laïcité en France.</p>

Éléments du programme	<p>2. Principes fondamentaux de la laïcité dans la fonction publique et à l'hôpital : neutralité et liberté de conscience</p> <p>Neutralité de l'État et principe de non-discrimination à l'hôpital public (circulaire DHOS du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé).</p> <p>Charte de la laïcité dans les services publics, droits et devoirs des agents publics et des usagers du service public à l'égard du principe républicain de laïcité (circulaire SG du 13 avril 2007).</p> <p>Charte du patient hospitalisé et droits des personnes hospitalisées (circulaire DHOS/DGS du 2 mars 2006).</p> <p>Charte nationale des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière (circulaire DGOS du 5 septembre 2011).</p> <p>Guide pratique de la laïcité dans les établissements publics de santé (publié en février 2016 par l'Observatoire national de la laïcité).</p> <p>II. – Les fondamentaux à connaître concernant les principales religions pratiquées en France</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaissance des religions reconnues en France : (église catholique, églises protestantes, islam, judaïsme, bouddhisme, données statistiques et évolution) ; 2. Religions, pratiques et rites associés (alimentation spécifique, pratique du culte, rites funéraires) : origine des pratiques et compréhension de ces pratiques. 3. La problématique des mouvements d'obédience religieuse non reconnus (témoins de Jéhovah, adventistes du 7^e jour). <p>III. – Laïcité, droits et obligations des agents publics : non-discrimination, stricte neutralité, outils pour faire respecter ces droits et obligations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non-discrimination dans le recrutement et le parcours de carrière, un principe constitutionnel (Nul ne peut-être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances). 2. La neutralité, la loi commune de tous les agents publics dans l'exercice de leur service (absence de tout signe extérieur d'appartenance religieuse, respect de la neutralité dans l'expression verbale, réalisation des actes professionnels dans le respect des règles déontologiques et de l'art, absence de tout prosélytisme). 3. Méthodes et postures dans les situations de tensions ou de conflits avec les agents dans les cas de non-respect des principes de laïcité : <ul style="list-style-type: none"> – les fondamentaux à mettre en œuvre : les obligations générales de tout agent public recouvrent les obligations en matière de laïcité ; – le formateur proposera des « outils » (fiches rappelant les règles, accompagnement de la formation par des vidéos, jeux de rôles sur des cas types) ; – l'importance de cet aspect opérationnel de la formation est soulignée. <p>IV. – Laïcité, droits et obligations des patients et usagers, outils pour faire respecter ces droits et obligations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Droits et obligations : <ul style="list-style-type: none"> – possibilité de pratiquer le culte, respect des préceptes ; possibilité hors situation d'urgence de solliciter le médecin de son choix ; – obligations : respect des lois (interdiction de la dissimulation du visage dans l'espace public), respect de la liberté des autres patients et usagers. 2. Religions, soins et prise en charge médicale à l'hôpital (cf. fiches du guide de la laïcité à l'hôpital) 3. Conduites à tenir, méthodes et postures dans les situations de tensions ou de conflits avec les patients et usagers : <ul style="list-style-type: none"> – les fondamentaux à mettre en œuvre : les obligations générales de tout patient ou usager accueilli recouvrent les obligations en matière de laïcité ; <p>Le formateur proposera des « outils » (fiches rappelant les règles, accompagnement de la formation par des vidéos, jeux de rôles sur des cas types) ;</p> <p>L'importance de cet aspect opérationnel de la formation est soulignée.</p> <p>V. – Les aumônières à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux et sociaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leur statut (salaire ou bénévole), leur mode de désignation, l'obligation à venir de recrutement des personnes pouvant faire état d'un diplôme universitaire de formation civile et civique. 2. Leur rôle. 3. Les relations entre aumônières et directions hospitalières. <p>VI. – L'observation et l'évaluation du respect du principe de laïcité à l'hôpital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le référent laïcité à l'hôpital, le référent laïcité à l'agence régionale de santé. 2. Le suivi des faits significatifs concernant le principe de laïcité à l'hôpital.
-----------------------	--

ANNEXE 11

AXE DE FORMATION AFN 2017	
Intitulé	Améliorer la communication entre professionnels de santé et avec le patient en vue de sécuriser sa prise en charge
Contexte	<p>L'amélioration de la communication avec le patient, mais aussi entre professionnels est un élément majeur de la sécurité des patients et fait d'ailleurs partie des actions à mettre en œuvre définies dans le Programme national pour la sécurité des patients (PNSP). Le défaut de communication a un impact direct sur la qualité des soins et la sécurité des patients. La littérature est abondante sur ce sujet pour montrer que le défaut de communication est l'une des causes majeures d'évènement indésirable associé aux soins (EIAS). Par ailleurs, elle souligne les difficultés des patients à s'approprier les explications médicales, ce qui peut impacter également leur état de santé.</p> <p>Alors que la communication est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné, il est constaté que les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans de nombreuses situations telles que l'annonce d'une pathologie grave, l'information sur un dommage involontairement causé au patient, etc. Il est donc indispensable de mieux répondre aux attentes et aux besoins légitimes des patients.</p> <p>Une formation ayant pour objectif l'appropriation de méthodes de communication adaptées peut constituer une aide aux professionnels de santé qui souhaitent améliorer leurs pratiques tant sur l'information donnée aux patients que dans leur écoute.</p> <p>Cette formation peut s'appuyer sur différents outils et méthodes de communication, notamment mis au point par la Haute autorité de santé.</p>
Objectifs de la formation	<p>Appréhender l'impact du défaut de communication sur la survenue d'évènements indésirables associés aux soins.</p> <p>Mobiliser les concepts fondamentaux de toutes les dimensions de la communication.</p> <p>Identifier, en équipe, les modes de communication et outils pertinents concourant à la sécurité du patient.</p> <p>Définir une démarche d'amélioration et son suivi pour l'équipe, prenant notamment en compte les spécificités du patient.</p>
Éléments du programme	<p>I. – Éléments de contexte</p> <p>Les effets d'un défaut de communication sur la sécurité des patients: la nécessité de la communication et de la diffusion de l'information entre les différents professionnels prenant en charge le patient.</p> <p>La communication entre les professionnels de santé et les usagers: la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé permet de s'assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues.</p> <p>L'annonce d'une mauvaise nouvelle (d'une maladie ou d'une rechute): une étape majeure de la relation avec le patient. Elle concerne les médecins, mais également tous les professionnels qui assurent la prise en charge du malade.</p> <p>L'annonce d'un dommage associé aux soins.</p> <p>II. – Les concepts généraux de la communication</p> <p>III. – Les outils, en particulier</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'outil « FAIRE DIRE ». 2. L'outil « SAED ». <p>IV. – Mises en situation, notamment:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'annonce d'une mauvaise nouvelle: L'objectif est d'apporter, à travers une série de questions sources de réflexion, une aide aux professionnels qui souhaitent améliorer leurs pratiques sur ce thème. 2. L'annonce d'un dommage associé aux soins: L'objectif: rassurer et accompagner les professionnels de santé dans cette démarche souvent difficile; répondre aux attentes et aux besoins légitimes des patients.

ANNEXE 12

AXE DE FORMATION AFN 2017	
Intitulé	Sécurité des patients opérés ou faisant l'objet d'une technique invasive
Contexte	<p>Dans le guide pluriprofessionnel pour l'éducation à la sécurité des patients, publié en 2011 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et traduit en français en 2015 sous le titre « Guide pédagogique pour la sécurité des patients » l'OMS fournit un ensemble de connaissances de bases et des ressources pédagogiques axées sur la sécurité dans les environnements de soins.</p> <p>Combinant des exemples de situations concrètes vécues par tout professionnel de santé et des références théoriques, ce guide explicite l'impact des savoirs non techniques (qualité du travail en équipe, implication du management, apprentissage à partir des erreurs, etc.) sur la sécurité des soins. Les études mettent en évidence une prévalence des risques extrêmement importante dans les actes invasifs. Elles démontrent que le déficit en savoirs non techniques, tels qu'une culture organisationnelle et une culture de sécurité, ont un impact négatif supérieur à un déficit de compétences techniques de la part des effecteurs.</p> <p>Pour accroître la sécurité de ces procédures invasives, l'OMS a préconisé la check-list au bloc, parmi différents outils. Celle-ci a été adaptée puis diffusée par la HAS. L'adhésion des professionnels à cet outil n'est toutefois pas encore suffisante. En 2016, la HAS a publié un outil spécifiquement destiné à la coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens¹ et a actualisé la check-list</p> <p>Pourquoi une formation à partir du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients ?</p> <p>Les procédures invasives représentent une variété croissante d'actes thérapeutiques ou diagnostiques et leurs conditions de réalisation sont en constante évolution (augmentation régulière du recours à la chirurgie ambulatoire, mutations dans les techniques, etc.).</p> <p>La réalisation de ces actes a pour caractéristique d'associer un nombre important de professionnels de santé de profils différents aux côtés du patient et d'exiger de leur part une coordination rigoureuse.</p> <p>Les procédures invasives entrent pour une part significative dans les estimations de survenue des évènements indésirables associés aux soins. Selon l'OMS entre 0,4 et 0,8 % des actes chirurgicaux entraînent un décès et de 3 à 16 % d'entre eux sont associés à des complications, que celles-ci soient infectieuses, relèvent d'une erreur procédurale ou de la mise en œuvre d'un protocole inadapté.</p>
Objectifs de la formation	<p>Favoriser une dynamique individuelle et d'équipe pour l'amélioration de la sécurité dans la réalisation des procédures invasives qu'elles soient chirurgicales ou dans des spécialités interventionnelles.</p> <p>Faire percevoir l'impact négatif majeur que peuvent avoir des organisations et des comportements inadéquats, marqués par des insuffisances dans la coopération, la concertation, la traçabilité et la communication et, à l'inverse, faire prendre conscience du potentiel d'amélioration des procédures et de son impact sur les résultats des soins et sur la qualité de vie au travail.</p>
Éléments du programme	<p>Le module de formation « sécurité de l'opéré » est conçu à partir du Guide pédagogique pour la sécurité des patients de l'OMS, édition multiprofessionnelle.</p> <p>Le module de formation permettra aux participants de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faire une revue des évènements indésirables évitables associés à la chirurgie et aux procédures invasives et de leurs causes principales. 2. Prendre la mesure de l'impact des facteurs humains et organisationnels dans la survenue de ces évènements indésirables. 3. Percevoir l'importance de l'implication individuelle pour une bonne coordination des soins; autoévaluer son implication dans la qualité du travail en équipe; autoévaluer sa capacité à communiquer avec les membres de l'équipe et le patient; autoévaluer sa capacité à comprendre et gérer en équipe les risques cliniques, les évènements indésirables des moins graves (évènements porteurs de risques au plus graves). 4. Identifier les principales « barrières de sécurité » de prévention, de récupération et d'atténuation pour améliorer la sécurité dans les procédures invasives ainsi que l'évaluation qui a pu en être faite. 5. S'informer sur les principaux programmes internationaux destinés à sécuriser les procédures invasives. 6. Élaborer, en groupe, des scénarios et actions d'amélioration de la sécurité; mises en situation et simulations de leur pratique.

ANNEXE 13

AXE DE FORMATION AFN 2017	
Intitulé	Savoir prendre en charge un patient atteint d'une maladie de Parkinson dans un service hospitalier non spécialisé en neurologie et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Contexte	<p>La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente, après la maladie d'Alzheimer, et la deuxième cause de handicap moteur chez l'adulte après les accidents vasculaires cérébraux.</p> <p>On compte environ 150 000 malades en France, et 8 000 nouveaux cas se déclarent chaque année. Très rare avant 45 ans, la maladie de Parkinson atteint essentiellement les sujets plus âgés : 1 % de la population est concernée après 65 ans, et le pic de fréquence se situe autour de 70 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes.</p> <p>La maladie de Parkinson est une maladie chronique, d'évolution lente et progressive. Si elle peut présenter des caractères généraux (symptômes, phases d'évolution), ils peuvent néanmoins présenter des aspects variables selon l'individu.</p> <p>Si actuellement le traitement corrige les symptômes sans permettre d'empêcher la progression de la maladie ni de la guérir, l'évolution de la maladie est cependant indissociable des méthodes de traitement disponibles.</p> <p>Les contraintes liées à ces traitements, leurs éventuels effets secondaires ainsi que la nécessité de les adapter selon l'évolution de la maladie doivent être impérativement connus et pris en compte dans le cadre d'une prise en charge efficiente.</p> <p>La prise en charge de ces patients aux urgences ou dans des services hospitaliers autres que ceux spécialisés en neurologie peut, par méconnaissance, amoindrir l'efficacité des traitements voire entraîner des ruptures de traitement.</p> <p>Une formation présentant les principaux caractères et spécificités de la maladie, élaborée à l'intention des équipes hospitalières ainsi que des EHPAD, médicales et paramédicales, permettrait une prise en charge plus adaptée et donc plus efficace de ces patients.</p>
Objectif de la formation	<p>Savoir évaluer les besoins spécifiques d'un patient atteint d'une maladie de Parkinson lors d'un séjour aux urgences ou durant une hospitalisation.</p> <p>Savoir répondre aux besoins spécifiques d'un patient atteint d'une maladie de Parkinson lors d'un séjour aux urgences ou durant une hospitalisation.</p>
Éléments du programme	<p>1. Présentation clinique Signes moteurs. Autres signes. Facteurs de risques.</p> <p>2. Principes du traitement Présentation des principales classes de médicaments. Caractéristiques des traitements. Effets indésirables. Évolution et complications du traitement (« Lune de miel »...).</p> <p>3. Évolution de la maladie et des complications Complications motrices. Autres complications.</p> <p>4. Autres aspects de la prise en charge Dispositifs d'accompagnement non médicamenteux. Kinésithérapie. Rééducation orthophonique. Ergothérapie.</p>

ANNEXE 14

AXE DE FORMATION : AFN 2017	
Intitulé	Être tuteur de stage: optimiser les compétences des tuteurs de stagiaires paramédicaux
Contexte	<p>Les formations initiales conduisant à l'obtention d'un diplôme d'État pour les professionnels paramédicaux font l'objet depuis 2009 d'une réforme de leurs dispositifs pédagogiques impactant les modalités d'encadrement en stage. Les établissements recevant les étudiants désignent des tuteurs et organisent leur formation dans le plan de formation de l'établissement permettant ainsi la mise en place de parcours qualifiants tout en améliorant l'encadrement des étudiants. C'est pourquoi, une action de formation nationale (AFN) est proposée depuis 2013 dans le cadre de sessions de deux jours.</p> <p>Suite aux comités de suivi des formations ré-ingénérées soulignant l'insuffisance de tuteurs formés et l'importance de l'enseignement clinique, des préconisations sur l'encadrement en stage ont été élaborées dans l'instruction du 24 décembre 2014 relative aux stages professionnalisant en formation infirmière mettant en avant la nécessité de former un tuteur de stage selon le cadrage national.</p> <p>En mars 2014, les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur ont signé conjointement un courrier aux étudiants en soins infirmiers relatif aux modalités d'encadrement des stages: elles se sont engagées à des avancées concrètes, notamment concernant « la professionnalisation des tuteurs de stage pour garantir une formation de qualité sur l'ensemble du territoire, grâce au développement de formations qui devront répondre à un cahier des charges national, élaboré avec l'ensemble des parties prenantes ».</p> <p>Un groupe de travail constitué de représentants des étudiants infirmiers et rééducateurs, des représentants des instituts de formation, des fédérations professionnelles, des fédérations d'employeurs et des représentants des organisations syndicales de la fonction publique hospitalière s'est donc réuni entre octobre 2015 et janvier 2016 pour élaborer ce cahier des charges, qui sera publié en annexe d'une instruction en cours de finalisation.</p> <p>C'est à partir de ce cahier des charges national qu'une nouvelle AFN relative au tutorat est proposée. Alors que le nombre de formations réingénérées dans le cadre du système licence-master-doctorat (LMD) s'est accru (les formations réingénérées sont à ce jour celles des infirmiers, des ergothérapeutes, des manipulateurs en électroradiologie médicale, des pédicures podologues, des infirmiers anesthésistes, des orthophonistes, des orthoptistes et des masseurs kinésithérapeutes), cette action de formation devra concerner tous les personnels de santé des filières soins, de rééducation et médico-techniques chargés des fonctions de tuteur d'étudiants paramédicaux.</p>
Objectifs généraux de la formation	<p>Acquérir et développer des compétences pédagogiques.</p> <p>Accompagner les tuteurs dans l'acquisition d'une nouvelle posture professionnelle.</p> <p>Se positionner en tant que tuteur et favoriser le développement des pratiques en évaluation des compétences.</p> <p>Analyser ses pratiques en identifiant des questions relatives à l'encadrement des étudiants.</p> <p>Favoriser une dynamique d'encadrement d'un groupe d'étudiants dans l'analyse de situations et la réflexivité.</p>
Éléments du programme	<p>1. Actualiser et acquérir des connaissances sur les concepts et les enjeux du référentiel de formation concerné</p> <p>Point sur l'évolution du référentiel de formation après réingénierie: finalité, contenu et modalités pratiques.</p> <p>Rappel sur le rôle et les missions des différents acteurs de l'encadrement et les outils de suivi.</p> <p>2. Connaître le principe, les méthodes de la formation en alternance et l'approche par compétences</p> <p>Théories de l'apprentissage et ses différents paliers.</p> <p>Fondamentaux de la pédagogie par les compétences: définition, savoir-faire déduits des activités et connaissances associées.</p> <p>Les méthodes appliquées à l'apprentissage et au tutorat.</p> <p>Apports sur les situations apprenantes.</p> <p>3. Identifier le projet de l'étudiant et sa progression d'apprentissage</p> <p>Construction du projet de stage.</p> <p>Accompagner la réalisation d'un projet en lien avec les objectifs définis.</p> <p>Utilisation des outils du tuteur de stage et partenariat avec les instituts de formation.</p> <p>4. Développer les pratiques en évaluation des compétences</p> <p>La conduite d'entretiens.</p> <p>L'accompagnement pédagogique et la formulation d'axes d'amélioration individualisés.</p> <p>L'évaluation des compétences des étudiants.</p> <p>5. S'initier à la méthodologie d'analyse des pratiques et faire pratiquer une démarche réflexive dans un contexte de pluridisciplinarité</p> <p>Apports théoriques.</p> <p>Analyse de situation par des échanges collectifs.</p> <p>Questionnement sur les problèmes rencontrés avec les étudiants.</p>

Éléments du programme	6. Se situer dans une posture de tuteur Analyse de situation de tutorat. retour d'expérience. La formation des tuteurs sera dispensée en deux fois deux jours selon l'avancée du groupe et avec un travail en intersession ou sous une autre forme permettant une analyse des pratiques sur la deuxième session.
-----------------------	---

ANNEXE 15

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Prévention et gestion de la discrimination, du harcèlement moral et sexuel (réactualisation d'un axe prioritaire 2014-2015)
Contexte	Cette formation s'inscrit dans le contexte actuel de continuité des actions engagées suite aux 10 ans de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et à la signature le 8 mars 2013 du protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Cette formation pourra se décomposer en deux parties : une partie concernant la définition et les enjeux de la lutte contre les discriminations et une partie plus concrète avec des mises en situation. Ces deux parties pourront soit concerner l'ensemble des discriminations, soit se centrer sur le handicap, soit traiter uniquement de l'égalité professionnelle femme/homme. Si le choix est fait de ne se centrer que sur le handicap et/ou sur l'égalité professionnelle femme/homme, il est tout de même opportun d'aborder au moins en partie la lutte contre les préjugés et discriminations en général.
Objectifs de la formation	Sensibiliser les personnes suivant la formation aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les discriminations, contre les stéréotypes et contre le harcèlement moral et sexuel. Savoir reconnaître et définir les différents types de discriminations. Connaître les droits et obligations en la matière, les différents acteurs à impliquer et adapter les actions engagées en fonction de la situation objective. Mettre en place un dispositif permettant d'anticiper et de prévenir les situations de discriminations (processus de recrutement, veille...) et l'intégrer dans la politique de ressources humaines.
Éléments du programme	1. Sensibiliser aux enjeux de l'égalité, à la lutte contre les discriminations, les stéréotypes et le harcèlement moral et sexuel : – apporter une définition de la discrimination (directe, indirecte, lien avec le harcèlement moral et sexuel, lien avec le préjugé); – rappeler les textes réglementaires sur l'ensemble des discriminations, les sanctions encourues (pénales et financières si discrimination avérée); – connaître les différents acteurs et structures impliqués; – focus sur le handicap : apporter des exemples des différentes formes de handicap (physiques/psychiques/mental; visible/non visible; invalidant ou non; etc.), taux d'emploi, création de fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, reclassement; – focus sur l'égalité femme/homme : violences faites aux agents, harcèlement moral et sexuel (textes et sanctions encourues), articulation vie professionnelle/vie personnelle; – donner des exemples de bonnes pratiques, d'expériences vécues (quel que soit le statut : fonctionnaires, contractuels, personnel médical). 2. Prévenir les faits discriminants pouvant avoir lieu lors des entretiens d'évaluation ou lors des entretiens de recrutement (cas pratiques, exemples), mais également dans le quotidien des agents. 3. Détecter, autant que possible, par des codes appropriés, les cas de violences ou de harcèlement moral et sexuel à l'encontre des agents.

AXE DE FORMATION 2017	
Intitulé	Prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou dépendantes
Contexte	Les affections bucco-dentaires, généralement considérées comme bénignes chez les personnes en bon état général, ont souvent un retentissement majeur sur la santé et la qualité de vie des personnes fragilisées ou dépendantes, telles que les personnes en situation de handicap, les personnes âgées dépendantes, les patients hospitalisés pendant une longue durée ou atteints de maladies chroniques (cardiopathies, immunodépression, diabète, etc.). En effet, un mauvais état bucco-dentaire accroît considérablement les risques de survenue ou d'aggravation d'infections (respiratoires notamment), de troubles cardiaques, de dénutrition. En outre, il est souvent un facteur de douleur et peut aussi contribuer à une dégradation de l'image et de l'estime de soi. Plusieurs études ont montré que la santé bucco-dentaire de ces populations vulnérables est, dans l'ensemble, mauvaise et faiblement prise en compte par notre système de santé : les besoins en la matière sont importants non seulement en termes de soins, mais aussi et surtout du point de vue de l'hygiène bucco-dentaire qui est peu intégrée dans la pratique des soignants comme dans leur formation.
Objectifs de la formation	Assurer la prise en charge quotidienne de la santé bucco-dentaire des personnes fragilisées ou en situation de dépendance : – connaître et maîtriser les techniques d'hygiène bucco-dentaire de manière à assurer une prise en charge conforme aux bonnes pratiques; – identifier les besoins spécifiques en hygiène bucco-dentaire (handicap, dépendance, troubles cognitifs, maladies chroniques, soins palliatifs...).
Éléments du programme	Partie théorique : – anatomie et physiologie de la cavité buccale; – principales pathologies infectieuses bucco-dentaires et leurs conséquences; – effets du vieillissement; – moyens de prévention des pathologies bucco-dentaires (techniques, méthodes et protocoles d'hygiène...); – approche comportementale. Présentation de documents audio-visuels et repérage des besoins spécifiques. Partie pratique : – démonstration des techniques d'hygiène bucco-dentaires; – ateliers d'hygiène bucco-dentaire avec mise en situation clinique des participants.

Informations relatives à la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme

Les actions relatives à la prise en charge de l'autisme sont inscrites dans l'orientation n° 13 de l'arrêté du 8 décembre 2015 « Prise en charge des troubles du spectre de l'autisme (TSA) ».

Les actions de formation en lien avec les orientations nationales seront enregistrées sur le site internet de l'Agence nationale du DPC nouvellement créée (décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé).

Comme annoncé lors du Comité national autisme du 16 avril 2015 par Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, les actions de formation et de développement professionnel continu relatives à la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme doivent être organisées dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles produites par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et la Haute Autorité de santé (HAS), dans le cadre du plan autisme 2013-2017.

À cet effet un dispositif spécifique de validation des actions de formation sur l'autisme sera mis en œuvre fin 2016 dans le cadre de l'Agence nationale du DPC.

Ces actions s'inscrivent aussi dans les objectifs de formation et de soutien des professionnels, définis dans l'instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme ainsi que dans les priorités d'actions de la circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Cassandra MAUX

ANALYSE DE LA METHODE DE L'AUDIT PATIENT TRACEUR : DE LA DEMARCHE AUX RESULTATS

Entre la nouvelle version 2020 de la **certification HAS** des établissements de santé et la conjoncture actuelle demandant aux établissements d'être efficient au quotidien, le **management de la qualité et de la gestion des risques** n'a jamais été aussi primordial pour ces établissements.

Les autorités de santé proposent des **outils** permettant aux établissements et aux professionnels d'être guidés dans leur quotidien tout en incorporant ces **recommandations de bonnes pratiques**.

Ce travail a donc pour intérêt d'évaluer un de ces outils – **l'audit patient traceur** – afin de savoir si cet outil permet justement de pouvoir répondre à cette demande d'**efficience** dans les pratiques actuelles. La grille d'audit patient traceur initiale a donc été améliorée afin d'y intégrer les **indicateurs** de qualité et de sécurité des soins, le tout dans un but final d'évaluer si les pratiques observables sur le terrain respectent cette demande d'efficience.

Les résultats obtenus, suite à l'analyse des audits patients traceurs réalisés au sein d'un établissement de la région, vont permettre d'ouvrir la discussion sur les perspectives, les impacts et les freins que peuvent avoir ces établissements de santé dans leur démarche **d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins.

Mots clés : certification HAS, management, qualité, gestion des risques, outils, recommandations, bonnes pratiques, audit patient traceur, efficience, amélioration continue.

Between the new 2020 version of "**HAS**" **certification** of healthcare facilities and the current situation requiring institutions to be efficient every day, **quality and risk management** has never been more important for these establishments.

Health authorities offer **tools** to enable establishments and professionals to be guided in their daily lives while incorporating these **recommendations of good practice**.

This work is therefore useful for evaluating one of these tools - the "**patient tracer audit**" - in order to know if this tool makes it possible to respond to this demand for **efficiency** in current practices. The initial "patient tracer audit" grid has therefore been improved to include quality and safety of care **indicators**, with the ultimate goal of assessing the current practices meet this demand of efficiency.

The results obtained, following the analysis of "tracer patient audits" carried out within an establishment in the region, will open the discussion on the perspectives, the impacts and the obstacles that these health establishments may have in their approach of continuous improvement of quality and safety of care.

Key-words: "HAS" certification, management, quality, risk management, tools, recommendations, good practices, "patient tracer audit", efficiency, continuous improvement.