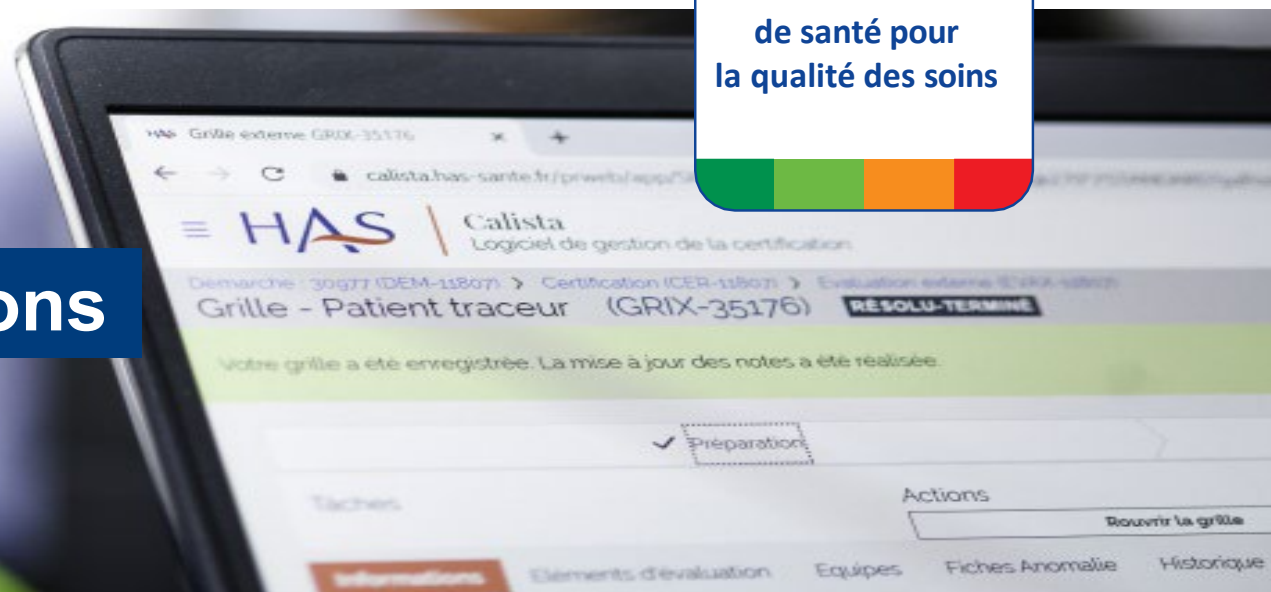


Aide à la cohérence des cotations



FICHE PÉDAGOGIQUE

Dans de nombreuses fiches pédagogiques ont été intégrés des logigrammes d'aide à la cotation des critères. Afin d'en faciliter leur utilisation, nous les avons compilés dans ce document. Ce dernier pourra être complété selon le besoin.



SOMMAIRE PAR THÉMATIQUE

-	Accréditation des médecins et équipes médicales : 3.1-02, 3.1-03, 3.1-04	p.4
-	Accueil non programmé : 3.3-04	p.5
-	Centre de compétence ou de référence : 3.3-02	p.6
-	Consultations : 1.3-04, 2.1-01	p.7
-	Décès : 1.1-09	p.8
-	Fin de vie : 2.1-05	p.9
-	Formation : 3.3-08	p.10
-	Management par la qualité : 3.1-04	p.11
-	Numérique : 3.4-05, 3.4-06	p.12
-	Partenariat patient : 1.4-04	p.14
-	Personnes âgées : 3.3-05, 3.4-04	p.15
-	Prise en charge médicamenteuse : 2.1-04, 2.2-07	p.16
-	Psychiatrie : 2.3-14, 2.3-15	p.18
-	Questionnaire patient : 1.4-03	p.20
-	Rayonnements ionisants : 2.2-13, 2.3-16, 2.4-09	p.21
-	Recherche clinique : 3.3-07	p.22
-	Représentants des usagers : 1.2-05, 1.4-02, 1.4-05, 1.4-06, 2.4-06, 3.1-01, 3.1-04, 3.1-06, 3.1-09, 3.2-02	p.23



SOMMAIRE PAR THÉMATIQUE

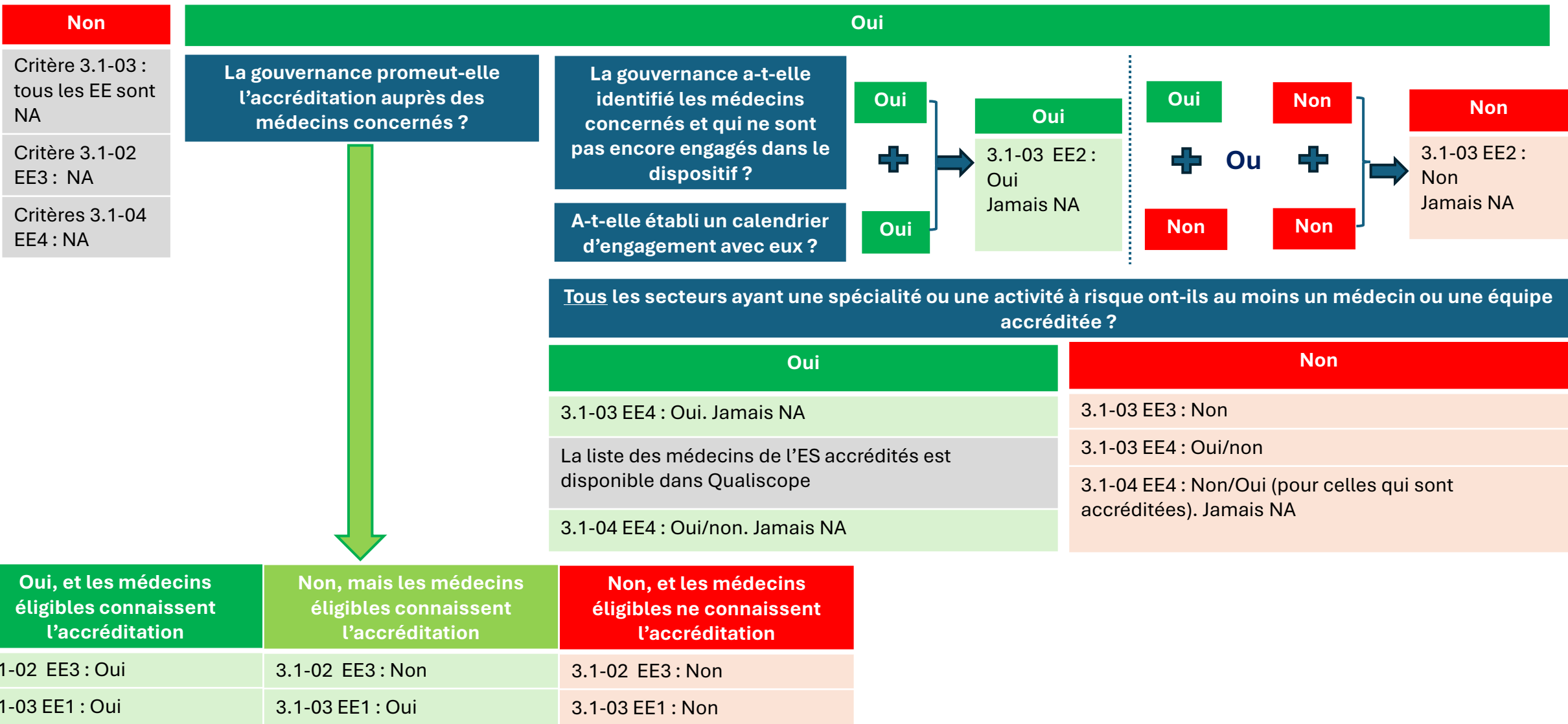
- Secteurs interventionnels : **2.3-09** p.24
- Simulation en santé : **3.2-04** p.25
- Télésanté : **3.4-04, 3.3-05** p.26

Critère 3.1-02 L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels

Critère 3.1-03 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités

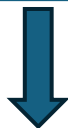
Critère 3.1-04 L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables, dont les presque accidents

L'établissement dispose-t-il de secteurs ou d'activité « à risque » : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs





L'établissement accueille des patients en « non programmé » ?



Oui

Oui ou non, mais jamais NA sur EE1, 2, 3, 4, 5 et 6



Non

Oui ou non, mais jamais NA à l'EE1 :
l'établissement doit avoir une organisation structurée pour le transfert des patients en urgences.

Oui ou non, mais jamais NA à l'EE4 :
l'établissement complète le ROR le cas échéant.

Oui ou non, mais jamais NA à l'EE5 :
l'établissement anticipe les situations de tension qui le conduirait à modifier son organisation et prévoir des transferts, le cas échéant.

NA sur EE2, EE3 et EE6

L'établissement est siège d'un ou plusieurs centres de compétences ou de référence (ex : maladies rares, centre autisme, endométriose, etc.) ?

Oui

EE1, 3 et 4 : Oui ou Non

EE2 et 5 : Non applicable

Non

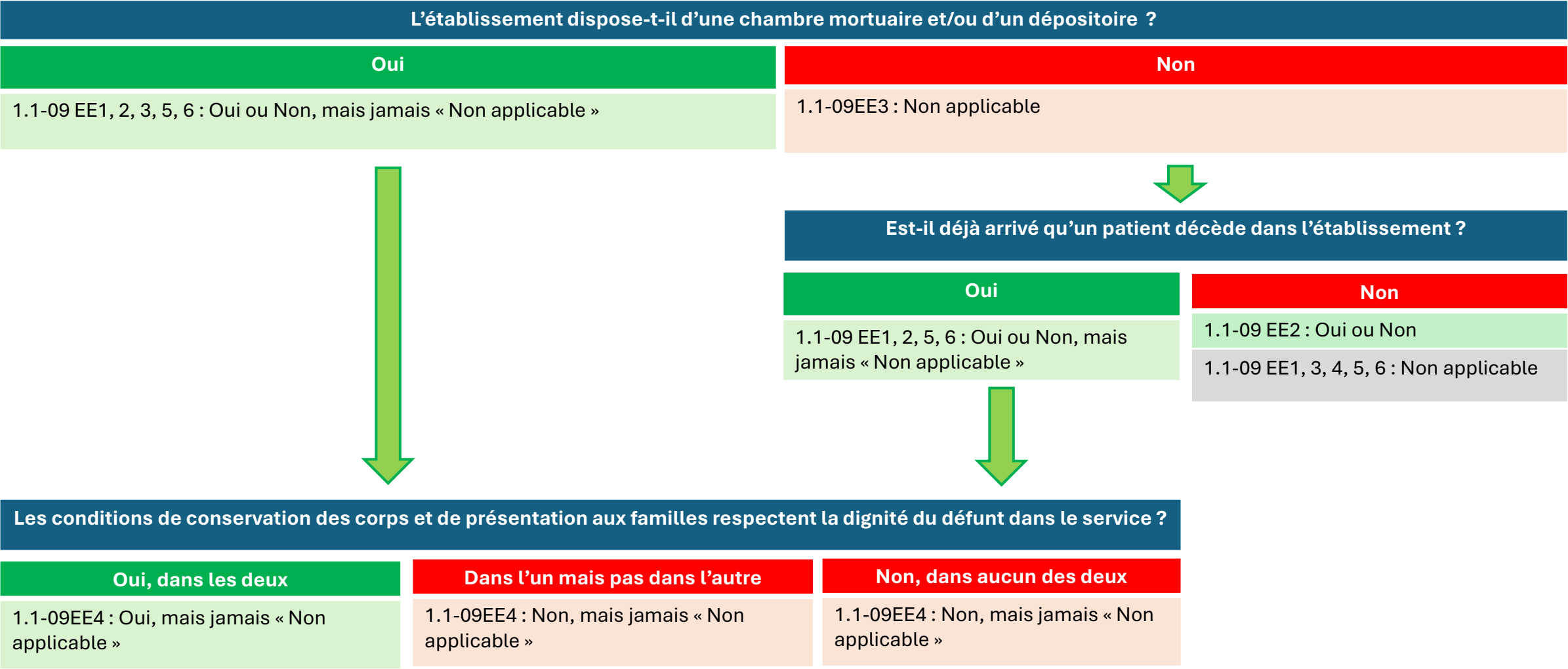
EE2, 3, 4, 5 : Oui ou Non mais jamais Non applicable

EE1 : Non applicable

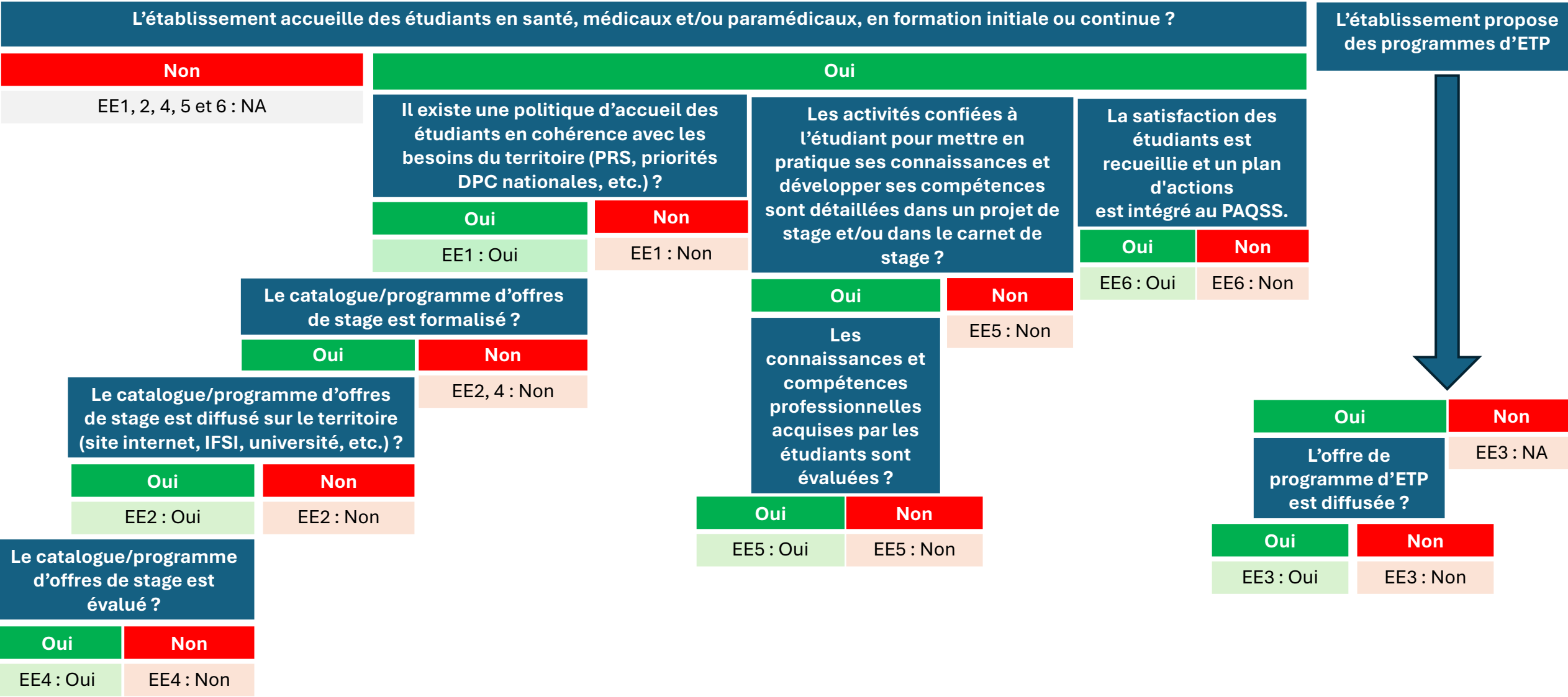
Critère 1.3-04 Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie

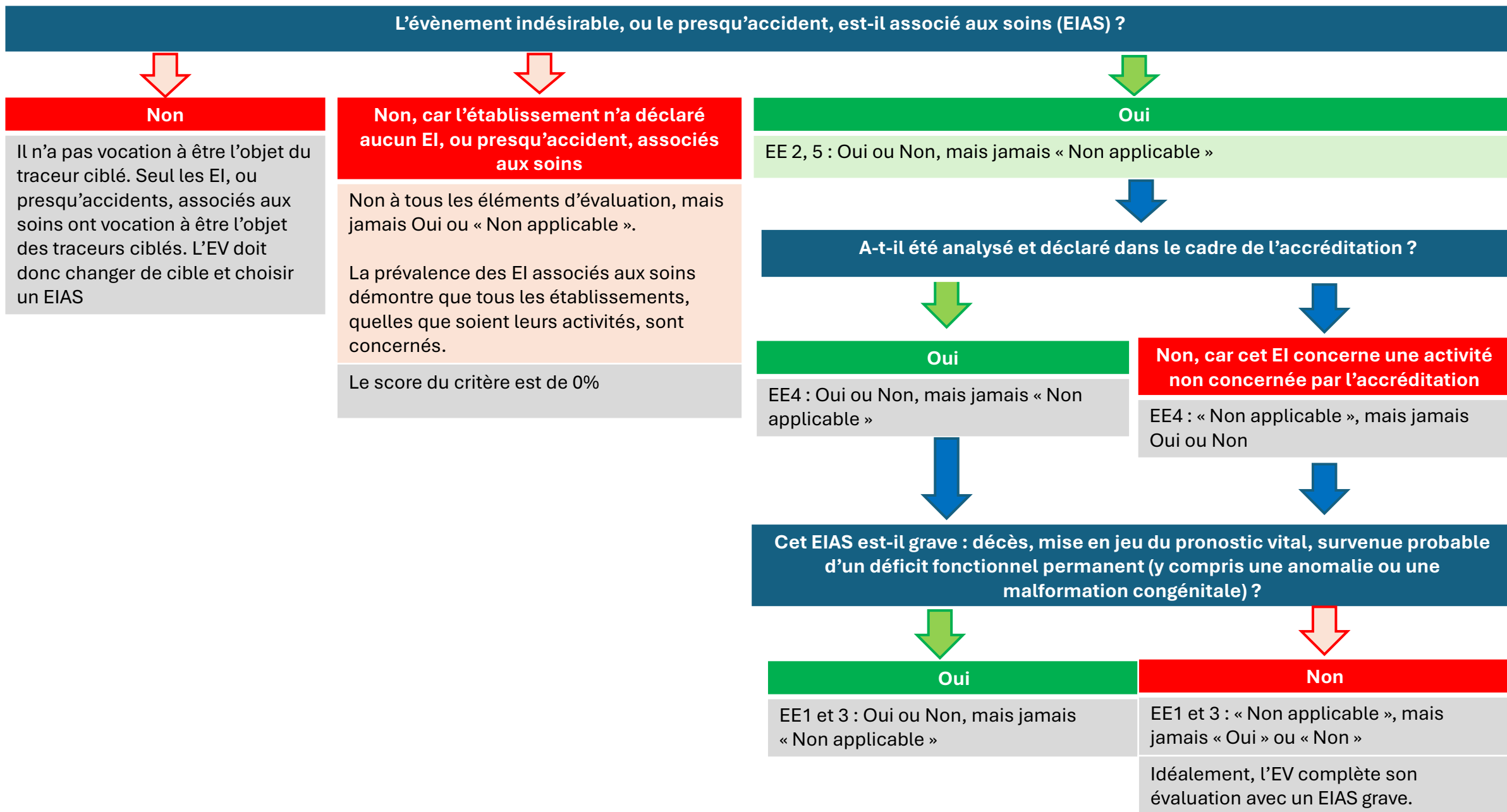
Critère 2.1-01 Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation

L'établissement dispose-t-il d'un secteur de consultations ?	
Non, les consultations sont réalisées par des libéraux dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci	Oui
2.1-01ee4 : Oui ou Non mais jamais Non applicable	1.3-04ee1 : Oui ou Non mais jamais Non applicable
2.1-01ee3 et 5 : Non applicable 2.1-01ee1 et 2 : Non applicable	2.1-01 : tous les EE sont applicables
1.3-04ee1 : Non applicable	



Le service peut être amené à prendre en charge des patients en fin de vie ?	
Non	Oui, même si le service n'est pas spécialisé dans cette prise en charge
Tous les EE sont NA	<div>Tous les EE sont Oui ou Non</div> <div>Qu'elle soit effectivement faite en interne ou dans un autre établissement, il est attendu que la décision d'engager cette prise en charge soit prise à l'issue d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (EE1) éventuellement réalisée avec l'appui d'une expertise externe (EE2) et que les proches puissent être accompagnés (EE3). Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les équipes recherchent les directives anticipées ou la volonté du patient (EE4). Pour anticiper toute obstination déraisonnable, les actions thérapeutiques et le mode de prise en charge font l'objet d'une analyse systématique en équipe avant le décès prévisible (EE5).</div>





EE 1: L'établissement a initié une cartographie de l'ensemble des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel et, s'il en a identifié, analyse les risques et l'impact de chacun (transmission de données, réutilisation par l'industriel...)

Oui ou non, mais jamais NA : Pour que l'établissement sache s'il dispose ou non de DMN, une cartographie (c'est-à-dire un recensement) doit être initiée. Si, après effectué ce travail de recensement, il s'avère qu'il n'a pas de DMN, la réponse est « Oui ». S'il en dispose, l'évaluation des EE3, 4, 5 et 6 sera faite sur la base des DMN recensés dans la cartographie.



Si « Non » à l'EE1

Toujours Non au EE2, 3, 4, 5 et 6 : A défaut de recensement, et comme il n'est pas attendu de l'EVN qu'il identifie lui-même les éventuels DMN de l'établissement, la HAS ne peut avoir la certitude qu'il n'en existe pas dans l'ES. Ainsi, par précaution, il doit être considéré que l'ES n'a pas structuré ses process d'acquisition, n'a pas formé ses professionnels (EE3 et 6), n'a pas structuré une démarche qualité (EE4) et ne déclare pas les dysfonctionnements (EE5).



Si « Oui » à l'EE1 parce que l'ES a recensé ses DMN et qu'il s'avère qu'il en n'utilise pas.

Oui ou non, mais jamais NA à l'EE2 : Qu'il en dispose ou non, l'établissement doit avoir d'une organisation structurée pour l'acquisition de ses futurs DMN.

Toujours NA au EE3, 4, 5 et 6 : la HAS ne peut exiger de l'ES qu'il ait formé ses professionnels à des DMN qu'ils n'utilisent pas, qu'il ait structuré sa démarche qualité relative à l'usage de DMN, et qu'il déclare des dysfonctionnements qui, par nature, ne sont pas arrivés.



Si « Oui » au EE1 parce qu'il a recensé ses DMN et qu'il en utilise.

Oui ou Non au EE2, 3, 4, 5 et 6, mais jamais NA : si l'établissement utilise des DMN, il est attendu que ses process d'acquisition soient structurés (EE2), que les professionnels soient formés (EE3 et 6), que la démarche qualité soit structurée (EE4) et que les dysfonctionnements soient déclarés (EE5)

En conclusion, ce critère n'est **JAMAIS** non applicable

EE 1: L'établissement maîtrise l'acquisition de ces outils en associant les équipes informatiques et juridiques

Oui ou non, mais jamais NA : Que l'établissement de santé dispose ou non d'outils technologiques innovants sans finalité médicale les modalités des acquisitions futures doivent être anticiper et associer les équipes informatiques et juridiques.



Si l'établissement n'utilise pas d'outils technologiques innovants sans finalité médicale.

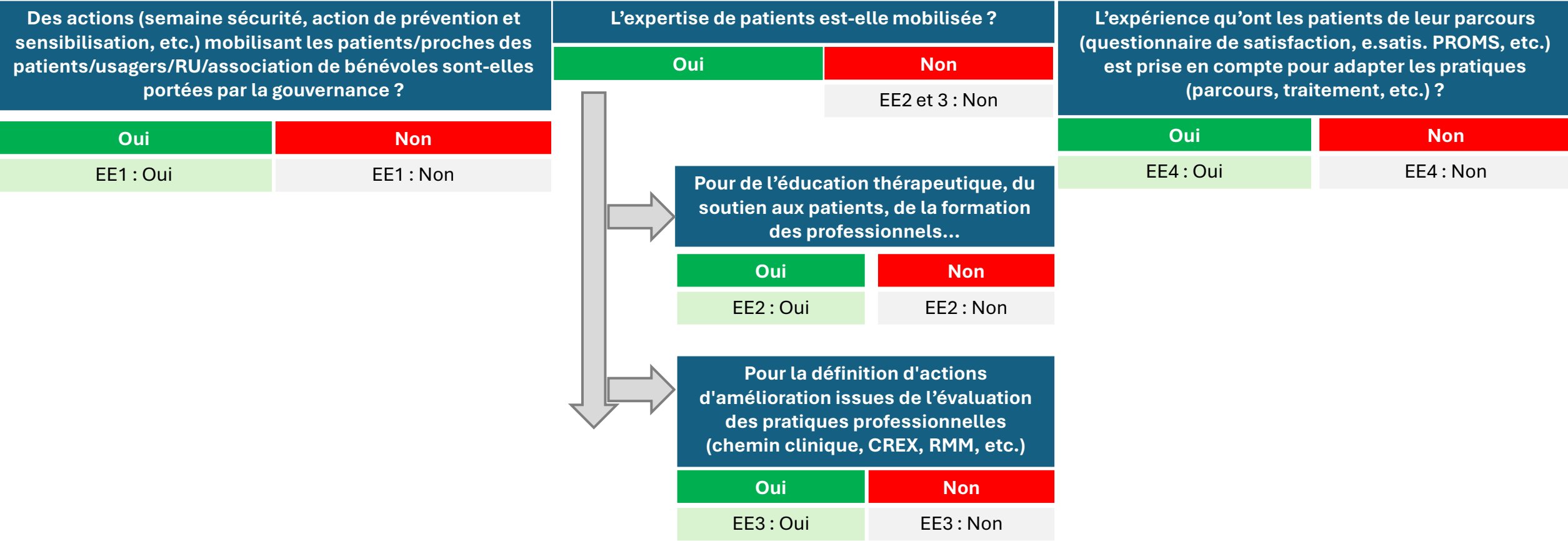
Toujours NA aux EE2, 3, 4



Si l'ES en utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale.

Oui ou non au EE2, 3 et 4, mais jamais NA : si l'établissement dispose d'outils technologiques innovants sans finalité médicale, il est attendu que la démarche qualité soit structurée (EE2), que les professionnels soient formés (EE3) et que l'ES évalue l'impact de leur usage sur les soins (EE4)

En conclusion, ce critère n'est **JAMAIS** non applicable





Critère 3.3-05 L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées

Critère 3.4-04 L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient

L'établissement accueille des personnes âgées de plus de 75 ans ?

Oui

Non

Toujours Non
applicable

L'établissement accueille des urgences (SAU ou antenne d'urgence) et/ou de services de spécialités (ex : cardio, pneumo, psychiatrie, médecine interne, gastro, neuro, gériatrie...) ?

Oui

Oui ou non, mais jamais NA sur EE1, 4, 5, 6

Toujours NA sur EE2 et EE3

Non

Oui ou non mais jamais NA sur EE2, EE3

NA sur EE1, EE4, EE5, EE6

Attention à la cohérence entre le 3.3-05ee3 et le 3.4-04

En conclusion, ce critère non applicable uniquement lorsque l'ES n'accueille **AUCUN** patient de plus de 75 ans

En début de visite, le pharmacien présente à l’EV les services dans lesquels la conciliation est priorisée. Cette priorisation se fait au regard des unités d’accueil, des profils de patients accueillis, intégrant ses traitements. Ces éléments servent à l’EV pour choisir les services dans lesquels seront réalisés les traceurs ciblés.

L’objectif est d’obtenir un résultat représentatif du niveau de déploiement de la conciliation dans l’établissement.

A l’échelle de l’établissement, la conciliation est-elle programmée pour les services et profil de patient pour lesquels elle n’est pas encore réalisée ?

Oui	Non
EE2 : Oui	EE2 : Non

La conciliation n’est pas engagée car il n’y a pas de secteurs, profils de patients à risques

Tous les EE sont NA

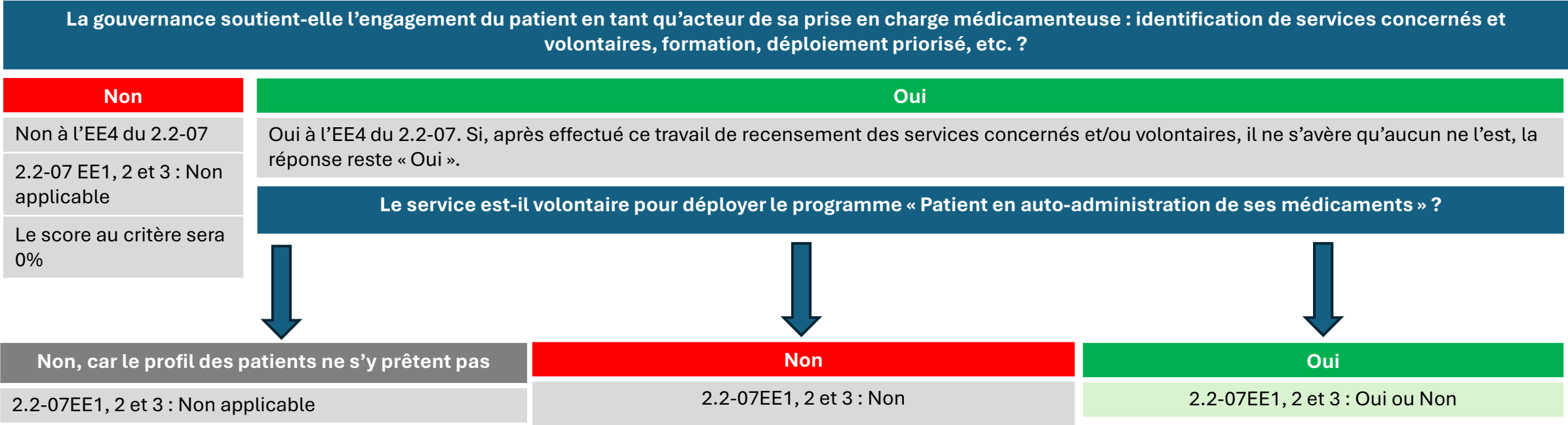
En conclusion, le score au critère est « Non applicable »

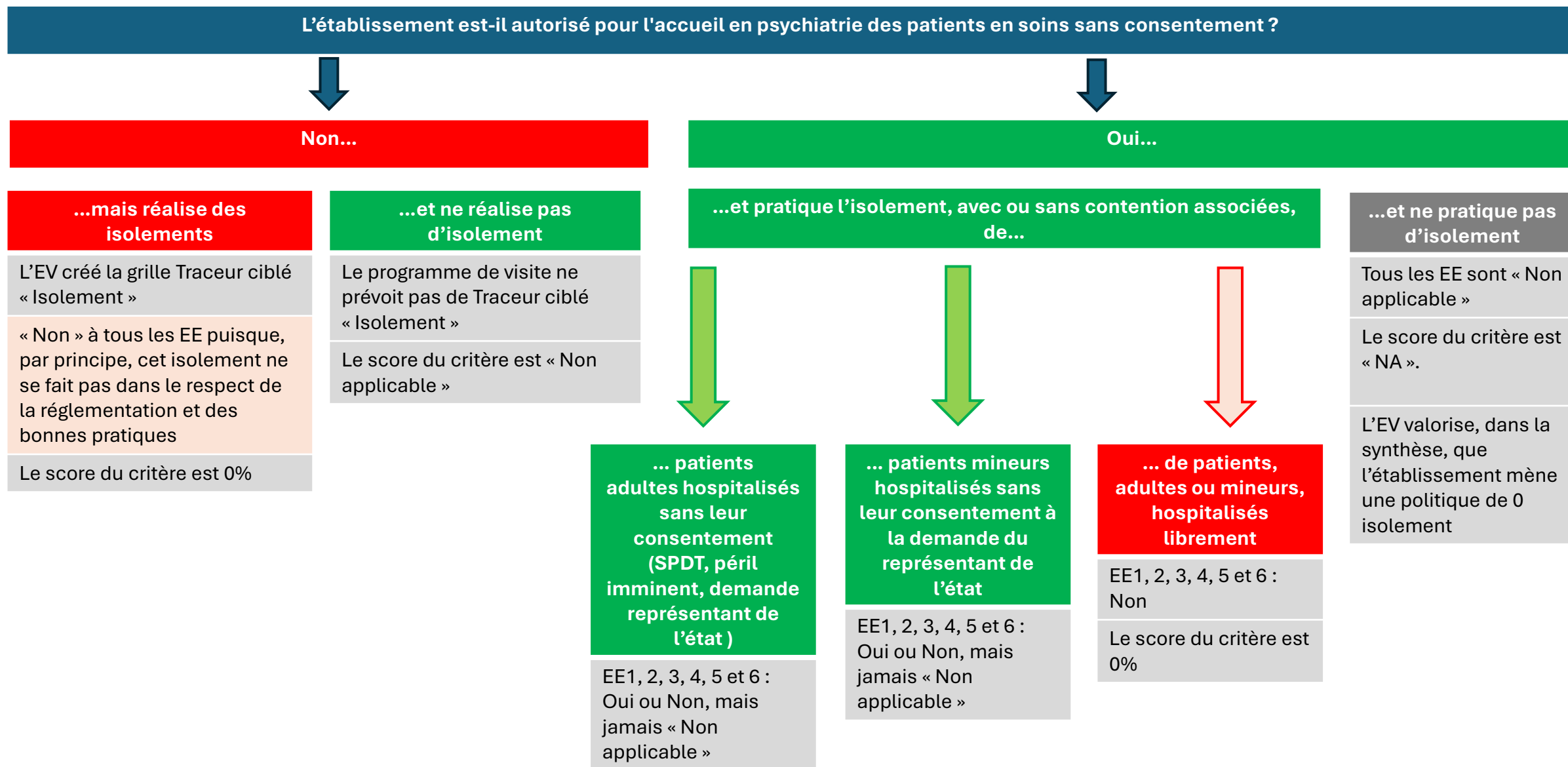
Dans le service, la prescription, évaluée pour le traceur ciblé, intègre-t-elle une conciliation ?

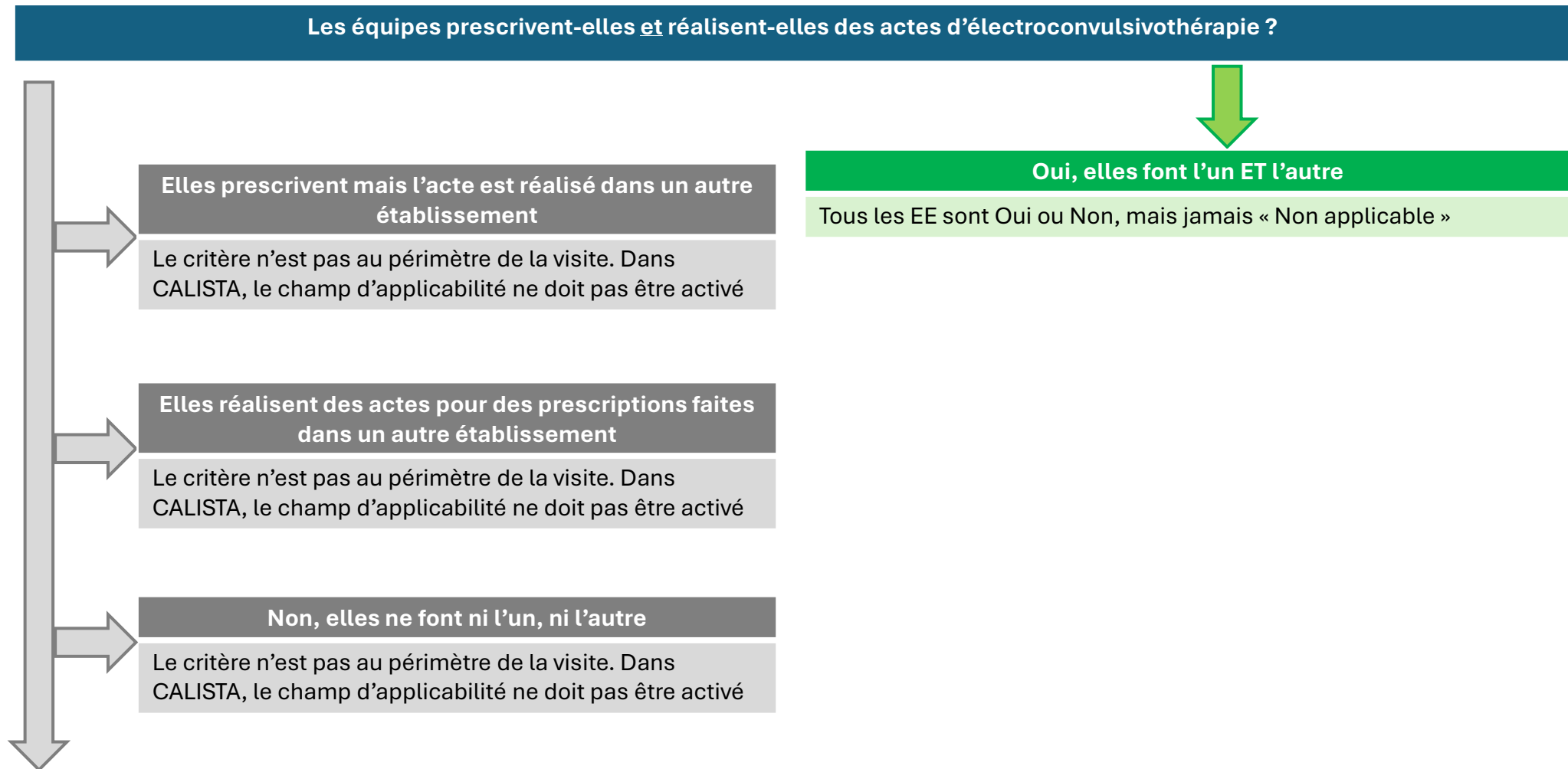
Oui, elle est retrouvée	Non, elle n’est pas retrouvée alors que le patient correspond au profil de conciliation identifié par l’ES	Le service n’hospitalise pas de patient identifié pour réaliser la conciliation
EE1 : Oui		
EE3 et 4 : Oui ou Non		
	EE1 : Non	EE1, 3 et 4 : NA
	EE3 et 4 : Non	

A l’échelle de l’établissement, la pertinence de l’activité de conciliation est-elle évaluée ?

Oui	Non
EE5 : Oui, mais jamais NA	EE5 : Non, mais jamais NA









La gouvernance soutient-elle le déploiement des PROMs dans des services (information, accompagnement d'un service : choix du questionnaire adapté, formation, circuit de recueil, exploitation des résultats...) ?

Oui, au moins un service déploie effectivement des PROMs

EE1 : Oui

Lorsqu'ils existent, les PROMs intègrent-ils des patients partenaires ?

Oui

EE2 : Oui

Non

EE2 : Non

Un bilan annuel relatif à l'utilisation des questionnaires PROMs est-il partagé dans les instances ?

Oui

EE3 : Oui

Non

EE3 : Non

Ces éléments servent à l'EV pour choisir les services dans lesquels seront réalisés les audit système « Rencontre avec les professionnels ». L'objectif est d'obtenir un résultat représentatif du niveau de déploiement des PROMs dans l'établissement.

Dans le service, l'équipe utilise-t-elle les résultats du questionnaire pour adapter rapidement la prise en charge du patient qui y a répondu ?

Oui

Dans le service, l'équipe utilise-t-elle les résultats des questionnaires pour évaluer ses pratiques et les améliorer ?

Oui

EE4 : Oui

Non

EE4 : Non

Non

EE4 : Non

Oui, mais le déploiement n'est pas encore effectif

EE1 : Oui

EE2, 3 et 4 : Non

Non

EE1, 2, 3 : Non

Pour autant, des services réalisent des PROMs



Critère 2.2-13 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants

Critère 2.3-16 Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie

Critère 2.4-09 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie

Existe-t-il des actes utilisant des rayonnements ionisants (secteurs d'imagerie, bloc opératoire et interventionnel, radiothérapie).

Oui, l'établissement réalise lui-même tous les actes utilisant des rayonnements ionisants

Pour les actes de radiologie (secteurs d'imagerie, bloc opératoire et interventionnel)

Critère 2.2-13 : tous les éléments d'évaluation du sont applicables.

Pour le EE4 → lettre de sortie = compte rendu d'examen

Critère 2.4-09 EE 4 : Oui ou Non

Critère 2.4-09EE2 : Oui, Non ou Non applicable

Pour la radiothérapie :

Critère 2.3-16 : tous les éléments d'évaluation sont applicables

Oui, l'établissement réalise lui-même des actes utilisant des rayonnements ionisants (bloc, urgences, réa, etc.) mais externalise les activités d'imagerie et de radiothérapie

Pour les actes de radiologie (ex : ampli de brillance)

Critère 2.2-13 : tous les éléments d'évaluation du sont applicables. Pour le EE4 → lettre de sortie = compte rendu d'examen

Critère 2.4-09 EE 4 : Oui ou Non

Critère 2.4-09EE2 : Oui, Non ou Non applicable

Pour la **radiothérapie** (2.3-16) : Le critère n'est pas au périmètre de la visite. Dans CALISTA, le champ d'applicabilité ne doit pas être activé

Non, l'établissement ne réalise lui-même aucun acte utilisant des rayonnements ionisants

Pour les actes de radiologie :

Critère 2.2-13 EE2, 3 : Oui ou Non

Critère 2.2-13 EE1, 4, 5 et 6 : Non applicable

Critère 2.4-09 EE2, 4 : Oui ou Non

Pour la **radiothérapie** (2.3-16) : Le critère n'est pas au périmètre de la visite. Dans CALISTA, le champ d'applicabilité ne doit pas être activé

Pour le savoir, la gouvernance a-t-elle recensée les professionnels, et les patients partenaires s'ils existent, engagés et/ou désireux de s'engager dans la recherche clinique ?

Oui

EE1 : Oui, mais jamais NA

Des professionnels, et patients partenaires s'ils existent, répondent-ils à des appels à projet ?

Oui

Non

EE3 : Oui

EE3 : Non

Oui

Non

La gouvernance valorise-elle les équipes qui y ont contribuées ?

EE4:NA

Oui

Non

EE4 : Oui

EE4 : Non

Oui

EE2 : Oui

Non

EE2 : Non, mais
jamais NA

Oui

EE5 : Oui

Non

EE5 : Non,
mais jamais
NA

Critère 1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l’accompagner pour son retour à domicile
Critère 1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte
Critère 1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement
Critère 1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions
Critère 2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique
Critère 3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Critère 3.1-04	La L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables, dont les presque accidents
Critère 3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs
Critère 3.1-09	Les données du patient sont sécurisées
Critère 3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

Des représentants des usagers, au sens de l’article L1114-1 du code de la santé publique, sont nommés dans l’établissement ?		
Non		Oui
1.4-02ee6 : Non 1.4-05ee2, 5 : Non 1.4-06ee 2, 3, 4 : Non 3.1-04ee2 : Non		Tous les EE qui mentionnent la CDU et les représentants des usagers sont Oui ou Non, mais jamais « Non applicable »
En effet, certaines données sensibles ne peuvent être communiquées qu’à des représentants des usagers nommés au sens de l’article précité		
Bien qu’ils ne soient pas représentant des usagers au sens de l’article précité, des usagers (bénévoles d’associations, patient partenaire, patient expert, etc.) participent-ils à la vie de l’établissement ? A défaut de représentant des usagers, et donc de CDU, une instance prend-elle en compte l’avis des usagers ?		
Non		Oui
1.2-05ee1, 3, 4 : Non 1.4-02ee3 : Non 1.4-05ee1, 3, 4 : Non 1.4-06ee1 : Non 2.4-06ee4 : Non 3.1-01ee1 : Non 3.1-06ee3 : Non 3.1-09ee2 : Non 3.2-02ee5, 6 : Non		1.2-05 : Oui ou Non 1.4-02ee3 : Oui ou Non 1.4-05ee1, 3, 4 : Oui ou Non 1.4-06ee1 : Oui ou Non 2.4-06ee4 : Oui ou Non 3.1-01ee1 : Oui ou Non 3.1-06ee3 : Oui ou Non 3.2-02ee5, 6 : Oui ou Non 3.1-09ee2 : Oui ou Non



L'équipe du secteur interventionnel utilise-t-elle une check-list « Sécurité du patient » ?

Non

EE1, 2, 3 et 4 : Non

Le score du critère est à 0%

Oui

Quel modèle de check-list l'équipe utilise-t-elle ?

Une check-list qu'elle a personnalisée ?

Une check-list spécialisée - support clés en main adaptés aux spécificités de l'activité interventionnelle ?

La check-list générique ?

Cette personnalisation respecte-t-elle les bonnes pratiques : à partir d'items socles, les professionnels adaptent le contenu et la forme de leur check-list. Toutes les adaptations sont possibles, dès lors qu'elles sont concertées avec les professionnels concernés ?

Non

EE1, 2, 3 et 4 : Non mais jamais Oui ou Non applicable. En effet, dès lors que la check-list ne respecte pas les bonnes pratiques, sa mise en œuvre (EE1 et 2), son évaluation (EE3) et son amélioration (EE4) ne peuvent être pertinentes.

Le score du critère est à 0%

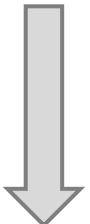
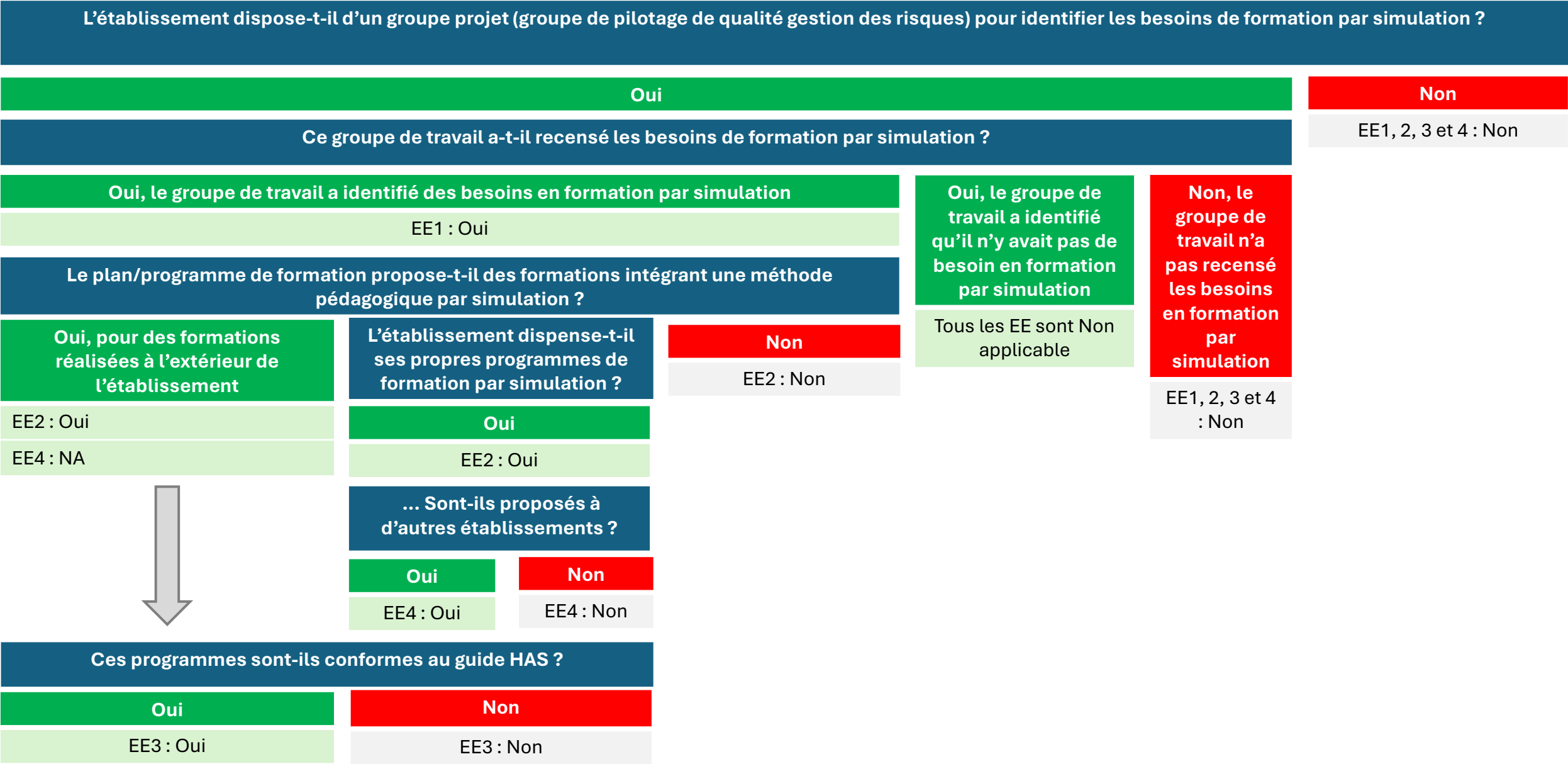
Oui

EE1, 2, 3 et 4 : Oui ou Non, mais jamais Non applicable

L'EV évalue le temps 1 par une observation en salle et les temps 2 et 3 sur la base d'audit d'observations et d'entretien avec les professionnels réalisés par l'ES

EE1, 2, 3 et 4 : Oui ou Non, mais jamais Non applicable

L'EV évalue le temps 1 par une observation en salle et les temps 2 et 3 sur la base d'audit d'observations et d'entretien avec les professionnels réalisés par l'ES



EE1 : L'établissement a identifié les situations de prise en charge éligibles à la télésanté...

Pour savoir s'il a une ou plusieurs prises en charge éligibles à la télésanté, il doit les avoir identifiées.

Oui, l'établissement les a identifiées et certaines sont éligibles



EE1 : ... et mis en place les organisations qui permettent le déploiement effectif



Oui

EE1 : Oui
EE 2, 4, 5 et 6 : Oui ou Non



Réalise-t-il de la télésurveillance ?



Oui

EE3 : Oui ou Non



Non

EE3 : NA

EE 1 : Non, puisqu'il est attendu à la fois une identification ET un déploiement effectif.

EE 2, 3, 4, 5 et 6 : Non applicable. Dès lors que l'établissement n'a pas déployé, il ne peut lui être reproché d'avoir mis à dispositions les outils, les formations, d'avoir déclaré son activité à l'ARS, etc.

Conclusion : le score du critère sera à 0%. Puisqu'il est attendu que l'établissement ayant des activités éligibles ait déployé la télésanté.

Oui, l'établissement les a identifiées et aucune n'est éligible

NA à tous les EE

Conclusion : le score du critère sera NA, ce qui permettra à la HAS de connaître les établissements dont l'activité ne se prête pas à la télésanté.

Non

Non aux EE 1, 2, 3, 4 et 6 : si l'établissement n'a pas identifié les activités éligibles, et considérant qu'il n'est pas de la responsabilité de l'EV de chercher s'il en existe ou pas, par précaution, la HAS considère qu'il pourrait en exister. Et donc, que l'ES ne sait pas s'il a mis à disposition les outils conformes (EE2/EE6), s'il a formé les professionnels (EE6), s'il a déclaré son activité à l'ARS (EE3), s'il a évalué son activité (EE4).

Non à l'EE5 : si pendant la visite, les EV rencontrent des équipes qui utilisent la télésanté, en dehors de tout cadre fixé par la gouvernance, la réponse est Non.

Conclusion : le score du critère sera à 0%.



3.3-05ee 3 : Non

www.has-sante.fr



Patients, soignants, un engagement partagé