

# GRILLES AUDIT SYSTÈME

**Book construit à partir des grilles HAS  
générées depuis CALISTA**

**juin 2023**

# Comment conduire un audit système ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

## Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode de l'audit système.

## Pour bien commencer

La méthode de l'audit système permet d'évaluer d'une part la dynamique et l'organisation impulsées par la gouvernance de l'établissement et d'autre part leur appropriation par les professionnels de terrain.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon l'audit système que l'on souhaite conduire. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction totale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation.

## En pratique

■ Dans le cadre d'une visite de certification, seul un expert-visiteur habilité peut réaliser cette méthode.

L'infographie ci-après présente les quatre étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

# MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement  
pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



## RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME,  
direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée,  
l'évaluateur analyse la politique,  
les activités et les actions mises  
en place par la gouvernance  
pour s'assurer de la capacité  
qu'a l'établissement à maîtriser  
et à atteindre ses résultats. Il peut  
demander la transmission de tout  
document qu'il jugera utile pour  
étayer son évaluation.



## RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur  
s'assure de l'implication des  
représentants des usagers et  
des associations de patients  
dans la vie de l'établissement.

### 1



## CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents  
nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant  
(conventions de partenariat), politique  
qualité (stratégie de recueil de l'expression  
du patient), bilan des plaintes et  
des réclamations, plan de formation, plan  
de gestion des tensions hospitalières, etc.

### 2



## RENCONTRE AVEC DES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne  
diffusion de la politique, des activités  
et des actions de l'établissement  
sur la thématique concernée et  
sa déclinaison par les professionnels  
de terrain.

### 3


### 4



L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant  
de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

**Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :  
patients, soignants, un engagement partagé**

# 1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

 Durée : 1 heure

 Lieu : dans la salle des experts-visiteurs ; au fil des entretiens si besoin

Les objectifs de la consultation documentaire sont :

- bien comprendre le contexte, les enjeux, l'organisation mise en place par l'établissement sur l'audit système évalué ;
- préparer et structurer les entretiens en tenant compte de la grille d'évaluation et des informations consultées.

La consultation est réalisée à différentes étapes :


- avant la visite sur la base des documents mis à disposition par l'établissement dans CALISTA ;
- avant les entretiens avec la gouvernance sur la base des documents complémentaires qui auront été demandés à l'établissement le matin ou la veille de l'audit système ;
- au fil des entretiens avec la gouvernance, les professionnels, les représentants des usagers.

Dans le cadre de l'évaluation interne, la personne en charge de réaliser l'évaluation doit identifier l'ensemble des documents dont elle aura besoin avant le démarrage de son évaluation et s'en imprégner.

Les documents mis à disposition de la HAS par l'établissement sont accessibles dans CALISTA, dossier Ma Certification/ documents. Leur dépôt est obligatoire pour certains.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES	DOCUMENTS FACULTATIFS
Bilan de la commission des usagers	Accréditation COFRAC (Laboratoire d'analyses médicales)
Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	Certification ISO (liste des services certifiés ISO 9001,14001)
Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens	Rapport CGPL (rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté)
Liste des services et/ou pôles	Rapport Cour des comptes
Bilan des événements indésirables*	Rapport inspection ARS
Organigramme	Rapports ABM (Agence de biomédecine)
Plan blanc	Rapports ASN (Agence de sécurité nucléaire)
Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Rapports IGAS (Inspection générale des affaires sociales)
Plan d'implantation des services	Charte de bloc
Politique qualité	
Projet établissement et/ou note d'orientation stratégique	

## 2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

 Durée : 1 h 30 à 3 heures

 Lieu : salle de réunion


Six audits système Gouvernance ont été préalablement définis par la HAS dans la cadre des visites de certification :

- leadership ;
- QVT & travail en équipe ;
- engagement des patients ;
- dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins ;
- maîtrise des risques ;
- coordination territoriale.

La gouvernance attendue dans le cadre de chacune de ses rencontres s'entend par la direction, le président de la CME et la direction des soins ou équivalent. Selon l'audit système concerné, d'autres personnes peuvent être associées :

- directeur qualité ou responsable qualité ;
- directeur des ressources humaines ou responsable des ressources humaines ;
- personne responsable de la logistique ;
- médecin hygiéniste, président du CLIN, président du CLUD... ;
- pharmacien ;
- représentants des usagers.

## 3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

 Durée : 45 minutes

 Lieu : sur le terrain dans un ou plusieurs services


Selon l'audit concerné, les rencontres des professionnels de terrain sont réalisées dans un ou plusieurs services, voire sur plusieurs sites selon la structuration de l'établissement auprès des équipes de jour comme de nuit.


Au sein d'une équipe rencontrée, la présence d'un représentant de chaque catégorie professionnelle est souhaitée.

Les objectifs de ces rencontres sont :

- confirmer ou infirmer le bon fonctionnement du système au plus près des services ;
- compléter les éléments de la grille d'évaluation de l'audit système concerné.

## 4 SELON L'AUDIT SYSTEME CONCERNE, RENCONTRE AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

 Durée : 1 h 15

 Lieu : salle de réunion

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et faiblesses.

Une réelle implication des représentants des usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

Dans cette optique, l'évaluateur cherchera à apprécier le niveau d'implication réelle des représentants des usagers, à détecter leurs éventuelles difficultés à s'impliquer dans la vie de l'établissement. Dans le cas de l'évaluation interne, l'évaluateur pourra, le cas échéant, rechercher avec les représentants des usagers les actions d'amélioration à mettre en place pour favoriser leur participation à la vie de l'établissement.

### **Exemple : audit système « Dynamique d'amélioration » abordé selon les publics rencontrés**

Vous avez la possibilité de visualiser le contenu de la grille d'évaluation de l'audit système « Gouvernance » à partir de l'outil d'appropriation du référentiel présent sur le site de la HAS dont en voici le lien : [www.has-sante.fr/jcms/p\\_3242328/fr/outil-d-appropriation-du-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3242328/fr/outil-d-appropriation-du-referentiel-de-certification-des-etablissements-de-sante).

Concernant l'exemple, nous avons ci-dessous sélectionné la méthode « Audit système » et « Gouvernance » puis « Professionnels » et « Représentants des usagers ».



# LEADERSHIP



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-175163

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Leadership

Créé par            Saisie par  
Antoine BIRON    Antoine BIRON

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Gouvernance
<p><b>Critère n°3.3-01</b></p> <p>La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Crit.3.3-01-ee01-ASY</b></p> <p>La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.3-01</b></p> <p>La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Crit.3.3-01-ee02-ASY</b></p> <p>La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.3-01</b></p> <p>La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins</p> <p><b>Crit.3.3-01-ee03-ASY</b></p> <p>Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.3-02</b></p> <p>L'établissement soutient une culture de sécurité des soins</p> <p><b>Crit.3.3-02-ee01-ASY</b></p> <p>La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.3-03</b></p> <p>La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge</p> <p><b>Crit.3.3-03-ee01-ASY</b></p> <p>La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>



## Gouvernance

### Critère n°3.3-03

La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

#### Crit.3.3-03-ee04-ASY

: L'établissement est doté d'un dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins associant tous les acteurs : les maquettes organisationnelles sont validées et mises en œuvre.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-04

Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

#### Crit.3.3-04-ee01-ASY

Les responsables ont bénéficié d'une formation au management.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-04

Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

#### Crit.3.3-04-ee02-ASY

Les managers partagent de façon régulière et structurée leur expérience.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-04

Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management

#### Crit.3.3-04-ee03-ASY

Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching dans l'exercice de leur fonction d'encadrement.

Oui  Non  Non applicable



# QVT & TRAVAIL EN ÉQUIPE



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-192575

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    QVT & Travail en équipe

Créé par            Saisie par  
Léa GIRARD      Léa GIRARD

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Gouvernance
<p><b>Critère n°3.4-01</b></p> <p>La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe</p> <p><b>Crit.3.4-01-ee01-ASY</b></p> <p>Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.4-02</b></p> <p>La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe</p> <p><b>Crit.3.4-02-ee01-ASY</b></p> <p>Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.4-04</b></p> <p>L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs</p> <p><b>Crit.3.4-04-ee01-ASY</b></p> <p>Un état des lieux des questionnements éthiques est réalisé et partagé avec l'ensemble des acteurs.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.4-04</b></p> <p>L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs</p> <p><b>Crit.3.4-04-ee02-ASY</b></p> <p>Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés au questionnement éthique.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.4-02</b></p> <p>La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe</p> <p><b>Crit.3.4-02-ee02-ASY</b></p> <p>Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Gouvernance

### Critère n°3.4-03

Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

#### Crit.3.4-03-ee01-ASY

À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-03

Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

#### Crit.3.4-03-ee02-ASY

Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee01-ASY

Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee02-ASY

L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives des professionnels et connus par eux.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee03-ASY

La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels ou, le cas échéant, les personnels sont invités selon des modalités diverses à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee04-ASY

La politique/démarche QVT tient compte des composants démographiques, sexe et âge, analyses et variations d'absentéisme, de turnover, d'arrêts maladie.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee05-ASY

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain. (Gouvernance)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-02

La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits

#### Crit.3.5-02-ee01-ASY

En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de médiation respectant la confidentialité.

Oui  Non  Non applicable



# **ENGAGEMENT PATIENT**



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-192579

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Engagement patient

Créé par            Saisie par  
Léa GIRARD      Léa GIRARD

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Gouvernance
<p><b>Critère n°3.2-01</b></p> <p>L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient</p> <p><b>Crit.3.2-01-ee01-ASY</b></p> <p>L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-Satis (ou autres dispositifs complémentaires, le cas échéant).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-01</b></p> <p>L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient</p> <p><b>Crit.3.2-01-ee02-ASY</b></p> <p>Les mesures promouvant la participation des patients à e-Satis sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra-établissement, en lien avec la commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national e-Satis.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-01</b></p> <p>L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient</p> <p><b>Crit.3.2-01-ee03-ASY</b></p> <p>L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) ou sur le résultat sur sa santé de son point de vue (PROMS).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-02</b></p> <p>L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients</p> <p><b>Crit.3.2-02-ee01-ASY</b></p> <p>Des actions mobilisant l'expertise des patients sont portées par la gouvernance.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-02</b></p> <p>L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients</p> <p><b>Crit.3.2-02-ee02-ASY</b></p> <p>Les patients participent à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, EPP...</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Gouvernance

### Critère n°3.2-02

L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

#### Crit.3.2-02-ee03-ASY

Des patients interviennent dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-02

L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

#### Crit.3.2-02-ee04-ASY

L'impact des intégrations de l'expertise des patients est évalué.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee01-ASY

L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage : politique d'information et de communication auprès des patients, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation continue, mise à disposition d'outils facilitants.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee02-ASY

Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation (formation écoute active, reformulation, outils ou supports d'aide à la communication...).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee03-ASY

Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la commission des soins, le cas échéant, et à la commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee04-ASY

L'établissement assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients (ou aidants, accompagnants, proches) et des équipes au médiateur, si besoin.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee05-ASY

Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (e-Satis) pour améliorer sa stratégie de diffusion.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-04

L'établissement veille à la bientraitance

#### Crit.3.2-04-ee01-ASY

L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation ou de formation auprès de toutes les catégories de professionnels.

Oui  Non  Non applicable

## Gouvernance

### Critère n°3.2-04

L'établissement veille à la bientraitance

#### Crit.3.2-04-ee04-ASY

La gouvernance évalue les risques impactant la bientraitance notamment dans les secteurs en difficulté (gouvernance).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-05

L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.

#### Crit.3.2-05-ee01-ASY

La gouvernance diffuse les recommandations de bonnes pratiques et les outils permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance et veille à leur appropriation.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-05

L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.

#### Crit.3.2-05-ee04-ASY

La gouvernance évalue annuellement que le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge est effectif.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-05

L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.

#### Crit.3.2-05-ee05-ASY

La gouvernance recense les cas de maltraitance dans le PMSI (bilan annuel sur tous les codes des familles T74, Z61 et Z63) et elle met en œuvre des actions découlant de l'analyse du PMSI.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-06

L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein

#### Crit.3.2-06-ee01-ASY

La gouvernance diffuse et veille à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-07

L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap

#### Crit.3.2-07-ee02-ASY

L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-08

L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière

#### Crit.3.2-08-ee01-ASY

L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-09

L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

#### Crit.3.2-09-ee01-ASY

L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier.

Oui  Non  Non applicable



## Gouvernance

### Critère n°3.2-09

L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

#### Crit.3.2-09-ee02-ASY

Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-09

L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier

#### Crit.3.2-09-ee03-ASY

La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-10

L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients

#### Crit.3.2-10-ee01-ASY

L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans son établissement ou dans des centres du territoire.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-10

L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients

#### Crit.3.2-10-ee02-ASY

Les centres de compétences ou de référence d'un établissement (notamment pour les maladies rares) assurent une communication vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins ou médico-sociale et des associations d'usagers concernées du territoire. Les établissements qui n'en disposent pas identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.

Oui  Non  Non applicable



# DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-175164

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Dynamique d'amélioration

Créé par            Saisie par  
Antoine BIRON    Antoine BIRON

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Gouvernance
<p><b>Critère n°3.7-01</b></p> <p>La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques</p> <p><b>Crit.3.7-01-ee01-ASY</b></p> <p>La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.7-01</b></p> <p>La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques</p> <p><b>Crit.3.7-01-ee02-ASY</b></p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.7-01</b></p> <p>La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques</p> <p><b>Crit.3.7-01-ee03-ASY</b></p> <p>L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.7-02</b></p> <p>L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité</p> <p><b>Crit.3.7-02-ee01-ASY</b></p> <p>Un programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.7-03</b></p> <p>L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins</p> <p><b>Crit.3.7-03-ee01-ASY</b></p> <p>Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement et en commission des soins infirmiers, rééducation et médicoteknique (lorsqu'elle existe).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Gouvernance

### Critère n°3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

#### Crit.3.7-03-ee04-ASY

Des objectifs d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins sont définis.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

#### Crit.3.7-03-ee05-ASY

Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

#### Crit.3.7-03-ee06-ASY

Dans le cas d'un non-répondant à un IQSS, les raisons sont identifiées et font l'objet d'actions.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-05

L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité

#### Crit.3.7-05-ee02-ASY

La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-05

L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité

#### Crit.3.7-05-ee03-ASY

Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-06

L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement

#### Crit.3.7-06-ee01-ASY

La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation, assure la logistique nécessaire à son déploiement et articule les actions menées dans le cadre de l'accréditation des médecins ou des équipes médicales avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement (PAQS).

Oui  Non  Non applicable


### Critère n°3.7-06

L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement


#### Crit.3.7-06-ee02-ASY

Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.

Oui  Non  Non applicable



# MAÎTRISE DES RISQUES



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-175166

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Maîtrise des risques

Créé par            Saisie par  
Antoine BIRON    Antoine BIRON

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Gouvernance
<p><b>Critère n°2.3-02</b></p> <p>Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires</p> <p><b>Crit.2.3-02-ee02-ASY</b></p> <p>La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee01-ASY</b></p> <p>L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière) et obligatoires (hépatite B et COVID 19)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee02-ASY</b></p> <p>L'établissement donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. (Gouvernance)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee03-ASY</b></p> <p>La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services, etc.).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee04-ASY</b></p> <p>L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Gouvernance

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee01-ASY

Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee02-ASY

La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee03-ASY

Des exercices ou entraînements sont réalisés au moins une fois par an.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee04-ASY

Le cas échéant, les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expérience en santé (RETEX).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee05-ASY

Des aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux sont prévus.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee08-ASY

Les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique sont conformes au plan ORSAN élaboré avec l'ARS (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee09-ASY

Le nombre de lits, les équipements de protection individuels, les dispositifs médicaux (de type respirateur, PSE, moniteurs de surveillance...) disponibles ainsi que les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins en cas de déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont identifiés et font l'objet d'un suivi régulier pour en vérifier l'opérationnalité

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee10-ASY

La mobilisation de ressources supplémentaires est coordonnée avec les partenaires du territoire.

Oui  Non  Non applicable

## Gouvernance

### Critère n°3.6-02

Les risques numériques sont maîtrisés

#### Crit.3.6-02-ee03-ASY

Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés sans délai auprès de l'ANSSI. Les recommandations et les mesures d'urgence proposées par l'ANS, pour limiter l'impact de ceux-ci et destinées à améliorer leur sécurité, sont mises en œuvre.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-03

La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

#### Crit.3.6-03-ee02-ASY

Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est opérationnel en temps normal et pour les situations de crise. Il est adapté aux enjeux de l'établissement et à ses ressources.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-03

La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

#### Crit.3.6-03-ee03-ASY

Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-03

La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

#### Crit.3.6-03-ee04-ASY

Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides, détenus, etc.) sont répertoriées.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee01-ASY

Les consommations (énergie et eau) sont connues et un plan d'action existe pour les réduire.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee02-ASY

Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee03-ASY

L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable. L'établissement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee04-ASY

Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement.

Oui  Non  Non applicable



## Gouvernance

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee05-ASY

L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee06-ASY

L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action au regard des enjeux du développement durable.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee07-ASY

L'établissement définit les modalités de pilotage de sa politique en matière de développement durable.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

#### Crit.3.6-04-ee08-ASY

L'établissement a désigné un référent développement durable.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

#### Crit.3.6-05-ee01-ASY

Tous les secteurs de l'établissement peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence, grâce à un numéro d'appel unique.

Oui  Non  Non applicable


### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement


#### Crit.3.6-05-ee02-ASY

Une analyse du dispositif permet de valider son efficacité : plan de formation, pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations, exercices de mise en situation.

Oui  Non  Non applicable



# REPRÉSENTANTS DES USAGERS



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-192578

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Représentants des usagers

Créé par            Saisie par  
Léa GIRARD      Léa GIRARD

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Représentants des usagers
<p><b>Critère n°3.2-01</b></p> <p>L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient</p> <p><b>Crit.3.2-01-ee05-ASY</b></p> <p>Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers (art R.1112-80).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-02</b></p> <p>L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients</p> <p><b>Crit.3.2-02-ee06-ASY</b></p> <p>Les patients participent à des démarches collectives d'amélioration des pratiques et à des démarches mobilisant leur expertise dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...). (RU)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-11</b></p> <p>L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement</p> <p><b>Crit.3.2-11-ee01-ASY</b></p> <p>Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-11</b></p> <p>L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement</p> <p><b>Crit.3.2-11-ee02-ASY</b></p> <p>Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients par les représentants des usagers et les associations sont favorisées en concertation avec les équipes de soins.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.2-11</b></p> <p>L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement</p> <p><b>Crit.3.2-11-ee03-ASY</b></p> <p>Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalisation...).</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Représentants des usagers

### Critère n°3.2-11

L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

#### Crit.3.2-11-ee04-ASY

Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations des actions entreprises.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-11

L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

#### Crit.3.2-11-ee05-ASY

Le projet des usagers est formalisé et articulé avec le projet médical et soignant.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-11

L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

#### Crit.3.2-11-ee06-ASY

Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-04

L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

#### Crit.3.4-04-ee06-ASY

Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-02

L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

#### Crit.3.7-02-ee02-ASY

Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-03

L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

#### Crit.3.7-03-ee07-ASY

Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-04

L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liées aux soins.

#### Crit.3.7-04-ee06-ASY

La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves dont les presque-accidents déclarés par l'établissement.

Oui  Non  Non applicable



# COORDINATION TERRITORIALE



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-4055

Site géographique  
FORAP

Service Unité

Méthode      Sous méthode  
Audit système    Coordination territoriale

Créé par      Saisie par  
Antoine BIRON    Agent(System-Queue-ServiceLevel.ProcessEvent)

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Direction (Directeur, Directeur Adjoint...)	2
Commission/Conférence médicale d'établissement	2

## Éléments d'évaluation

**Gouvernance**

**Critère n°3.1-01**

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.

**Crit.3.1-01-ee01-ASY**

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.1-01**

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.

**Crit.3.1-01-ee02-ASY**

L'établissement a identifié les partenaires installés ou en développement qui contribuent à certains parcours sur le territoire ou plus largement en cas d'activités de recours.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.1-01**

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.

**Crit.3.1-01-ee03-ASY**

L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de téléimagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.1-02**

L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours

**Crit.3.1-02-ee01-ASY**

L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.1-02**

L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours

**Crit.3.1-02-ee02-ASY**

L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.

Oui  Non  Non applicable

## Gouvernance

### Critère n°3.1-02

L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours

#### Crit.3.1-02-ee03-ASY

L'établissement contribue au développement des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) de son territoire

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-02

L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours

#### Crit.3.1-02-ee04-ASY

L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte-rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-03

L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)

#### Crit.3.1-03-ee01-ASY

L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-03

L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)

#### Crit.3.1-03-ee02-ASY

L'établissement identifie les ruptures de parcours et propose des réponses adaptées fondées sur l'appropriation des pratiques orientées rétablissement, le développement de prises en charge diversifiées privilégiant l'ambulatoire et visant le maintien et le développement des capacités des personnes.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-03

L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)

#### Crit.3.1-03-ee03-ASY

Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés : .– les structures disponibles en matière d'aide à domicile.– les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-05

Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

#### Crit.3.1-05-ee01-ASY

Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour des patients internes et externes à l'établissement ont été établies au plan médical et organisationnel.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-05

Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

#### Crit.3.1-05-ee02-ASY

La gouvernance de l'établissement se tient informée des événements qui pourraient affecter la sécurisation de la prise en charge des patients afin de soutenir l'évolution de l'organisation le cas échéant (permanence téléphonique, séniorisations...).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-06

L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales

#### Crit.3.1-06-ee01-ASY

Pour les urgences concernant la personne âgée, des circuits courts par des admissions directes dans une filière ou service adapté à la gériatrie sont formalisés.

Oui  Non  Non applicable

## Gouvernance

### Critère n°3.1-06

L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales

#### Crit.3.1-06-ee02-ASY

Les modalités définies avec les partenaires de l'établissement (médecins traitants, Ephad, HAD, SSR, USLD...) permettent d'éviter tout transfert immédiat si l'état du patient le permet (filière gériatrique directe, réseaux de télémedecine, intervention d'équipe de recours,..).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-06

L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales

#### Crit.3.1-06-ee03-ASY

L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee01-ASY

Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ou Internet) (Gouvernance).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee02-ASY

Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs. (Gouvernance)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee03-ASY

Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen,...) entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. (Gouvernance)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee04-ASY

Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives. (Gouvernance)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-08

L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

#### Crit.3.1-08-ee01-ASY

A minima, la gouvernance repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-08

L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

#### Crit.3.1-08-ee02-ASY

Lorsque cela est adapté à sa situation, la gouvernance a défini une politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir.

Oui  Non  Non applicable



## Gouvernance

### Critère n°3.1-08

L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

#### Crit.3.1-08-ee03-ASY

Lorsqu'il existe des équipes désireuses de s'y engager, les réponses aux appels à projet nationaux, régionaux, la participation à des essais cliniques et/ou technologiques, les études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins sont soutenues et reconnues. Le temps nécessaire à cette recherche est identifié et organisé.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-08

L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire

#### Crit.3.1-08-ee04-ASY

Lorsqu'il existe un émargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), aux systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions..., il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.

Oui  Non  Non applicable

## Professionnels

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee05-ASY

Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ou Internet). (Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee06-ASY

Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee07-ASY

Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'exams et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee08-ASY

Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee09-ASY

L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie.

Oui  Non  Non applicable



# ENTRETIEN PROFESSIONNEL



Démarche : 40031 DEM-16004 > CER-15002 > GR11-175168

Site géographique  
FORAP

Service  
FORAP Unité

Méthode            Sous méthode  
Audit système    Entretien Professionnel

Créé par            Saisie par  
Antoine BIRON    Antoine BIRON

Commentaire

## Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

## Éléments d'évaluation

Professionnels
<p><b>Critère n°2.3-02</b></p> <p>Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires</p> <p><b>Crit.2.3-02-ee01-ASY</b></p> <p>Le plan d'action de toutes les alertes de vigilances ascendantes et descendantes et de tous les signalements, est piloté : .? les responsabilités sont identifiées ;.? les modalités de réception sont définies ;.? les modalités de transmission sont définies ;.? il existe une permanence du dispositif 24 heures sur 24.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee05-ASY</b></p> <p>L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière hépatite B, et COVID 19.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°2.3-17</b></p> <p>Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé</p> <p><b>Crit.2.3-17-ee06-ASY</b></p> <p>Les responsables des unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.1-03</b></p> <p>L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)</p> <p><b>Crit.3.1-03-ee04-ASY</b></p> <p>Les professionnels de l'établissement sont informés des orientations définies en concertation avec la communauté médicale et soignante, et des actions à entreprendre.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Critère n°3.1-07</b></p> <p>Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément</p> <p><b>Crit.3.1-07-ee05-ASY</b></p> <p>Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ou Internet). (Professionnels)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>

## Professionnels

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee06-ASY

Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee07-ASY

Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'examens et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee08-ASY

Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.(Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.1-07

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

#### Crit.3.1-07-ee09-ASY

L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-01

L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient

#### Crit.3.2-01-ee04-ASY

L'exploitation des résultats e-Satis est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-02

L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

#### Crit.3.2-02-ee05-ASY

Les patients participent à des démarches collectives d'amélioration des pratiques et à des démarches mobilisant leur expertise dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...) (Professionnels).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee07-ASY

Les plaintes et réclamations des patients sont connues

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

#### Crit.3.2-03-ee08-ASY

Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels

Oui  Non  Non applicable

## Professionnels

### Critère n°3.2-04

L'établissement veille à la bientraitance

#### Crit.3.2-04-ee03-ASY

Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-04

L'établissement veille à la bientraitance

#### Crit.3.2-04-ee05-ASY

Les risques impactant la bientraitance ((sous effectifs, turnover, instabilité encadrement, formation, matériel, protocole de prise en charge.) sont identifiés (professionnels).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-04

L'établissement veille à la bientraitance

#### Crit.3.2-04-ee06-ASY

Les conditions d'exercice des pratiques sont réunies pour assurer la bientraitance dans les moments sensibles (accueil, prise en charge de la douleur, toilette, annonce...).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-05

L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.

#### Crit.3.2-05-ee02-ASY

Les professionnels appliquent les conduites à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-05

L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.

#### Crit.3.2-05-ee03-ASY

Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants...) pour favoriser leur détection.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-06

L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein

#### Crit.3.2-06-ee02-ASY

Les professionnels ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients dans les moments sensibles de vulnérabilité.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-06

L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein

#### Crit.3.2-06-ee04-ASY

Les professionnels connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.2-08

L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière

#### Crit.3.2-08-ee02-ASY

En présence de personnes vulnérables, les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne ou externe à la structure (assistant social, interprète, services spécialisés...).

Oui  Non  Non applicable

## Professionnels

### Critère n°3.3-01

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

#### Crit.3.3-01-ee04-ASY

Les professionnels peuvent citer les actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-01

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

#### Crit.3.3-01-ee05-ASY

Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour des nouvelles actions.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-02

L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

#### Crit.3.3-02-ee02-ASY

La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...) est évaluée

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-02

L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

#### Crit.3.3-02-ee03-ASY

Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité organisées au sein de l'établissement

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-02

L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

#### Crit.3.3-02-ee04-ASY

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-03

La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

#### Crit.3.3-03-ee02-ASY

Pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources ponctuel, des dispositions transitoires (heures sup, intérim, mode dégradé, réduction d'activité) sont mobilisables.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-03

La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

#### Crit.3.3-03-ee03-ASY

Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.3-03

La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge

#### Crit.3.3-03-ee05-ASY

Le dispositif d'adaptation ressources/activité en fonction des risques identifiés de qualité des soins de l'établissement et le circuit de signalement de dysfonctionnement sont connus.

Oui  Non  Non applicable

## Professionnels

### Critère n°3.4-01

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

#### Crit.3.4-01-ee02-ASY

Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, team building, CRM santé, repérage des moments de communication critiques...).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-01

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

#### Crit.3.4-01-ee03-ASY

La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-01

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

#### Crit.3.4-01-ee04-ASY

Les solutions organisationnelles et l'organisation du temps de travail sont mises en œuvre pour permettre le travail en équipe.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-04

L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

#### Crit.3.4-04-ee03-ASY

Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-04

L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

#### Crit.3.4-04-ee04-ASY

Les professionnels disposent d'un cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-04

L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

#### Crit.3.4-04-ee05-ASY

L'équipe, en cas de besoin, dispose de ressources externes identifiées d'aide à la prise en compte des problématiques éthiques.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.4-03

Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

#### Crit.3.4-03-ee03-ASY

Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipes ou PACTE, sont proposés aux équipes.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee06-ASY

Il existe au sein des unités de travail des espaces – temps de discussions collectives qui permettent de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail.(Professionnels )

Oui  Non  Non applicable

## Professionnels

### Critère n°3.5-01

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

#### Crit.3.5-01-ee07-ASY

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain (Professionnels)

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-02

La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits

#### Crit.3.5-02-ee02-ASY

Les difficultés de relations interprofessionnelles, inter disciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités propres à l'établissement et connues, en sus des modalités de l'évaluation professionnelle.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.5-02

La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits

#### Crit.3.5-02-ee03-ASY

Des dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique sont accessibles à tous les professionnels quels que soient leur métier ou leur statut.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee06-ASY

Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels, représentants des usagers).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-01

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

#### Crit.3.6-01-ee07-ASY

Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-02

Les risques numériques sont maîtrisés

#### Crit.3.6-02-ee01-ASY

Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, mise en œuvre de solution dégradée).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-02

Les risques numériques sont maîtrisés

#### Crit.3.6-02-ee02-ASY

Les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques. (Login et mot de passe personnels régulièrement changés).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-03

La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée

#### Crit.3.6-03-ee05-ASY

Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation en cas de situation critique (tapage, agression, intrusion...).

Oui  Non  Non applicable



## Professionnels

### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

#### Crit.3.6-05-ee03-ASY

Les professionnels de soins savent détecter les symptômes d'une urgence vitale et connaissent les premiers gestes de prise en charge d'une urgence vitale.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

#### Crit.3.6-05-ee07-ASY

Tous les professionnels de soins sont régulièrement formés aux gestes de première urgence.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

#### Crit.3.6-05-ee08-ASY

Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

#### Crit.3.6-05-ee04-ASY

Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins : la composition est adaptée aux profils des patient de l'unité, leur vérification est tracée et un registre d'utilisation est tenu.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-01

La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

#### Crit.3.7-01-ee04-ASY

L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipe.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-01

La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

#### Crit.3.7-01-ee05-ASY

Des revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée (par exemple, taux de transfert à 48h, séjours longs).

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-02

L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

#### Crit.3.7-02-ee03-ASY

Les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients dans l'unité sont connues des professionnels.

Oui  Non  Non applicable

### Critère n°3.7-02

L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

#### Crit.3.7-02-ee04-ASY

Les équipes connaissent les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers et mettent en place, lorsqu'elles existent, des actions d'amélioration.

Oui  Non  Non applicable