

Book construit par la FORAP  
à partir des grilles HAS générées sur Calista

---

---

**MESURER**  
& AMELIORER LA QUALITE

---

# Grilles Audit Système

Décembre 2021

---

# Sommaire

---

Infographie méthode de l'Audit système - **Page 1**

Extrait du manuel de certification HAS version septembre 2021 - Fiche pratique opératoire Audit système - **Page 2**

- Grille Calista : Leadership - **Page 7**
- Grille Calista : QVT & travail en équipe - **Page 10**
- Grille Calista : Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins - **Page 13**
- Grille Calista : Maîtrise des risques - **Page 16**
- Grille Calista : Représentants des usagers - **Page 21**
- Grille Calista : Entretien professionnel (Grille intégrée dans Calista) - **Page 24**

Lien Youtube vers le module Audit Système de la HAS : <https://www.youtube.com/watch?v=sW0QuPQkCEM>

# 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.



## 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.



## 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.



## RENCONTRE AVEC LES 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.



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.

# 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 l'organisation de l'établissement pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Elle est utilisée majoritairement pour évaluer le chapitre 3 du référentiel de certification.

Le déroulé de la méthode repose sur plusieurs phases exposées dans l'infographie et dont les conditions de mise en œuvre sont ensuite détaillées.

Les audits système se différencient des traceurs du fait que l'évaluation démarre par la compréhension de l'organisation (entretiens gouvernance et éventuellement consultation documentaire) vers la mise en œuvre réelle sur le terrain.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer. 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 globale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction globale 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 ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.

## 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.

Sept audits système 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
- Représentants des usagers
- Coordination territoriale

## 1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

 Durée : 1 heure inscrite au calendrier

 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	

\* Le bilan doit spécifier *a minima* le nombre d'évènements indésirables, le nombre d'EIGS, leurs délais moyens de traitement et pour les EIGS les délais de transmission à l'ARS.

## 2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

 Durée : 1 h 30 à 3 heures

 Lieu : salle de réunion

La gouvernance 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 ou responsable qualité ;
- directeur ou responsable des ressources humaines ;
- personne responsable de la logistique ;
- médecin hygiéniste ;
- pharmacien ;
- représentants des usagers.


Une segmentation des entretiens est indispensable selon la taille de l'établissement.

Les objectifs de cette rencontre sont :

- (re)présenter aux participants les objectifs de l'audit système évalué, (re)préciser le déroulé et donner du sens ;
- préciser que la rencontre est aussi un moyen de valoriser les bonnes pratiques ;
- poser des questions en lien avec la grille d'évaluation et la consultation documentaire préalablement réalisée.

## 3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

 Durée : 1 heure à 1 h 30 par rencontre


 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. Lorsque cela est possible, il est intéressant d'y intégrer des professionnels de nuit.

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 heure

 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 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.

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
<b>Consultation documentaire</b>	Consultation des documents disponibles sur CALISTA : Politique qualité Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Prendre connaissance des autres types de certification et d'accréditation obtenus par l'établissement Bilan des plaintes et réclamations	
<b>Entretiens avec la gouvernance</b>	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. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes. L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).	<b>3.7-01</b>
	Le programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.	<b>3.7-02</b>
	Les objectifs de qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis. 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. Dans le cas d'un statut nonrépondant à un IQSS, les raisons sont expliquées et justifiées.	<b>3.7-03</b>
	Si un service d'urgence existe : La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires. Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.	<b>3.7-05</b>

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Entretiens avec la gouvernance	La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement). 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.	3.7-06
Entretiens avec les professionnels	L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire. Les revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée : taux de transfert à 48 heures, GMT au regard des types d'autorisations, séjours « longs ».	3.7-01
	L'analyse des retours des patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.	3.7-02
Entretiens avec les représentants des usagers	Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.	3.7-02
	Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.	3.7-03

## Retours d'expérience

L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels.

L'évaluateur favorisera les questions ouvertes non orientées permettant l'expression libre des professionnels. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des éléments qui n'auront pas été abordés spontanément.



---

AUDIT SYSTEME

---

Leadership

---

## AUDIT SYSTÈME : Leadership

### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°3.3-01</b> La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins <b>Crit.3.3-01-ee01-ASY</b> La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.3-01</b> La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins <b>Crit.3.3-01-ee02-ASY</b> 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. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.3-01</b> La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins <b>Crit.3.3-01-ee03-ASY</b> 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. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.3-02</b> L'établissement soutient une culture de sécurité des soins <b>Crit.3.3-02-ee01-ASY</b> La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.3-03</b> La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge <b>Crit.3.3-03-ee01-ASY</b> La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°3.3-03</b> La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge <b>Crit.3.3-03-ee04-ASY</b> La gouvernance pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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

---

AUDIT SYSTEME

---

# QVT et travail en équipe

---

## AUDIT SYSTÈME : QVT & Travail en équipe

### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°3.4-01</b> La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe
<b>Crit.3.4-01-ee01-ASY</b> Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.4-02</b> La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe
<b>Crit.3.4-02-ee01-ASY</b> Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.4-02</b> La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe
<b>Crit.3.4-02-ee02-ASY</b> Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.4-03</b> Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées
<b>Crit.3.4-03-ee01-ASY</b> 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.  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.4-03</b> Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées
<b>Crit.3.4-03-ee02-ASY</b> 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.  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°3.5-01</b> La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)
<b>Crit.3.5-01-ee01-ASY</b> Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social.  <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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

# Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

## AUDIT SYSTÈME : Dynamique d'amélioration

### Éléments d'évaluation

<p><b>Gouvernance</b></p>
<p><b>Critère n°3.7-01</b></p> <p>L'établissement soutient les revues de pertinence des 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>L'établissement soutient les revues de pertinence des 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>L'établissement soutient les revues de pertinence des 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>Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement</p> <p><b>Crit.3.7-03-ee04-ASY</b></p> <p>Des objectifs d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins sont définis.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>
<p><b>Gouvernance</b></p>
<p><b>Critère n°3.7-03</b></p> <p>Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement</p> <p><b>Crit.3.7-03-ee05-ASY</b></p> <p>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.</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable</p>



**Critère n°3.7-03**

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

**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

---

AUDIT SYSTEME

---

# Maîtrise des risques

---

## AUDIT SYSTÈME : Maîtrise des risques

### Éléments d'évaluation

<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°2.3-02</b> Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires <b>Crit.2.3-02-ee02-ASY</b> La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b> Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé <b>Crit.2.3-17-ee01-ASY</b> L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière) et obligatoires (hépatite B et COVID 19) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b> Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé <b>Crit.2.3-17-ee02-ASY</b> L'établissement donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. (Gouvernance) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b> Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé <b>Crit.2.3-17-ee03-ASY</b> 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.). <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b> Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé <b>Crit.2.3-17-ee04-ASY</b> 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. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Gouvernance</b>
<b>Critère n°3.6-01</b> La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée <b>Crit.3.6-01-ee01-ASY</b> Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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 de 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°3.6-03**

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

**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

**Gouvernance****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 vitale, grâce à un numéro d'appel direct.

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

---

AUDIT SYSTEME

---

# Représentants des usagers

## AUDIT SYSTÈME : Représentants des usagers

### Éléments d'évaluation

<b>Représentants des usagers</b>
<b>Critère n°3.2-01</b> L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient <b>Crit.3.2-01-ee05-ASY</b> 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). <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.2-02</b> L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients <b>Crit.3.2-02-ee06-ASY</b> Des démarches mobilisant l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours du patient, formation des professionnels...) (RU) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.2-11</b> L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement <b>Crit.3.2-11-ee01-ASY</b> Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.2-11</b> L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement <b>Crit.3.2-11-ee02-ASY</b> 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. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Représentants des usagers</b>
<b>Critère n°3.2-11</b> L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement <b>Crit.3.2-11-ee03-ASY</b> Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalisation...) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable



**Critère n°3.2-11**

L'établissement assure l'implication 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 assure l'implication 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**

S'il existe, le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.2-11**

L'établissement assure l'implication 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°3.7-02**

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**

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

**Crit.3.7-03-ee07-ASY**

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

Oui  Non  Non applicable

---

AUDIT SYSTEME

---

Entretien professionnel

## AUDIT SYSTÈME : Entretiens professionnels

### Éléments d'évaluation

<b>Professionnels</b>
<b>Critère n°2.3-02</b>
Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires
<b>Crit.2.3-02-ee01-ASY</b>
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.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b>
Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé
<b>Crit.2.3-17-ee05-ASY</b>
L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière hépatite B, et COVID 19.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°2.3-17</b>
Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé
<b>Crit.2.3-17-ee06-ASY</b>
Les responsables des unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.1-03</b>
L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)
<b>Crit.3.1-03-ee04-ASY</b>
Les professionnels de l'établissement sont informés des orientations définies en concertation avec la communauté médicale et soignante, et des actions à entreprendre.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Critère n°3.1-07</b>
Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément
<b>Crit.3.1-07-ee05-ASY</b>
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)
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Non applicable
<b>Professionnels</b>
<b>Critère n°3.1-07</b>
Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément
<b>Crit.3.1-07-ee06-ASY</b>
Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.(Professionnels)
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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 et à la commission des usagers 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**

Des démarches mobilisant l'expertise des patients sont mises en œuvre (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 bienveillance

**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°3.2-05**

L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients

**Crit.3.2-05-ee02-ASY**

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

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.2-05**

L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients

**Crit.3.2-05-ee03-ASY**

Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes fragiles 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 ordinaire 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 vulnérables, isolés, ayant des difficultés d'expression ou vivant avec un handicap.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.2-06**

L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein

**Crit.3.2-06-ee03-ASY**

En interne, les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance « ordinaire ».

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

**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 actions concrètes du programme qualité sont connues.

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

**Professionnels****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°3.4-01**

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

**Professionnels****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

**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) et sont conformes aux guides ministériels et aux missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS).

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

**Professionnels****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

**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 sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et 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 d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins et leur vérification est tracée.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.7-01**

L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques

**Crit.3.7-01-ee04-ASY**

L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire.

Oui  Non  Non applicable

**Critère n°3.7-01**

L'établissement soutient les revues de pertinence des 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**

L'analyse des retours des patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.

Oui  Non  Non applicable