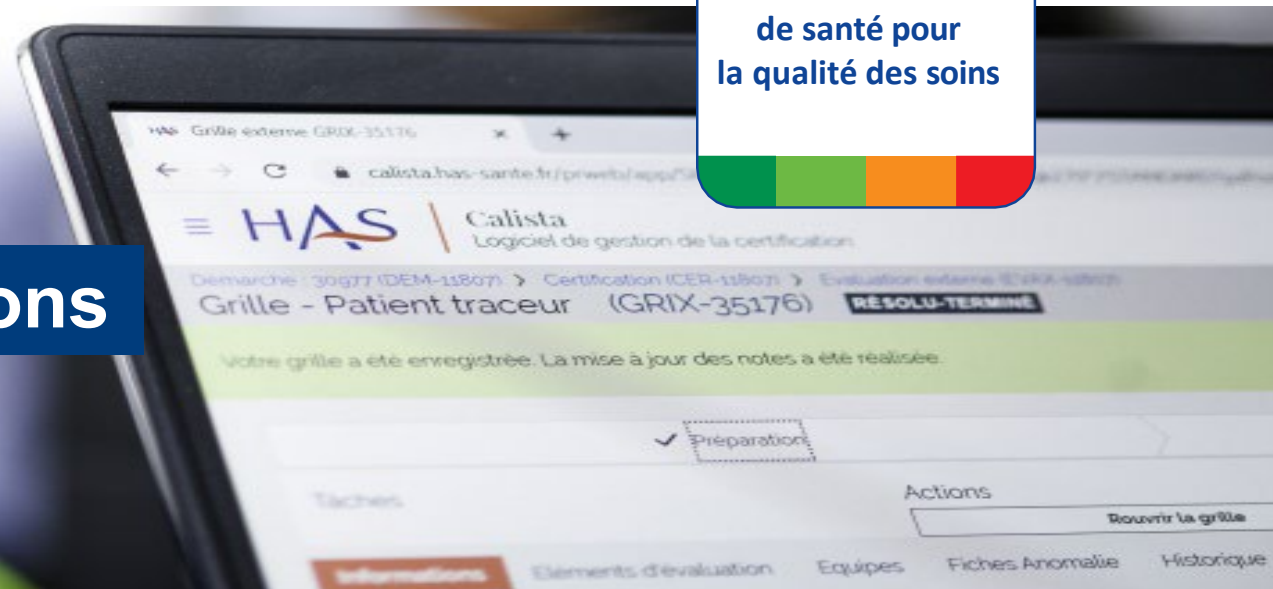


Certification des  
établissements  
de santé pour  
la qualité des soins

## Aide à la cohérence des cotations



FICHE PÉDAGOGIQUE

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



# SOMMAIRE PAR THÉMATIQUE

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



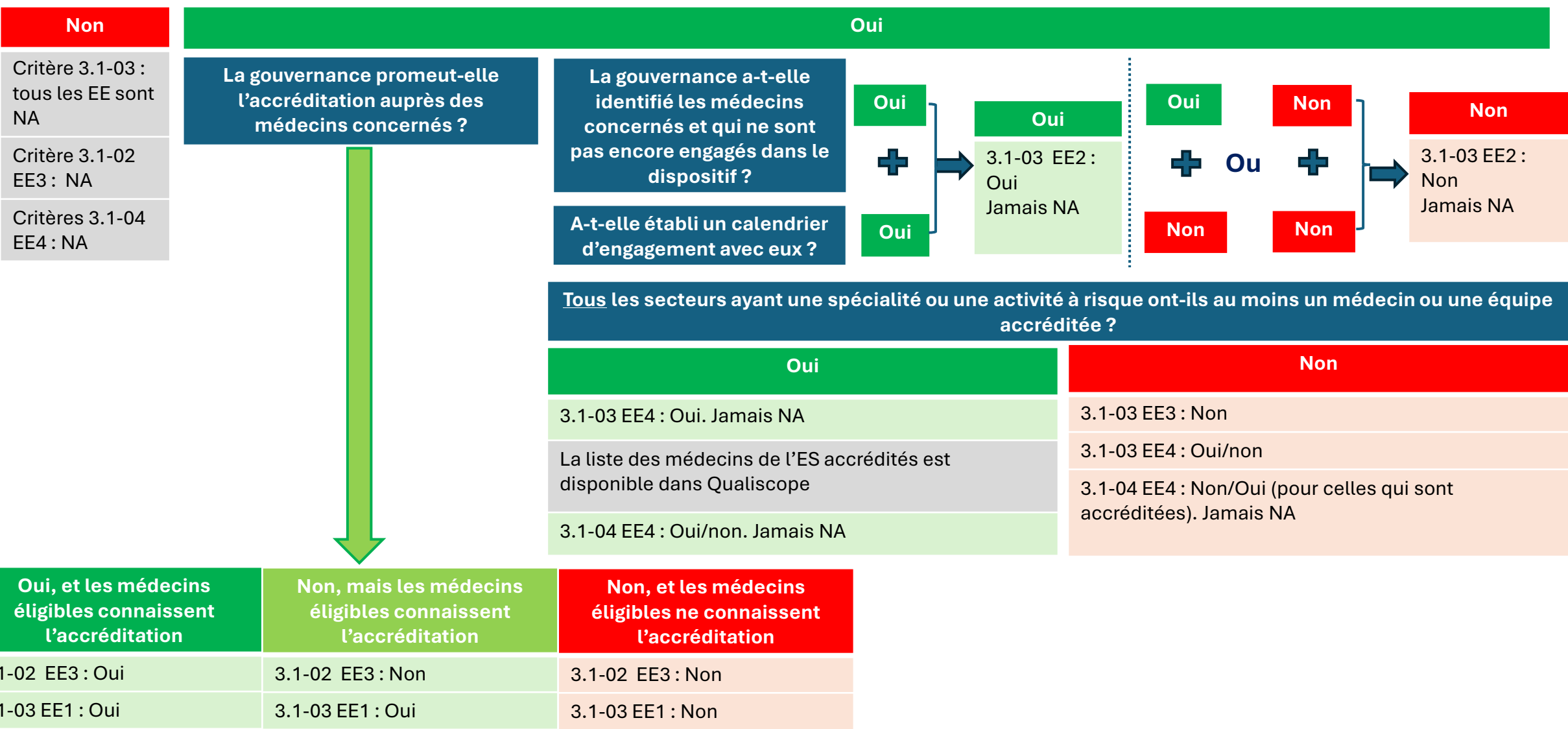
- Secteurs interventionnels : **2.3-09** p.24
- Simulation en santé : **3.2-04** p.25
- Télésanté : **3.4-04, 3.3-05** p.26

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

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

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

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



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



Oui

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



Non

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

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

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

NA sur EE2, EE3 et EE6



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

Oui

EE1, 3 et 4 : Oui ou Non

EE2 et 5 : Non applicable

Non

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

EE1 : Non applicable

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

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

### L'établissement dispose-t-il d'un secteur de consultations ?

**Non, les consultations sont réalisées par des libéraux dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci**

2.1-01ee4 : Oui ou Non mais jamais Non applicable

2.1-01ee3 et 5 : Non applicable

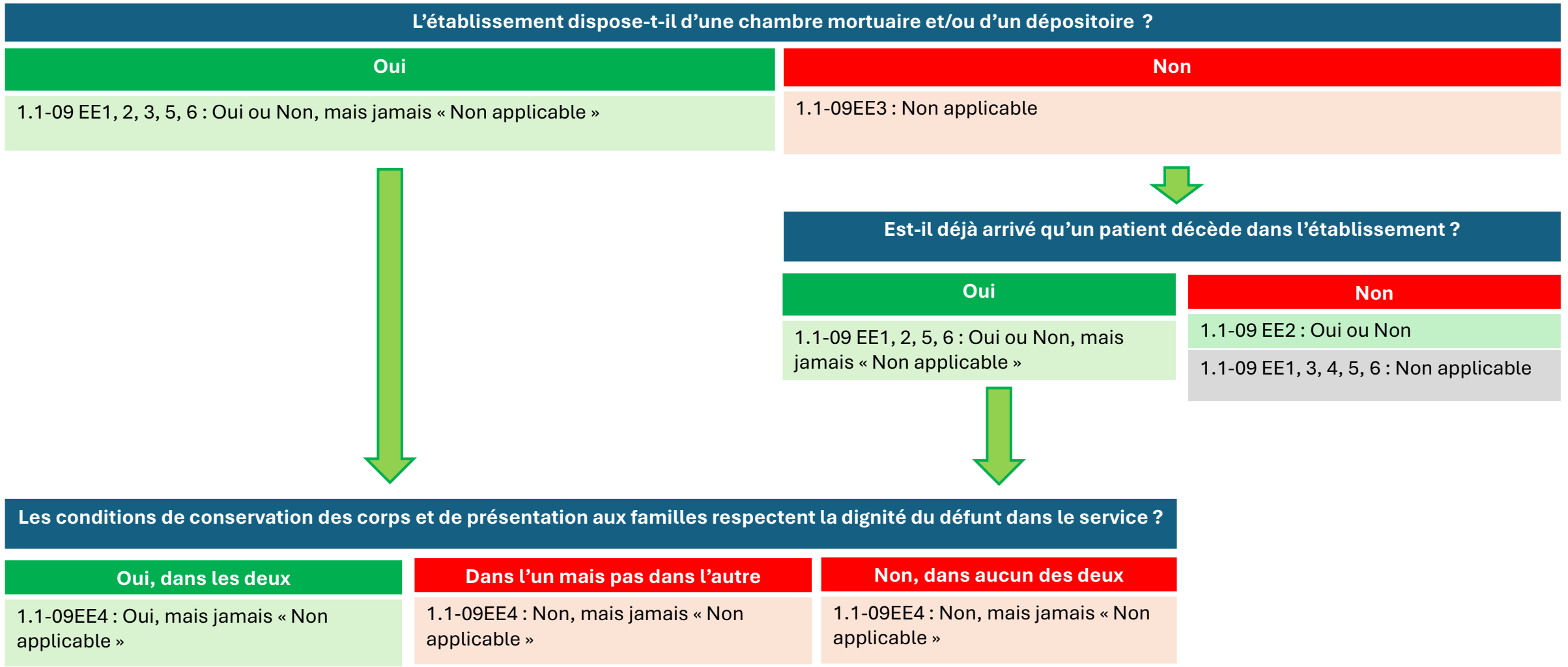
2.1-01ee1 et 2 : Non applicable

1.3-04ee1 : Non applicable

**Oui**

1.3-04ee1 : Oui ou Non mais jamais Non applicable

2.1-01 : tous les EE sont applicables





# Évènement indésirable associé aux soins

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

L'évènement indésirable, ou le presque accident, est-il associé aux soins (EIAS) ?



**Non**

Il n'a pas vocation à être l'objet du traceur ciblé. Seul les EI, ou presque accidents, associés aux soins ont vocation à être l'objet des traceurs ciblés. L'EV doit donc changer de cible et choisir un EIAS



**Non, car l'établissement n'a déclaré aucun EI, ou presque accident, associés aux soins**

Non à tous les éléments d'évaluation, mais jamais Oui ou « Non applicable ».

La prévalence des EI associés aux soins démontre que tous les établissements, quelles que soient leurs activités, sont concernés.

Le score du critère est de 0%



**Oui**

EE 2, 5 : Oui ou Non, mais jamais « Non applicable »



A-t-il été analysé et déclaré dans le cadre de l'accréditation ?



**Oui**

EE4 : Oui ou Non, mais jamais « Non applicable »



**Non, car cet EI concerne une activité non concernée par l'accréditation**

EE4 : « Non applicable », mais jamais Oui ou Non



Cet EIAS est-il grave : décès, mise en jeu du pronostic vital, survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (y compris une anomalie ou une malformation congénitale) ?



**Oui**

EE1 et 3 : Oui ou Non, mais jamais « Non applicable »



**Non**

EE1 et 3 : Non  
La prévalence des EIGS démontre que tous les établissements, quelles que soient leurs activités, sont concernés. L'absence d'EIGS atteste d'une sous déclaration.

**Le service peut être amené à prendre en charge des patients en fin de vie ?****Non**

Tous les EE sont NA

**Oui, même si le service n'est pas spécialisé dans cette prise en charge**

Tous les EE sont Oui ou Non

Qu'elle soit effectivement faite en interne ou dans un autre établissement, il est attendu que la décision d'engager cette prise en charge soit prise à l'issue d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (EE1) éventuellement réalisée avec l'appui d'une expertise externe (EE2) et que les proches puissent être accompagnés (EE3). Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les équipes recherchent les directives anticipées ou la volonté du patient (EE4). Pour anticiper toute obstination déraisonnable, les actions thérapeutiques et le mode de prise en charge font l'objet d'une analyse systématique en équipe avant le décès prévisible (EE5).

**L'établissement accueille des étudiants en santé, médicaux et/ou paramédicaux, en formation initiale ou continue ?**

**Non**

EE1, 2, 4, 5 et 6 : NA

**Oui**

**Il existe une politique d'accueil des étudiants en cohérence avec les besoins du territoire (PRS, priorités DPC nationales, etc.) ?**

**Oui**

EE1 : Oui

**Non**

EE1 : Non

**Les activités confiées à l'étudiant pour mettre en pratique ses connaissances et développer ses compétences sont détaillées dans un projet de stage et/ou dans le carnet de stage ?**

**Oui**

EE5 : Oui

**Non**

EE5 : Non

**La satisfaction des étudiants est recueillie et un plan d'actions est intégré au PAQSS.**

**Oui**

EE6 : Oui

**Non**

EE6 : Non

**Le catalogue/programme d'offres de stage est formalisé ?**

**Oui**

**Non**

EE2, 4 : Non

**Le catalogue/programme d'offres de stage est diffusé sur le territoire (site internet, IFSI, université, etc.) ?**

**Oui**

EE2 : Oui

**Non**

EE2 : Non

**Le catalogue/programme d'offres de stage est évalué ?**

**Oui**

EE4 : Oui

**Non**

EE4 : Non

**Les connaissances et compétences professionnelles acquises par les étudiants sont évaluées ?**

**Oui**

EE5 : Oui

**Non**

EE5 : Non

**L'établissement propose des programmes d'ETP**

**Oui**

**L'offre de programme d'ETP est diffusée ?**

**Oui**

EE3 : Oui

**Non**

EE3 : NA

**Non**

EE3 : Non

## Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

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

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



**Si « Non » à l'EE1**

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



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

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

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



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

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

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

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

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



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

**Toujours NA aux EE2, 3, 4**



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

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

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

**Des actions (semaine sécurité, action de prévention et sensibilisation, etc.) mobilisant les patients/proches des patients/usagers/RU/association de bénévoles sont-elles portées par la gouvernance ?**

**L'expertise de patients est-elle mobilisée ?**

**L'expérience qu'ont les patients de leur parcours (questionnaire de satisfaction, e.satis. PROMS, etc.) est prise en compte pour adapter les pratiques (parcours, traitement, etc.) ?**

**Oui**

**Non**

EE1 : Oui

EE1 : Non

**Oui**

**Non**

EE2 et 3 : Non

**Oui**

**Non**

EE4 : Oui

EE4 : Non

**Pour de l'éducation thérapeutique, du soutien aux patients, de la formation des professionnels...**

**Oui**

**Non**

EE2 : Oui

EE2 : Non

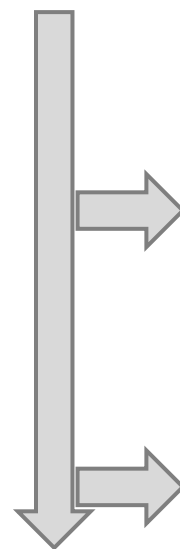
**Pour la définition d'actions d'amélioration issues de l'évaluation des pratiques professionnelles (chemin clinique, CREX, RMM, etc.)**

**Oui**

**Non**

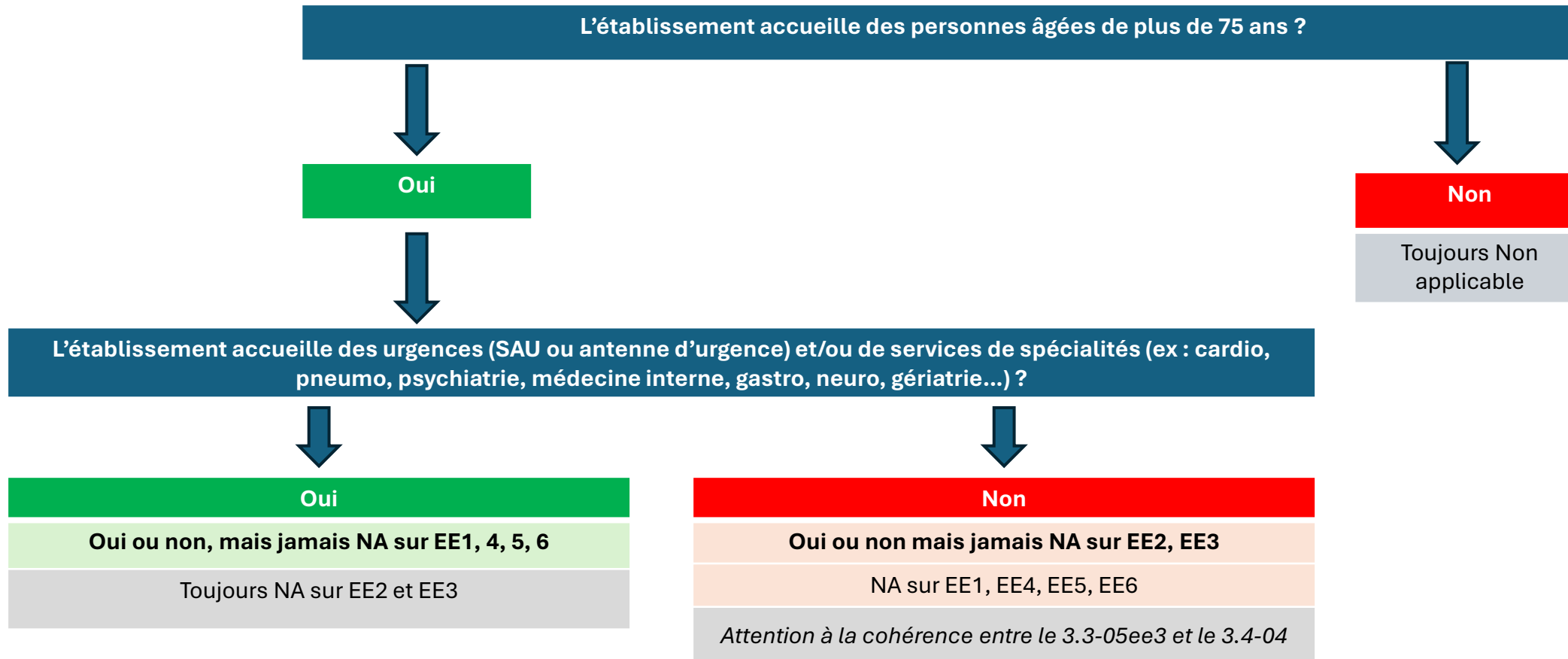
EE3 : Oui

EE3 : Non



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

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



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

En début de visite, le pharmacien présente à l'EV les services dans lesquels la conciliation est priorisée. Cette priorisation se fait au regard des unités d'accueil, des profils de patients accueillis, intégrant ses traitements. Ces éléments servent à l'EV pour choisir les services dans lesquels seront réalisés les traceurs ciblés. L'objectif est d'obtenir un résultat représentatif du niveau de déploiement de la conciliation dans l'établissement.

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

<b>Oui</b>	<b>Non</b>
EE2 : Oui	EE2 : Non

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

Tous les EE sont NA

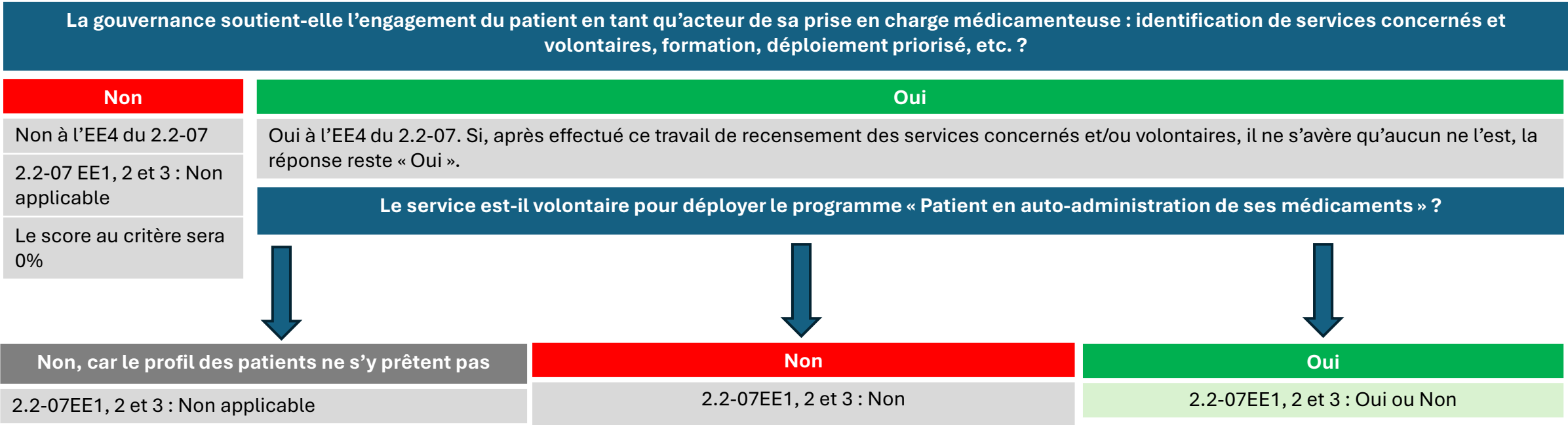
En conclusion, le score au critère est « Non applicable »

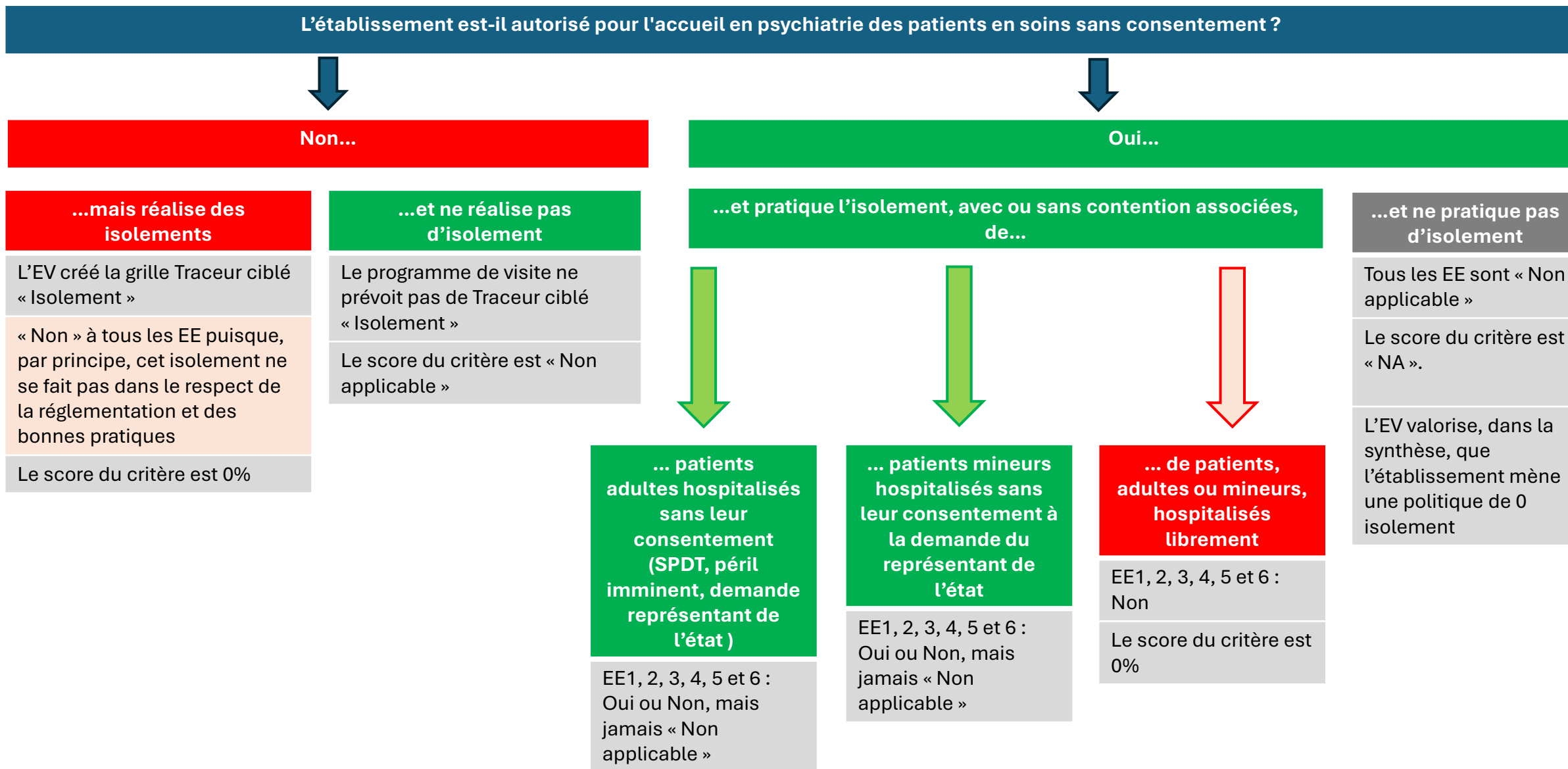
**Dans le service, la prescription, évaluée pour le traceur ciblé, intègre-t-elle une conciliation ?**

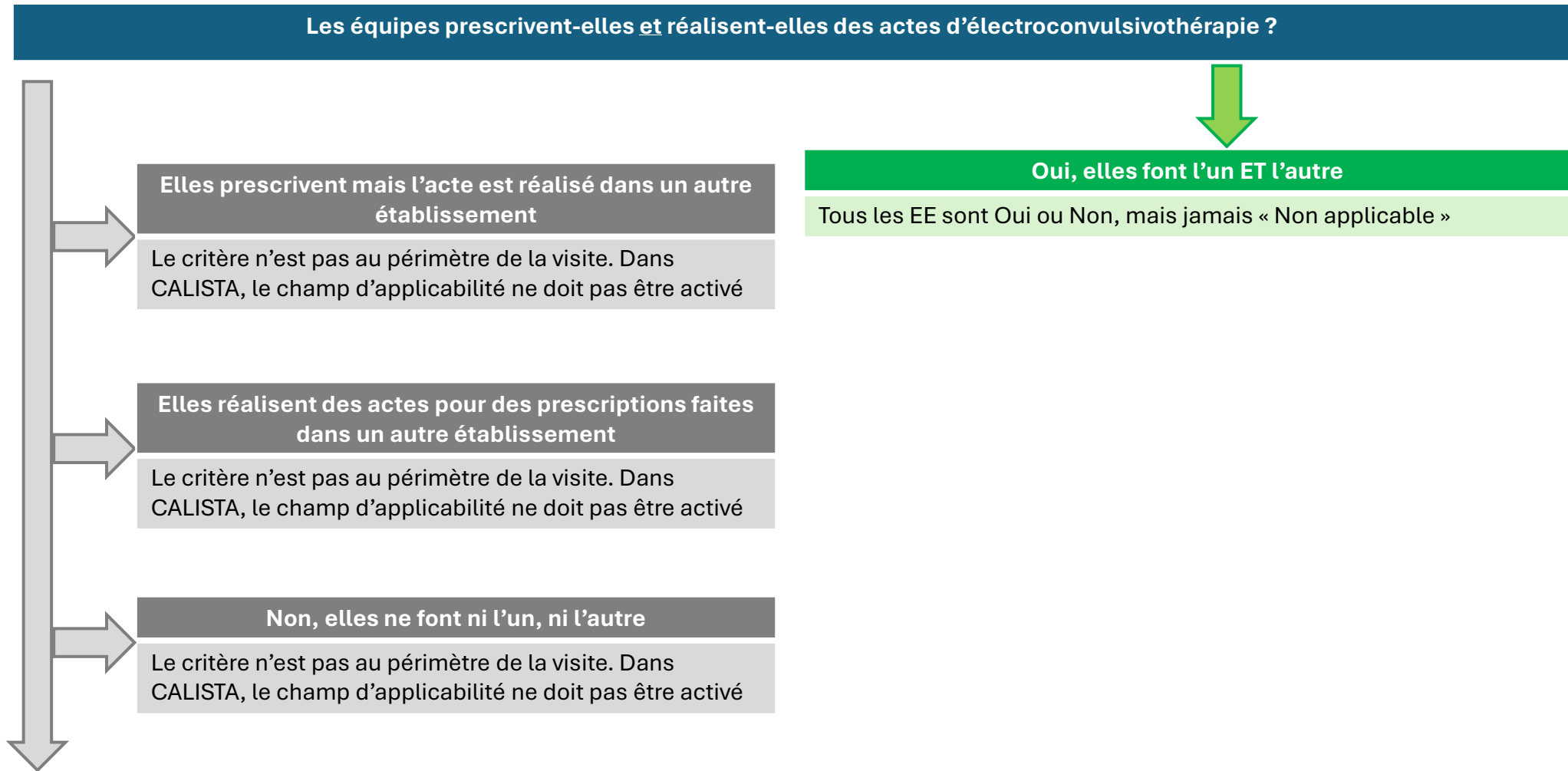
<b>Oui, elle est retrouvée</b>	<b>Non, elle n'est pas retrouvée alors que le patient correspond au profil de conciliation identifié par l'ES</b>	Le service n'hospitalise pas de patient identifié pour réaliser la conciliation
EE1 : Oui		EE1, 3 et 4 : NA
EE3 et 4 : Oui ou Non		
EE1 : Non		
EE3 et 4 : Non		

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

<b>Oui</b>	<b>Non</b>
EE5 : Oui, mais jamais NA	EE5 : Non, mais jamais NA









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

**Oui, au moins un service déploie effectivement des PROMs**

EE1 : Oui

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

**Oui**

EE2 : Oui

**Non**

EE2 : Non

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

**Oui**

EE3 : Oui

**Non**

EE3 : Non

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

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

**Oui**

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

**Oui**

EE4 : Oui

**Non**

EE4 : Non

**Non**

EE4 : Non

**Oui, mais le déploiement n'est pas encore effectif**

EE1 : Oui

EE2, 3 et 4 : Non

**Non**

EE1, 2, 3 : Non

Pour autant, des services réalisent des PROMs



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

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

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

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

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

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

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

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

Critère 2.4-09 EE 4 : Oui ou Non

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

#### Pour la radiothérapie :

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

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

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

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

Critère 2.4-09 EE 4 : Oui ou Non

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

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

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

#### Pour les actes de radiologie :

Critère 2.2-13 EE2, 3 et 4: Oui ou Non (L'EE4 est applicable car il doit s'assurer de la continuité des soins réalisés par les prestataires avec qui il travaille)

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

Critère 2.4-09 EE2, 4 : Oui, Non ou Non applicable

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

**Qu'il soit investi ou non de missions universitaires, l'établissement promeut-il la recherche clinique, notamment l'inclusion des patients dans des essais cliniques ?**

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

**Non**

EE1 : Non, mais jamais NA

EE3, 4 : NA

**Oui**

EE1 : Oui, mais jamais NA

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

**Oui**

EE3 : Oui

**Non**

EE3 ; 4 : Non

**L'établissement émerge au SIGAPS et SIGREC, ou aux brevets, ou aux subventions ?**

**Oui**

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

**Oui**

EE4 : Oui

**Non**

EE4 : NA

**Non**

EE4 : Non

**Existe-t-il une structuration (veille des appels à projet, ressources, temps dédiés, etc.) et/ou un soutien à la recherche clinique connue des professionnels désireux de s'investir ?**

**Oui**

EE2 : Oui

**Non**

EE2 : Non, mais jamais NA

**La gouvernance soutient-elle les partenariats, en interne ou sur son territoire, favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de ses patients éligibles ?**

**Oui**

EE5 : Oui

**Non**

EE5 : Non, mais jamais NA

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

**Des représentants des usagers, au sens de l'article L1114-1 du code de la santé publique, sont nommés dans l'établissement ?**

Non	Oui
1.4-02ee6 : Non 1.4-05ee2, 5 : Non 1.4-06ee 2, 3, 4 : Non 3.1-04ee2 : Non	Tous les EE qui mentionnent la CDU et les représentants des usagers sont Oui ou Non, mais jamais « Non applicable »

En effet, certaines données sensibles ne peuvent être communiquées qu'à des représentants des usagers nommés au sens de l'article précité



**Bien qu'ils ne soient pas représentant des usagers au sens de l'article précité, des usagers (bénévoles d'associations, patient partenaire, patient expert, etc.) participent-ils à la vie de l'établissement ? A défaut de représentant des usagers, et donc de CDU, une instance prend-elle en compte l'avis des usagers ?**

Non	Oui
1.2-05ee1, 3, 4 : Non 1.4-02ee3 : Non 1.4-05ee1, 3, 4 : Non 1.4-06ee1 : Non 2.4-06ee4 : Non 3.1-01ee1 : Non 3.1-06ee3 : Non 3.1-09ee2 : Non 3.2-02ee5, 6 : Non	1.2-05 : Oui ou Non 1.4-02ee3 : Oui ou Non 1.4-05ee1, 3, 4 : Oui ou Non 1.4-06ee1 : Oui ou Non 2.4-06ee4 : Oui ou Non 3.1-01ee1 : Oui ou Non 3.1-06ee3 : Oui ou Non 3.2-02ee5, 6 : Oui ou Non 3.1-09ee2 : Oui ou Non



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

**Non**

EE1, 2, 3 et 4 : Non

Le score du critère est à 0%

**Oui**

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

Une check-list qu'elle a personnalisée ?

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

La check-list générique ?

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

**Non**

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

Le score du critère est à 0%

**Oui**

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

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

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

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



L'établissement dispose-t-il d'un groupe projet (groupe de pilotage de qualité gestion des risques) pour identifier les besoins de formation par simulation ?

Oui

Non

Ce groupe de travail a-t-il recensé les besoins de formation par simulation ?

EE1, 2, 3 et 4 : Non

Oui, le groupe de travail a identifié des besoins en formation par simulation

EE1 : Oui

Oui, le groupe de travail a identifié qu'il n'y avait pas de besoin en formation par simulation

Tous les EE sont Non applicable

Non, le groupe de travail n'a pas recensé les besoins en formation par simulation

EE1, 2, 3 et 4 : Non

Le plan/programme de formation propose-t-il des formations intégrant une méthode pédagogique par simulation ?

Oui, pour des formations réalisées à l'extérieur de l'établissement

EE2 : Oui

EE4 : NA

L'établissement dispense-t-il ses propres programmes de formation par simulation ?

Oui

EE2 : Oui

... Sont-ils proposés à d'autres établissements ?

Oui

EE4 : Oui

Non

EE4 : Non

Non

EE2 : Non

Ces programmes sont-ils conformes au guide HAS ?

Oui

EE3 : Oui

Non

EE3 : Non



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

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

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



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



**Oui**

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



**Réalise-t-il de la télésurveillance ?**



**Oui**

**EE3 : Oui ou Non**



**Non**

**EE3 : NA**

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

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

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

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

**NA à tous les EE**

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

**Non**

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

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

**Conclusion :** le score du critère sera à 0%.



**3.3-05ee 3 : Non**

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Patients, soignants, un engagement partagé