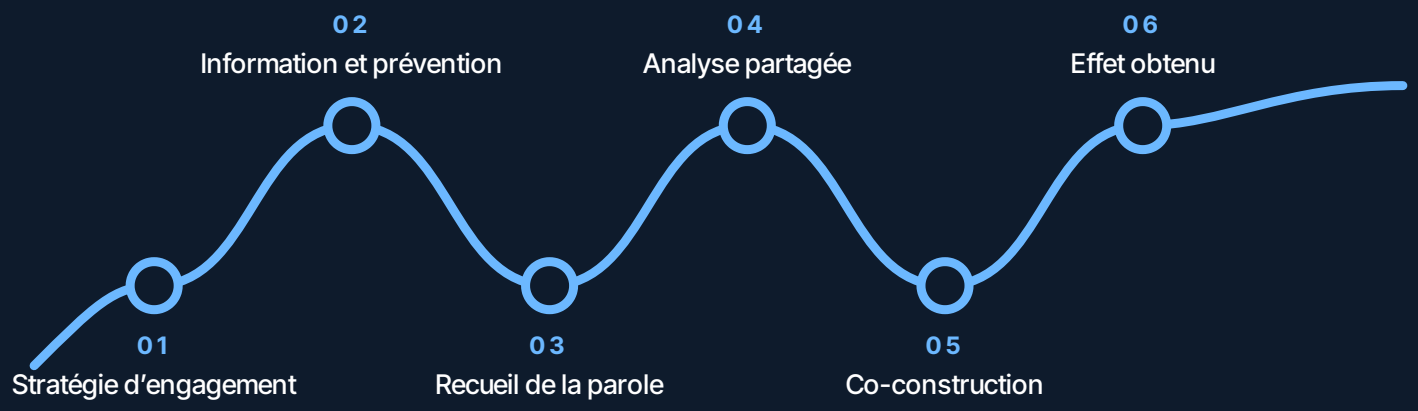
AUDIT SYSTÈME | KIT 12 / 20

Engagement du patient

Évaluer comment l'établissement informe, écoute et associe les patients, puis transforme leur expérience et leurs résultats en améliorations concrètes.

7	12	1
CRITÈRES	ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION	CRITÈRE IMPÉRATIF

DÉROULÉ EN 6 ÉTAPES



Développer l'engagement et la culture qualité de vos équipes

Rendez-vous sur **HospiPlay**

« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »

HOSPIPLAY

À PROPOS DU KIT

Préparer l'audit interne, pas à pas.

Ce que c'est

Une aide pour conduire les audits internes avant la visite de certification. Chaque kit reprend une méthode d'évaluation de la HAS, les éléments d'évaluation du référentiel V2027 et les preuves à rechercher, à partir des fiches pédagogiques de la HAS.

Ce qu'il n'est pas

Un document officiel : ce kit est indépendant de la HAS. Le référentiel et les fiches officielles restent la référence.

COMMENT L'UTILISER

01
Préparer
Choisir le cas ou le périmètre, réunir les documents et les personnes à rencontrer.

02
Conduire
Suivre le déroulé et rechercher les preuves de chaque élément d'évaluation.

03
Coter
Reporter les constats sur la grille d'audit Excel associée au kit.

04
Restituer
Valoriser les points forts et convenir d'actions d'amélioration avec l'équipe.

LA COLLECTION : 20 KITS

MÉTHODES

- 01 Patient traceur
- 02 Parcours traceur
- 20 Observation

TRACEURS CIBLÉS

- 03 Accouchement
- 04 Circuit du médicament
- 05 Évènements indésirables graves
- 06 Isolement
- 07 Infections associées aux soins
- 08 SAMU–SMUR
- 09 Secteurs interventionnels
- 10 Transfusion

AUDITS SYSTÈME

- 11 Encadrement
- **12 Engagement du patient**
- 13 Entretien avec les professionnels
- 14 Ressources professionnelles
- 15 Management qualité et risques
- 16 Positionnement territorial
- 17 Représentants des usagers
- 18 Risques numériques : gouvernance
- 19 Risques numériques : professionnels

HOSPIPLAY | PLATEFORME D'ENGAGEMENT QUALITÉ

Le kit prépare l'audit. HospiPlay prépare les équipes.

DÉCOUVRIR

01
Faire tomber la peur du traceur
Onze parcours démontent chaque méthode pas à pas, puis mettent le soignant face aux vraies questions de l'auditeur.

02
Des expériences courtes et collectives
Quiz du jour, défis express, chambre des erreurs, histoires interactives et olympiades qualité.

03
Simple à déployer, mesurable
Un QR code, sans compte individuel, et le suivi de la participation par service.

« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.
Version V2027, novembre 2026.

Documentation libre : hospi-academy.com
hospiacademy@hospi-academy.com

2. Audit système - Engagement du patient

7 critères • 12 éléments d'évaluation • 1 critère impératif

Évaluer comment l'établissement informe, écoute et associe les patients, puis transforme leur expérience et leurs résultats en améliorations concrètes.

Guide méthodologique - Conduire cet audit système avec rigueur

1. Définir le périmètre et l'échantillon

Choisir un parcours ou une unité où plusieurs formes d'engagement sont utilisées : information, prévention, recueil de l'expérience, PROMs, réclamations, patients partenaires ou co-construction. Retenir aussi une action récente issue de la parole des patients.

À préparer avant l'audit

Politique d'engagement ; supports d'information ; directives anticipées ; actions de prévention ; dispositifs de signalement des maltraitances ; enquêtes de satisfaction et d'expérience ; PROMs ; verbatims ; réclamations ; patients partenaires ; plans d'action et résultats.

Personnes à rencontrer

Direction, responsable expérience patient ou qualité, équipes de soins, représentants des usagers, patients partenaires, responsables des enquêtes ou PROMs et pilotes des actions sélectionnées. Selon le cas, recueillir l'avis de patients dans un cadre adapté.

2. Déroulé de l'audit système

Étape	Niveau vérifié	Ce que l'auditeur doit démontrer
1	**Stratégie d'engagement**	Faire préciser les objectifs, populations ciblées, responsabilités, moyens, règles de partenariat et résultats attendus de l'engagement des patients.
2	**Information et prévention**	Vérifier sur un parcours réel l'adaptation de l'information, les directives anticipées, la compréhension et les actions de prévention individualisées.
3	**Recueil de la parole**	Examiner comment sont recueillis satisfaction, expérience, résultats rapportés par les patients, réclamations et situations de maltraitance externe.
4	**Analyse partagée**	Retrouver la méthode d'analyse, la participation des patients ou représentants, la priorisation des problèmes et la présentation aux instances.
5	**Co-construction**	Suivre une action à laquelle des patients ou patients partenaires ont effectivement contribué : rôle, soutien, décision et production réalisée.
6	**Effet obtenu**	Comparer la situation avant et après l'action à l'aide d'un résultat, d'un nouveau recueil ou d'un retour patient démontrant l'effet ou le besoin d'ajustement.

3. Conclure et coter

Relier une expression réelle de patient à son analyse, à une décision, à une action déployée et à une mesure de l'effet. Distinguer clairement consultation ponctuelle et partenariat effectif.

> **Exigence de rigueur -** *Le volume de questionnaires distribués n'est pas un résultat. Vérifier ce que l'établissement a réellement changé et comment les patients ont été associés à l'analyse et à la décision.*

Éléments d'évaluation et preuves à rechercher

Exigence de rigueur - Le volume de questionnaires distribués n'est pas un résultat. Vérifier ce que l'établissement a réellement changé et comment les patients ont été associés à l'analyse et à la décision.

Critère 1.1-04 - Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** L'établissement met en place des ressources internes (consultations ou temps dédiés) ou externes pour accompagner les patients qui le souhaitent dans le recueil des directives anticipées et la réflexion sur la fin de vie.	• Répertoire ou procédure à jour précisant les ressources, leurs coordonnées, les conditions d'accès et le circuit d'orientation • Consultations, permanences, temps dédiés, conventions ou lettres de mission attestant de ressources effectivement disponibles • Bilan d'activité anonymisé ou traces d'orientations réalisées montrant l'utilisation effective du dispositif
Cible : Gouvernance. **EE 2** Le livret d'accueil fait mention des droits du patient en incluant celui de formuler des directives anticipées.	• Livret d'accueil en vigueur, daté ou versionné, mentionnant explicitement le droit de formuler des directives anticipées • Version papier disponible et/ou version numérique publiée sur les supports effectivement accessibles aux patients • Trace de validation, de mise à jour et de diffusion du livret, concordante avec la version retrouvée sur le terrain

Critère 1.1-07 - Les maltraitances dont le patient peut être victime en dehors de l'établissement sont déclarées et prises en charge

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** Les situations de maltraitances externes sont signalées aux autorités compétentes.	• Procédure ou arbre décisionnel identifiant les autorités à saisir selon la situation, les responsables et les modalités de signalement urgent ou non urgent • Trace anonymisée de l'évaluation et de la décision de signaler dans le dossier patient ou l'outil institutionnel prévu • Copie, accusé de réception ou preuve datée de transmission du signalement à l'autorité compétente, avec suivi des suites reçues

Critère 1.2-02 - Le patient connaît les informations liées à sa prise en charge

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** Lorsque le patient (ou ses ayants droits) en fait la demande, son dossier lui est transmis dans les délais réglementaires. **Applicabilité de l'EE :** *demande d'accès au dossier formulée par un patient ou ses ayants droit.*	• Procédure d'accès au dossier et registre horodaté indiquant réception, complétude, vérification de l'identité ou de la qualité du demandeur et date de réponse • Échantillon anonymisé de demandes clôturées avec copie mise à disposition ou envoyée et preuve datée de consultation, d'expédition ou de remise • Tableau de suivi des délais, demandes hors délai et actions correctives, distinguant les délais réglementaires applicables

Critère 1.3-10 - La prise en charge du patient intègre une démarche de prévention visant à réduire les facteurs de risques qui lui sont propres et à améliorer son état de santé à court et long terme

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** L'établissement met en œuvre une politique de prévention sur un sujet dédié prenant en compte les objectifs du projet régional de santé et la population prise en charge (diffusion dans le projet d'établissement, intégration dans le plan de formation...), incluant des actions de prévention concrètes (dépistage cancer colorectal, octobre rose, autres campagnes ciblées...).	• Politique, projet d'établissement ou programme de prévention validé reliant le sujet choisi au PRS et aux besoins documentés de la population prise en charge • Plan d'action et traces de réalisation : campagnes, dépistages, consultations, supports diffusés, formations ou partenariats, avec dates et publics concernés • Indicateurs de déploiement ou de résultat, bilan présenté en instance et décisions d'ajustement prises à partir des résultats

Critère 1.4-02 - La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte • CRITÈRE IMPÉRATIF

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** L'établissement améliore la participation de ses patients aux enquêtes de satisfaction et d'expérience des patients : amélioration des taux de remise des questionnaires internes, amélioration des taux de retours des patients, amélioration des collectes et transmission des adresses mails des patients pour e-Satis...	• Tableau de bord périodique présentant, par enquête et si possible par secteur, les taux de remise, de retour, de collecte/transmission des courriels et de réponse e-Satis • Cartographie des secteurs couverts ou non par e-Satis et appréciation de l'exploitabilité des résultats • Pour les secteurs non couverts ou avec résultats non exploitables : questionnaire interne ou autre dispositif structuré de recueil de l'expérience/satisfaction • Plan d'amélioration daté avec responsables, échéances et résultats avant/après
Cible : Gouvernance. **EE 2** La gouvernance pilotes les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers.	• Analyse consolidée et datée des résultats et verbatims, avec compte rendu de la contribution ou des recommandations des représentants des usagers • Action inscrite dans le PAQSS ou un plan dédié, reliée au constat d'origine et précisant décision, responsable, échéance et indicateur de suivi • Trace de mise en œuvre et réévaluation après action : résultat avant/après, tendance, bilan en instance ou décision de réajustement

Critère 1.4-03 - Le patient évalue les résultats de ses soins à l'aide de questionnaires

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** Des patients partenaires sont consultés pour choisir les PROMs. **Applicabilité de l'EE :** *démarche de choix de questionnaires PROMs.*	• Invitations, liste des participants et compte rendu d'atelier ou d'entretien attestant la consultation de patients partenaires avant le choix définitif • Grille de comparaison, test utilisateur ou synthèse des avis documentant leurs retours sur les questionnaires envisagés • Décision finale datée identifiant le PROM retenu, les patients partenaires consultés et les adaptations ou arbitrages issus de leur contribution
Cible : Gouvernance. **EE 2** Un bilan annuel relatif à l'utilisation des questionnaires PROMs est partagé dans les instances. **Applicabilité de l'EE :** *établissement utilisant des questionnaires PROMs.*	• Bilan annuel daté recensant les PROMs utilisés, les secteurs ou parcours concernés, la population éligible, la participation, les résultats et les limites rencontrées • Support de présentation, ordre du jour et compte rendu attestant le partage du bilan dans les instances concernées • Décisions, actions d'amélioration ou arbitrages issus du bilan, avec responsables, échéances et suivi de leur réalisation

Critère 1.4-04 - Les patients et des patients partenaires contribuent à l'amélioration des pratiques, des organisations et des parcours

Élément d'évaluation V2027	Éléments de preuve à rechercher
Cible : Gouvernance. **EE 1** L'établissement soutient le partenariat en santé (associations, patients partenaires) pour construire ses orientations stratégiques, ses projets et des parcours de soins pertinents.	• Document de cadrage ou dossier projet identifiant patients partenaires/associations, objectifs, rôles, responsabilités, moyens et gouvernance • Traces d'implication précoce dans la co-construction, la co-décision, la co-conduite et la co-évaluation : comptes rendus, versions de travail, arbitrages ou livrables • Moyens institutionnels mobilisés : coordination, temps, appui méthodologique, formation, budget ou logistique selon le projet • Évaluation conjointe des résultats et effets du partenariat, avec restitution aux partenaires et ajustements décidés
Cible : Gouvernance. **EE 2** L'établissement a défini le cadre et les modalités d'intervention des patients partenaires et/ou associations de patients aux côtés des équipes, dans ses instances et/ou commissions thématiques (CLIN, CLUD, comité d'éthique...). **Applicabilité de l'EE :** *établissement organisant l'intervention de patients partenaires ou d'associations de patients.*	• Charte, convention, politique ou document de cadrage précisant rôles, missions, responsabilités, confidentialité, règles applicables et articulation avec les professionnels • Lettre de mission ou fiche d'intervention définissant objectif, périmètre, interlocuteur, informations accessibles et modalités de restitution • Dispositif de préparation et de soutien : information, formation proportionnée à la mission, accompagnement, accès aux connaissances et/ou analyse de pratiques • Modalités institutionnelles de reconnaissance, défraiement ou rémunération lorsqu'elles existent, sans conditionner le partenariat à un statut unique • Support rendant le dispositif visible et lisible pour les patients, usagers et professionnels
Cible : Gouvernance. **EE 3** L'établissement mobilise des patients partenaires et/ou associations de patients dans ses instances et/ou commissions thématiques (CLIN, CLUD, comité d'éthique, etc.). **Applicabilité de l'EE :** *instance ou commission mobilisant des patients partenaires ou des associations de patients.*	• Composition, décision de désignation ou document d'organisation identifiant les patients partenaires/associations et leur rôle propre • Cadre distinguant clairement partenariat en santé et représentation réglementaire des usagers • Convocations, feuilles de présence et comptes rendus attestant une participation effective • Proposition ou avis formulé, décision prise et retour communiqué aux partenaires sur la suite donnée

Sources officielles et références

Références principales propres au guide « Audit système - Engagement du patient ». Registre consolidé mis à jour le 4 novembre 2026.

- Référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Version 2027
- Mettre en œuvre le 6e cycle de certification, mise à jour septembre 2026
- Fiche pédagogique : méthode de l'audit système
- L'évaluation de l'engagement des patients et des usagers en établissement de santé, Janvier 2026
- Partenariat en santé et patients partenaires
- Guide d'aide à l'utilisation des PROMs
- Agir avec les usagers à partir du recueil de leurs expressions
- Partenariat en santé et patients partenaires, validé mai 2026, publié juin 2026
- Guides d'utilisation des PROMs en pratique clinique courante, mise à jour novembre 2025

Note : ce kit constitue une aide à l'évaluation interne. Il ne se substitue ni au référentiel officiel, ni aux grilles mises à disposition dans Calista, ni à l'appréciation des experts-visiteurs.