



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Manuel de certification des établissements de santé

V2010

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Juin 2009

Avant-propos

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement.

La démarche de certification est aujourd'hui installée dans le paysage sanitaire français :

- /// la certification a permis d'impulser et de pérenniser la démarche qualité ;
- /// la visite de certification représente un temps fort dans la vie des établissements de santé.

La version 2010 représente une importante évolution du dispositif de certification. L'objectif est d'offrir au système de santé un dispositif qui apporte une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics :

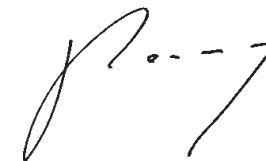
- /// la certification doit délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ;
- /// elle doit renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ;
- /// elle doit créer les conditions d'un intérêt à agir des professionnels de santé ;
- /// elle doit enfin assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

Si la V1 de la certification avait vocation à initier la démarche, si la V2 avait privilégié une médicalisation de la démarche, le nouveau dispositif a été pensé et développé pour mettre en œuvre une certification à la fois plus continue et efficace.



Laurent DEGOS

Président de la Haute Autorité de Santé



François ROMANEIX

Directeur de la Haute Autorité de Santé

Introduction

1 – L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE CERTIFICATION PORTÉE PAR LA V2010

La démarche de certification, désormais installée dans le paysage sanitaire français, est l'objet de nombreuses attentes de son environnement. La Haute Autorité de Santé a souhaité, dans le cadre du développement de la troisième version, entreprendre un important travail de refonte avec un triple souci :

- /// tirer les enseignements du retour critique observé dans le déroulement effectif de la procédure lors de la deuxième version ;
- /// adapter la démarche à un environnement qui lui-même a évolué de façon significative ;
- /// prendre en compte les processus à l'œuvre dans les autres dispositifs d'accréditation à l'étranger.

Le nouveau manuel a été élaboré avec une volonté de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé dans un contexte caractérisé par :

- /// l'expression des revendications légitimes des usagers ;
- /// la surexposition des professionnels à des procédures externes marquées par un excès de formalisme ;
- /// les difficultés démographiques déjà effectives et rencontrées pour un très grand nombre de professionnels ;
- /// les tensions budgétaires qui pèsent sur le système de santé.


a) Le positionnement de la certification V2010

Les travaux préparatoires de la V2010 et le retour d'expérience des précédentes versions ont montré la nécessité de rappeler et de préciser le positionnement de la certification. Trois éléments caractérisent ce positionnement :

1. La certification HAS est une certification d'établissement et non une certification de chacun des secteurs d'activité qui composent un établissement de santé :

Le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser finement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification poursuit deux objectifs complémentaires. Elle évalue à la fois :

- /// la mise en place d'un système de pilotage de l'établissement incluant l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- /// l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés essentiels. La HAS s'est attachée pour cette raison à renforcer ses méthodes d'évaluation afin de permettre des mesures reproductibles de la qualité sur des points primordiaux, les "pratiques exigibles prioritaires" (cf. *infra*). 

L'un et l'autre de ces objectifs ont fait l'objet de développements approfondis. Ils concourent à l'affirmation d'une exigence renouvelée et renforcée, qui s'exprimera dans le processus de cotation et de décision avec un référentiel resserré. Il en découlera nécessairement des situations où la HAS sera appelée à prononcer des non-certifications d'établissements de santé.

Si la certification promeut toujours un "dispositif apprenant", elle n'est pas un simple accompagnement pédagogique des établissements de santé. Elle traduit une appréciation sur la qualité d'un établissement, au croisement des attentes des usagers, des professionnels et des pouvoirs publics.

3. La certification est un dispositif qui contribue à la régulation des établissements de santé par la qualité.

L'approche défendue dans le cadre de la V2010 accorde une large place à l'idée que la décision de certification doit être mieux ancrée dans le paysage de la régulation hospitalière, en renforçant les exigences de continuité entre les efforts demandés par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et la HAS, dès lors que la préoccupation vise la mise en œuvre des critères qualité et l'analyse des indicateurs de qualité.

Plus fondamentalement et sans renoncer au principe d'indépendance du processus de décision de la certification des établissements de santé, l'objectif est de progresser dans une meilleure contextualisation de la démarche de certification, en amont de la visite (avec une utilisation plus systématique des travaux et résultats d'évaluation disponibles) et en aval (avec une prise en compte des décisions de certification dans le dialogue de gestion noué entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

b) Les objectifs généraux poursuivis par le développement de la V2010

Quatre objectifs généraux ont guidé plus particulièrement les travaux de développement de la V2010 :

1. Renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
2. Simplifier la certification en réduisant la charge de travail induite et les contraintes formelles ;
3. Accroître la garantie fournie aux usagers ;
4. Inscire la certification dans la régulation hospitalière par la qualité.

2 – LE MANUEL DE CERTIFICATION V2010

Le présent document contient les références, les critères et les éléments d'appréciation de la version 2010 de la certification.

Ce manuel, établi grâce aux travaux de groupes thématiques composés de professionnels de santé, d'experts et de représentants d'usagers, a fait l'objet d'une relecture par les différentes parties prenantes et les institutions concernées par la certification des établissements de santé.

a) La structure du manuel

Les choix retenus pour la structure du manuel sont :

/// un plan en deux chapitres

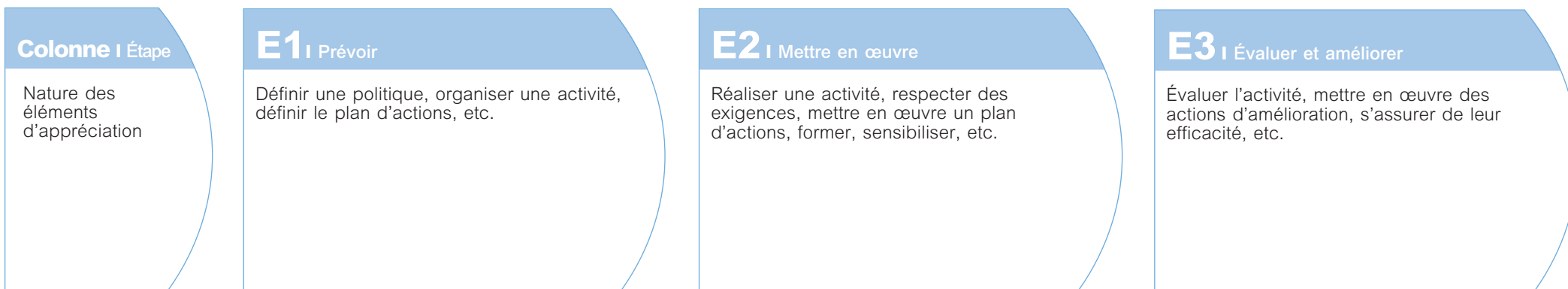
- chapitre I : Management de l'établissement ;
- chapitre II : Prise en charge du patient.

La HAS a fait le choix d'une meilleure évaluation du système de management et d'une simplification de la structure du manuel, en évitant des redondances entre les exigences relatives à la définition des politiques et celles qui concernent leur mise en œuvre et leur évaluation.

/// une organisation des éléments d'appréciation selon les étapes d'une démarche d'amélioration

Pour améliorer la lisibilité du manuel et structurer le dispositif de cotation, chaque élément d'appréciation est classé en V2010 dans trois colonnes E1, E2 et E3.

E1, E2, E3 correspondent aux étapes classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration : prévoir, mettre en œuvre, évaluer, améliorer.



L'organisation des éléments d'appréciation facilite la compréhension par les utilisateurs du manuel (établissements, experts-visiteurs) des exigences relatives au critère.

Le niveau atteint par l'établissement sur les différents éléments d'appréciation permet de déterminer une cotation du critère en 4 classes A, B, C, D qui correspond à une estimation du niveau de qualité de l'établissement sur le critère.

b) Évolution par thèmes

Les développements thématiques du manuel ont concerné :

/// le management des établissements :

- renforcement des exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité et au développement d'une culture de sécurité ;
- développement d'exigences sur des mécanismes d'évaluation et d'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles ; il s'agit de poursuivre les démarches engagées en V2 en les consolidant par leur institutionnalisation, leur déploiement adapté et intégré dans la pratique dans tous les secteurs d'activité, dans le cadre d'une interrogation élargie aux notions d'équité d'accès aux soins et d'analyse de la pertinence des soins ;
- sensibilisation aux évolutions du pilotage des établissements, à travers :

- la promotion de modalités de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et par le suivi des activités d'évaluation et d'amélioration donnant une place primordiale à la concertation ;
- l'intégration d'exigences relatives au développement durable.

/// les droits des patients :

- nouveau positionnement des exigences relatives aux démarches éthiques ;
- sensibilisation à la notion de bientraitance. Dans le prolongement d'un mouvement qui a vu le jour au sein du secteur médicosocial, il a paru nécessaire, dans le cadre des travaux sur la V2010, d'aller au-delà d'exigences en matière de prévention de la maltraitance, limitées aux faits délictuels et individuels, en incitant les établissements à mettre en place des démarches permettant de rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes ;
- renforcement des exigences relatives au respect des droits des patients en fin de vie et aux soins palliatifs.

/// la prise en charge du patient :

- affichage d'objectifs prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins ;
- renforcement de l'évaluation du fonctionnement des blocs opératoires ;
- valorisation de la prise en compte des maladies chroniques et de l'éducation thérapeutique des patients ;
- renforcement de l'évaluation des activités à risque.














Enfin, le recentrage du manuel sur la capacité de l'établissement de santé à mettre en œuvre une démarche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le souhait d'agir en complémentarité avec le dispositif d'inspection et de contrôle, ont conduit au retrait de certains critères (stérilisation, sécurité incendie, etc.). Cette évolution a pour corollaires la transmission et la meilleure prise en compte dans le rapport et le processus de décision des informations concernant les résultats des inspections réglementaires.

La complémentarité est également recherchée avec les différents mécanismes d'évaluation externe de la qualité rencontrés dans les établissements. En effet, pour répondre à des enjeux spécifiques ou dans le cadre d'une stratégie de développement de la qualité, les établissements s'engagent dans des dispositifs complémentaires à la certification HAS (certification de service sur un domaine, certification ISO 9001 de secteur ou d'établissement, accréditation JACIE sur une activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques, audit par l'Agence de la Biomédecine de l'activité de prélèvement, labellisation professionnelle de secteurs spécialisés, etc.). Pour ces dispositifs, la HAS met en œuvre une politique de reconnaissance des différents systèmes afin d'établir des synergies avec la certification HAS, de valoriser les dynamiques d'amélioration de la qualité et d'éviter les redondances entre les différentes procédures.

c) La définition de pratiques exigibles prioritaires

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des pratiques exigibles prioritaires sont introduites dans le manuel de certification. Ces pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée.

La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets. La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification.

1.	Critère 1.f		Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).
2.	Critère 8.b		Fonction "gestion des risques".
3.	Critère 8.f		Gestion des événements indésirables.
4.	Critère 8.g		Maîtrise du risque infectieux.
5.	Critère 9.a		Système de gestion des plaintes et réclamations.
6.	Critère 12.a		Prise en charge de la douleur.
7.	Critère 13.a		Prise en charge et droits des patients en fin de vie.
8.	Critère 14.a		Gestion du dossier du patient.
9.	Critère 14.b		Accès du patient à son dossier.
10.	Critère 15.a		Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.
11.	Critère 20.a		Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
12.	Critère 25.a		Prise en charge des urgences et des soins non programmés.
13.	Critère 26.a		Organisation du bloc opératoire.

Pour certains établissements de santé spécialisés, la réflexion se poursuit pour identifier des pratiques exigibles prioritaires spécifiques.

d) Les indicateurs

L'utilisation des indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la Santé et la HAS est prévue dans la V2010. Il s'agit d'utiliser les indicateurs dont le recueil est obligatoire en France pour contribuer à la mesure de la qualité sur les critères de la certification.










Le nombre d'indicateurs est à ce stade limité. À terme, un ensemble d'indicateurs développés spécifiquement pour la certification viendra compléter les indicateurs disponibles, permettant ainsi aux indicateurs de fournir une contribution importante à la mesure de la qualité des établissements par la certification.

Les objectifs de l'introduction d'un recueil généralisé d'indicateurs dans le système de santé et leur introduction dans la certification sont triples :

- /// développer la culture de la mesure de la qualité des soins ;
- /// disposer de mesures factuelles de la qualité ;
- /// renforcer l'effet levier sur l'amélioration.

Il est attendu des établissements qu'ils intègrent les mesures disponibles dans leur travail d'auto-évaluation. Les experts-visiteurs utiliseront également les mesures disponibles pour évaluer le niveau de qualité sur les critères. La valeur de l'indicateur renseigne notamment sur le niveau de qualité atteint sur le critère, la réalisation du recueil atteste de la réalisation d'un travail d'évaluation.

Les critères pour lesquels un indicateur est disponible sont signalés par un logo spécifique.

1. Critère 2.e		Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement.
2. Critère 8.g		Maîtrise du risque infectieux.
3. Critère 8.h		Bon usage des antibiotiques.
4. Critère 12.a		Prise en charge de la douleur.
5. Critère 14.a		Gestion du dossier du patient.
6. Critère 19.b		Troubles de l'état nutritionnel.
7. Critère 20.a		Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
8. Critère 24.a		Sortie du patient.
9. Critère 28.c		Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

Les références attachées au recueil obligatoire et à l'exploitation d'indicateurs au niveau national doivent être complétées par les initiatives développées en propre au sein de chaque établissement de santé et de chaque spécialité médicale.

3 – LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION V2010

L'évolution du dispositif de certification en V2010 est traduite non seulement dans le manuel mais aussi dans la procédure de certification elle-même¹.

Cette évolution concerne toutes les étapes de la procédure et tend à favoriser l'efficacité de la certification et l'allègement des contraintes formelles pour les établissements.

L'établissement organise selon la méthode de son choix, l'auto-évaluation et la préparation de la visite. Les principes de pluriprofessionnalité et d'association des parties prenantes en particulier des usagers sont à prendre en compte. La rédaction de l'auto-évaluation est allégée avec une rédaction globale par critère hormis pour les PEP pour lesquelles une auto-évaluation par élément d'appréciation reste exigée.

Le champ d'application des critères du manuel est précisé chaque fois qu'un critère ne s'applique pas à l'ensemble des établissements de santé.

La visite de certification est recentrée sur des points essentiels, en particulier les PEP, les critères cotés C ou D par l'établissement et les critères relatifs à l'EPP. La visite porte également sur des critères aléatoirement sélectionnés.

Le recentrage de la visite sur des sujets essentiels vise notamment l'amélioration de la pertinence du regard porté par la HAS sur ces sujets.

Le mécanisme décisionnel est également revu. Les éléments d'appréciation des critères sont valorisés par un nombre de points en fonction de leur degré de satisfaction. Le nombre de points cumulé par critère permet d'établir la cotation A, B, C ou D. Le processus décisionnel est engagé pour les cotations C ou D avec des règles renouvelées.

Pour mieux répondre aux situations de non-conformités patentes sur des points essentiels, la non-certification pourra être décidée en première intention.

Une nouvelle structure de rapport de certification sera élaborée. Elle visera une meilleure lisibilité du rapport. Un seul et même rapport permettra de répondre aux besoins des différents publics. Il inclura notamment des parties signalétiques et des représentations graphiques conçues dans la perspective d'une large publication des résultats de la certification.

4 – LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE LA CERTIFICATION

Au-delà de la mise en place de la V2010 et à l'instar des dispositifs d'accréditation étrangers, la certification doit continuer d'évoluer avec pour objectifs le renforcement de l'efficacité et l'adaptation aux besoins des établissements et du système de santé.

La HAS a arrêté à cet effet trois orientations :

- /// la mise en place d'un dispositif de développement continu de la certification. Il comportera une évolution planifiée des références et des critères, alimentée par une veille sur les différents domaines, un retour d'expérience sur l'utilisation du manuel et les résultats des mesures d'impact de la certification. Il prévoit également de poursuivre l'adaptation du dispositif aux différents types d'établissement et de prise en charge ;
- /// la poursuite de la montée en charge de l'utilisation des indicateurs dans la certification reposant sur l'identification de champs prioritaires nécessitant un développement et une introduction progressive d'indicateurs. Le nombre d'indicateurs doit rester limité pour des raisons de faisabilité et d'efficacité ;
- /// la mise en place de mesures d'impact : la raison d'être de la certification est de conduire à des changements positifs dans le fonctionnement des établissements et dans la qualité et la sécurité des soins qu'ils délivrent. Pour piloter le dispositif de certification et rendre visible et lisible son action auprès de ses parties prenantes, la HAS développe un dispositif de mesure d'impact. Sa mise en place repose sur l'identification et la sélection d'éléments de mesure pertinents, l'organisation de cette mesure et son suivi dans le temps.

La HAS met une adresse Internet à disposition des lecteurs et utilisateurs du manuel qui souhaiteraient faire des remarques ou des suggestions sur le manuel de certification.


i.certification@has-sante.fr

Sommaire


Avant-propos	3
Introduction	4
Sommaire	10

CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT 12

Partie 1 Management stratégique 13

Référence 1	La stratégie de l'établissement	13
Critère 1.a	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement	13
Critère 1.b	Engagement dans le développement durable	14
Critère 1.c	Démarche éthique	15
Critère 1.d	Politique des droits des patients	16
Critère 1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	16
 Critère 1.f	Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	17
Critère 1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité	18

Référence 2 L'organisation et les modalités de pilotage interne 19

Critère 2.a	Direction et encadrement des secteurs d'activité	19
Critère 2.b	Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	19
Critère 2.c	Fonctionnement des instances	20
Critère 2.d	Dialogue social et implication des personnels	20
 Critère 2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement	21

Partie 2 Management des ressources 22

Référence 3	La gestion des ressources humaines	22
Critère 3.a	Management des emplois et des compétences	22
Critère 3.b	Intégration des nouveaux arrivants	22
Critère 3.c	Santé et sécurité au travail	23
Critère 3.d	Qualité de vie au travail	23

Référence 4 La gestion des ressources financières 24

Critère 4.a	Gestion budgétaire	24
Critère 4.b	Amélioration de l'efficience	24

Référence 5	Le système d'information	25
Critère 5.a	Système d'information	25
Critère 5.b	Sécurité du système d'information	25
Critère 5.c	Gestion documentaire	25

Référence 6 La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures 26






Critère 6.a	Sécurité des biens et des personnes	26
Critère 6.b	Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)	26
Critère 6.c	Qualité de la restauration	27
Critère 6.d	Gestion du linge	27
Critère 6.e	Fonction transport des patients	28
Critère 6.f	Achats écoresponsables et approvisionnements	28


Référence 7 La qualité et la sécurité de l'environnement 29

Critère 7.a	Gestion de l'eau	29
Critère 7.b	Gestion de l'air	29
Critère 7.c	Gestion de l'énergie	30
Critère 7.d	Hygiène des locaux	30
Critère 7.e	Gestion des déchets	31

Partie 3 Management de la qualité et de la sécurité des soins 32

Référence 8 Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques 32

Critère 8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins	32
 Critère 8.b	Fonction "gestion des risques"	33
Critère 8.c	Obligations légales et réglementaires	33
Critère 8.d	Évaluation des risques <i>a priori</i>	34
Critère 8.e	Gestion de crise	35
 Critère 8.f	Gestion des événements indésirables	35
  Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux	36
 Critère 8.h	Bon usage des antibiotiques	37
Critère 8.i	Vigilances et veille sanitaire	38
Critère 8.j	Maîtrise du risque transfusionnel	38
Critère 8.k	Gestion des équipements biomédicaux	39

Référence 9	La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers	40
 Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations	40
Critère 9.b	Évaluation de la satisfaction des usagers	40

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT 41

Partie 1 Droits et place des patients 42




Référence 10	La bientraitance et les droits	42
Critère 10.a	Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	42
Critère 10.b	Respect de la dignité et de l'intimité du patient	43
Critère 10.c	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	43
Critère 10.d	Accueil et accompagnement de l'entourage	44
Critère 10.e	Gestion des mesures de restriction de liberté	44


Référence 11	L'information, la participation et le consentement du patient	45
Critère 11.a	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	45
Critère 11.b	Consentement et participation du patient	46
Critère 11.c	Information du patient en cas de dommage lié aux soins	46

  Référence 12	La prise en charge de la douleur	47
Critère 12.a	Prise en charge de la douleur	47

 Référence 13	La fin de vie	48
Critère 13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie	48

Partie 2 Gestion des données du patient 49

  Référence 14	Le dossier du patient	49
Critère 14.a	Gestion du dossier du patient	49
 Critère 14.b	Accès du patient à son dossier	49



 Référence 15	L'identification du patient	50
Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	50



Partie 3 Parcours du patient 50

Référence 16	L'accueil du patient	50
Critère 16.a	Dispositif d'accueil du patient	50

Référence 17	L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé	51
Critère 17.a	Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé	51

Référence 18	La continuité et la coordination des soins	52
Critère 18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients	52
Critère 18.b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	52

Référence 19	Les prises en charge particulières	53
Critère 19.a	Populations nécessitant une prise en charge particulière	53/54
  Critère 19.b	Troubles de l'état nutritionnel	55
Critère 19.c	Risque suicidaire	56
Critère 19.d	Hospitalisation sans consentement	56

Référence 20	La prise en charge médicamenteuse	57
  Critère 20.a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient	57
Critère 20.b	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	58

Référence 21	La prise en charge des analyses de biologie médicale	59
Critère 21.a	Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats	59
Critère 21.b	Démarche qualité en laboratoire	59


Référence 22	La prise en charge des examens d'imagerie	60
Critère 22.a	Demande d'examen et transmission des résultats	60
Critère 22.b	Démarche qualité en service d'imagerie	60

Référence 23	L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage	61
Critère 23.a	Éducation thérapeutique du patient	61

 Référence 24	La sortie du patient	62
Critère 24.a	Sortie du patient	62


Partie 4 Prises en charge spécifiques 63

Référence 25	La prise en charge dans le service des urgences	63
 Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés	63

Référence 26	Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle	64
 Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire	64/65
Critère 26.b	Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur	66
Critère 26.c	Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	67

Référence 27	Les activités de soins de suite et de réadaptation	67
Critère 27.a	Activités de soins de suite et de réadaptation	67

Partie 5 Évaluation des pratiques professionnelles 68

Référence 28	L'Évaluation des pratiques professionnelles	68
Critère 28.a	Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	68
Critère 28.b	Pertinence des soins	69
 Critère 28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique	70

Bibliographie et liens Internet	71
--	-----------

Sigles utilisés	79
------------------------	-----------

Index	80
--------------	-----------

Lexique	82
----------------	-----------

Remerciements	87
----------------------	-----------

CHAPITRE 1 : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. Dans le contexte des établissements de santé, caractérisé par la présence de groupes porteurs de visions différentes et pourtant toutes légitimes, elles constituent un cadre de référence utile. Ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement.

Pour répondre aux attentes des différentes parties prenantes et s'adapter à l'évolution de son environnement, l'établissement définit ses orientations stratégiques. Elles sont établies en conformité avec les orientations fixées par la puissance publique au travers des différents outils de planification sanitaire.

E1 | Prévoir

Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.

Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.

E2 | Mettre en œuvre

Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.

L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.

Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.

E3 | Évaluer et améliorer

La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.

L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Le développement durable a été défini dans le rapport élaboré par la commission Brundtland, comme "la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins".

Le développement durable apporte une vision globale et à long terme en conciliant trois dimensions :

- /// une gestion économique fiable ;
- /// un établissement socialement intégré ;
- /// un établissement de santé écologiquement respectueux.

L'objectif est d'intégrer les enjeux liés au développement durable dans :

- /// les valeurs, missions et activités d'un établissement de santé ;

- /// la démarche d'amélioration continue de la qualité, dans une perspective de continuité et de durabilité ;
- /// la gestion des risques, elle-même élargie à la prise en compte des risques environnementaux.

Plusieurs principes de management portés par le développement durable sont intégrés par la certification (prise en compte des parties prenantes, approche participative, prise en compte des dimensions qualité, sécurité, environnement, gestion des ressources humaines, etc.).

Le critère vise à inciter les établissements de santé à promouvoir le développement durable dans leur stratégie, en fondant leur démarche sur la réalisation d'un diagnostic initial.

E1 | Prévoir

Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

E2 | Mettre en œuvre

La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.

Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.

E3 | Évaluer et améliorer

Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.

Critère 1.c Démarche éthique

Le rythme toujours plus soutenu des progrès de la technologie et de la science médicale, les risques de dépersonnalisation liés à la spécialisation très poussée d'une partie de la médecine, l'exigence accrue de maîtrise des dépenses de santé, l'évolution des modes de légitimation de l'exercice de l'autorité rendent nécessaire d'intégrer la réflexion et le questionnement éthiques aux arbitrages auxquels est confronté l'ensemble des professionnels exerçant en établissements de santé.

Cette nécessité a été reconnue par la loi du 4 mars 2002 qui demande aux établissements de santé de mener "en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale". Il existe de nombreuses situations qui doivent appeler de la part des établissements de santé une démarche éthique :

- /// des questions liées aux conflits d'intérêts et aux impacts éthiques des décisions économiques ;
- /// des situations de soins particulières et/ou complexes ;
- /// mais aussi les situations quotidiennes (conduite à tenir en cas de refus de soins d'hygiène, respect de l'intimité des patients sédatisés, etc.).

Certains facteurs semblent déterminants dans l'émergence et la conduite de démarches éthiques au sein des établissements de santé :

- /// la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels ;
- /// l'organisation de temps de réflexion thématique ;
- /// l'accès à des ressources documentaires.

E1 | Prévoir

Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.

Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.

Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.

E3 | Évaluer et améliorer

Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.

Critère 1.d Politique des droits des patients

E1 | Prévoir

Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.

E2 | Mettre en œuvre

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU).

Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.

Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

La démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est déployée dans les secteurs d'activité à partir d'une politique définie au niveau de l'établissement, diffusée et connue des professionnels.

Cette politique peut être intégrée dans le projet d'établissement ou faire l'objet d'une déclaration spécifique des instances.

C'est en cohérence avec cette politique globale que les secteurs d'activité (pôles, services, unités, etc.) déterminent leurs propres objectifs opérationnels et les indicateurs de suivi correspondants. Un suivi de l'atteinte des objectifs des secteurs d'activité est assuré au niveau de l'établissement. La politique est adaptée au moins annuellement en fonction notamment des résultats obtenus en interne, ainsi que des évaluations et recommandations du rapport de la CRU.

E1 | Prévoir

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.

L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.

E2 | Mettre en œuvre

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.

Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.

E3 | Évaluer et améliorer

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.



Critère 1.f Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La politique d'EPP s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les démarches d'EPP concourent à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins. Elles concernent les activités cliniques ou médicotéchniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive. Elles peuvent être conduites au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale.

Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle.

Les démarches d'EPP en établissement de santé sont le plus souvent des démarches pluriprofessionnelles. L'évaluation des pratiques est un moyen pour parvenir à l'objectif d'amélioration des pratiques et non une fin en soi.

Pour développer l'EPP, l'établissement doit mettre en place un système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services et de la

sécurité du patient. Il doit favoriser le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement.

La mise en place de l'EPP doit tenir compte à la fois des orientations stratégiques de l'établissement et des enjeux liés à une prise en charge des patients, en s'appuyant sur les travaux des collèges des bonnes pratiques de spécialités, des sociétés savantes ou des organismes agréés EPP et accréditation.

Ce critère vise à permettre à l'établissement de démontrer qu'il est entré dans une culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques qui comprend également la mesure des résultats atteints.

E1 | Prévoir

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.

Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotéchnique.

E2 | Mettre en œuvre

Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.

L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.

Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.

E3 | Évaluer et améliorer

L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.

La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Les organisations avec une culture effective de la sécurité sont caractérisées par des perceptions partagées sur l'importance de la sécurité et une confiance dans l'efficacité des mesures de prévention et des actions correctives.

L'appropriation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par l'ensemble des professionnels est un facteur clé de succès. Cette appropriation et le développement d'une véritable culture qualité et sécurité nécessite :

- /// une volonté clairement énoncée par la direction et la CME ;
- /// un relais effectif par l'encadrement : choix de thèmes de travail prioritaires, actions de formation et de sensibilisation, suivi de la mise en place d'actions d'amélioration, organisation du retour d'information sur les résultats obtenus et sur l'évolution des éléments clés de la culture sécurité dans l'établissement ;

- /// la participation de l'ensemble des professionnels, d'une part au signalement et à l'analyse des événements indésirables ainsi qu'à toute forme d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et d'autre part à la mise en place des actions d'amélioration.

Le développement de cette culture vise à intégrer réellement la démarche qualité et sécurité dans les pratiques quotidiennes de chacun des professionnels. Une communication interne organisée est nécessaire au partage de l'information ascendante et descendante.

E1 | Prévoir

L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).

E3 | Évaluer et améliorer

La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.

Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activité

Le déploiement de la politique de l'établissement et son fonctionnement nécessitent la mise en place d'un pilotage interne clairement défini et opérationnel dans chaque secteur d'activité.

La direction et l'encadrement médical et non médical de chaque secteur d'activité ont pour mission de définir précisément et en conformité avec la réglementation en vigueur les responsabilités de chacun.

La direction actualise régulièrement cette organisation à partir des retours d'information sur l'activité du secteur, de l'évolution de la réglementation et des attentes des professionnels ainsi que des décisions stratégiques prises au niveau de l'établissement.

E1 | Prévoir

Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.
Les circuits de décision et de délégation sont définis.

E2 | Mettre en œuvre

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.

E3 | Évaluer et améliorer

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.

Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

La représentation et la participation des usagers constituent un important levier d'amélioration du système de santé et particulièrement du fonctionnement des établissements de santé. La participation des usagers et la prise en compte de leur point de vue peuvent prendre des formes très diverses et les établissements de santé sont appelés à trouver et expérimenter des solutions adaptées à leur taille, à leur statut et aux caractéristiques du tissu associatif de leur environnement.

L'implication des usagers doit être effective à trois niveaux :

- /// celui de la représentation institutionnelle, notamment dans le cadre de la CRU ;
- /// celui de l'action des associations de patients, de visite, d'animation de personnes handicapées, de consommateurs et de familles ;
- /// celui de l'écoute et du recueil des attentes des usagers. L'élaboration des projets de l'établissement est l'occasion d'entendre les usagers eux-mêmes selon des modalités qui peuvent être diverses : sondages ou enquêtes spécifiques, focus group, jury citoyen, etc.

E1 | Prévoir

La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.

E2 | Mettre en œuvre

Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.
L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Les instances consultatives et délibérantes sont constituées, conformément aux exigences réglementaires et leurs attributions sont clairement définies et communiquées. Chaque instance assure son fonctionnement dans le respect des règles définies : régularité des réunions, travail sur des thématiques prioritaires définies dans les ordres du jour, comptes-rendus mentionnant les participants à chaque

séance de travail, les décisions prises (instances délibératives) ou les propositions à faire (instances consultatives).

Les décisions sont traduites dans des plans d'actions dont la réalisation est suivie.

E1 | Prévoir

Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.

E2 | Mettre en œuvre

Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.

Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.

E3 | Évaluer et améliorer

Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

E1 | Prévoir

La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en œuvre au sein des secteurs d'activité.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

Critère 2.e Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement 

Les indicateurs et les tableaux de bord sont des outils indispensables au pilotage d'un établissement, d'une équipe, d'un processus pour atteindre les objectifs visés. Des bilans périodiques doivent être organisés pour permettre à la direction et aux responsables d'évaluer la bonne réalisation et l'efficacité des actions mises en œuvre.

Les établissements doivent mettre en place des indicateurs en fonction des priorités que l'établissement s'est fixées, telles que :

- /// des indicateurs d'activité (ou indicateurs de gestion) qui apportent des informations sur l'activité des services ou sur la fréquence de certaines opérations (taux d'occupation, nombre de réorientations, nombre de transferts, etc.) ;
- /// des indicateurs de ressources (niveaux de dépenses et de recettes, taux d'absentéisme, suivi du turnover, nombre d'accidents du travail etc.) ;
- /// des indicateurs de qualité (satisfaction du patient, délais d'admission, etc.).

Les tableaux de bord d'un établissement doivent être aussi alimentés :

- /// d'une part par les résultats des indicateurs nationaux généralisés. Il s'agit d'indicateurs dont le recueil est rendu obligatoire car la thématique qu'ils renseignent est considérée comme une priorité de santé publique, commune à tous les établissements (lutte contre la douleur, infections nosocomiales, etc.) ;
- /// d'autre part par des indicateurs clés, choisis parmi ceux développés par l'établissement, au regard de ses priorités.

Communiquer sur les résultats des indicateurs et des tableaux de bords permet de partager avec l'ensemble des professionnels, les succès et les difficultés liés à la mise en œuvre d'un programme. Une stratégie de communication des résultats au public doit aussi être définie et mise en œuvre.

L'analyse et le *benchmarking* intra- et interétablissement avec les indicateurs nationaux renforce la culture qualité d'un établissement. Il donne à chacun un repère du niveau d'efficacité de son système qualité et permet de se fixer des objectifs "atteignables et réalistes" dans le cadre d'une politique globale de qualité en santé.

E1 | Prévoir

Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.

L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

E2 | Mettre en œuvre

Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.

E3 | Évaluer et améliorer

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.

L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Les innovations technologiques et l'évolution des pratiques nécessitent d'adapter en continu l'organisation du travail et le niveau des compétences.

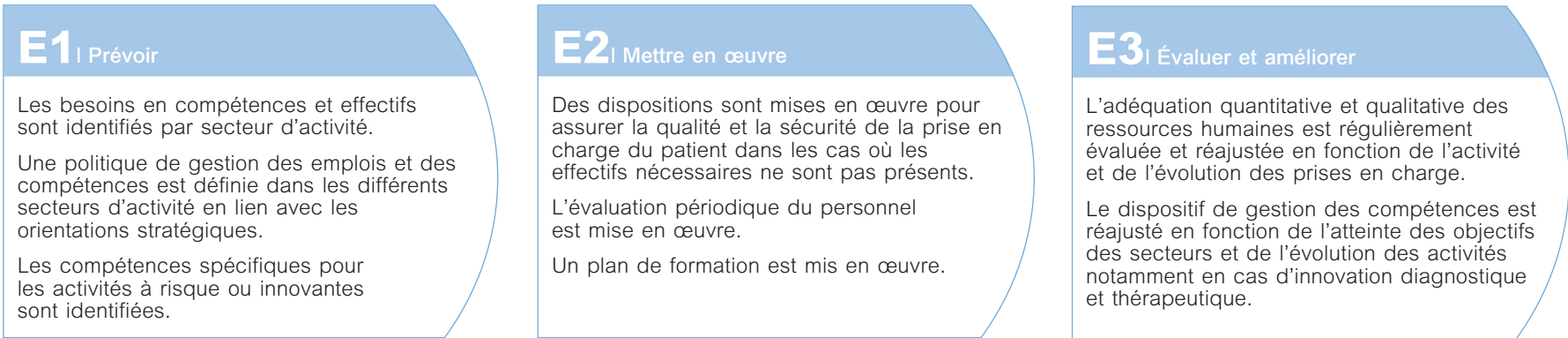
Il s'agit pour les établissements de santé d'assurer la continuité des missions de l'organisation en termes d'emplois et de compétences en prenant en compte autant que possible les évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités : cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose des compétences nécessaires.

Elle intègre :

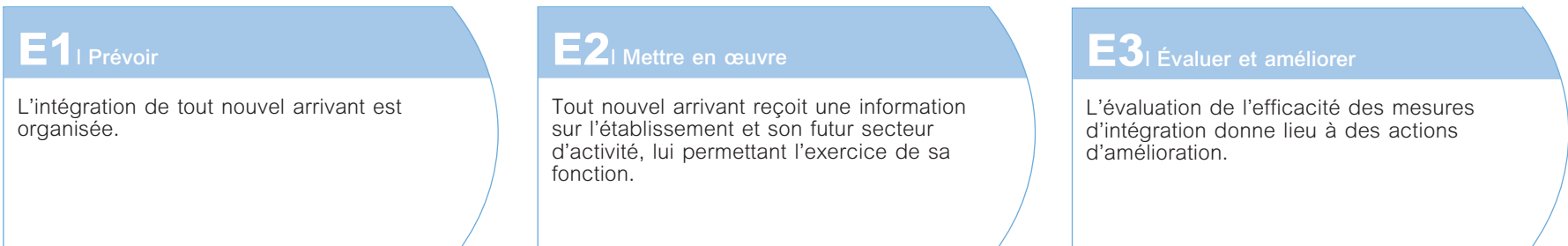
une **dimension qualitative** (bilan de l'existant en termes d'activité, de compétences et de métiers, adéquation des compétences aux postes et aux orientations de l'établissement, arbitrage entre recrutements externes et promotion interne, détermination des facteurs d'évolution, veille sur les compétences, réflexion sur les organisations, etc.) ;

une **dimension quantitative** (nombre d'emplois, tableau des effectifs prévisionnels, pyramide des âges, suivi des entrées/sorties, congés, etc.). Cette gestion est directement liée aux politiques de recrutement, de mobilité interne et de formation, ainsi qu'à l'analyse des organisations de travail et à la prise en compte des conditions de vie au travail. La mise en œuvre de cette gestion (et des outils et indicateurs y afférant) pourra varier en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement.

Le développement des compétences, qui consiste à maintenir et développer le savoir, le savoir-faire des professionnels de l'ensemble des secteurs dans une approche à la fois individuelle et collective représente un enjeu pour les établissements.



Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants



CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 3

La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

E1 | Prévoir

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Le document unique est établi.

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.

Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.

↳ Champ d'application :

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif qui implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation.

La qualité de vie au travail dépend notamment de :

/// la qualité des relations de travail ;

/// l'organisation et le contenu du travail ;

/// l'environnement physique ;

/// les possibilités de réalisation et de développement professionnels ;

/// la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

E1 | Prévoir

La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.

La satisfaction des personnels est évaluée.

Critère 4.a Gestion budgétaire

Les décisions budgétaires sont établies selon une périodicité adaptée à la prise de décision. Elles prennent en compte les exigences définies par l'autorité sanitaire.

Ces décisions sont motivées et les données qui les fondent, ainsi que les règles de répartition budgétaire en interne, sont diffusées.

E1 | Prévoir

L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.

Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.

E3 | Évaluer et améliorer

Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.

Critère 4.b Amélioration de l'efficacité

La recherche d'efficacité est celle du meilleur niveau de qualité au moindre coût. Cette exigence, qui s'exprime dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, conduit les responsables des établissements de santé à :

- /// réaliser des analyses du fonctionnement de l'établissement et de l'utilisation des ressources afin de permettre le repérage des sources d'inefficacité ;

- /// mettre en œuvre des solutions d'optimisation des organisations comme, par exemple, celles qui sont préconisées par la MeaH (facturation, achat, délais d'attente aux urgences, optimisation du bloc opératoire, etc.).

Cette mise en œuvre est concertée avec les équipes concernées, suivie et portée par les instances de direction et l'encadrement.

E1 | Prévoir

L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficacité de ses organisations.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement conduit des études et/ou des audits sur ses principaux processus de production.

E3 | Évaluer et améliorer

Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 5

Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

E1 | Prévoir

Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

E2 | Mettre en œuvre

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

E3 | Évaluer et améliorer

Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Critère 5.b Sécurité du système d'information

E1 | Prévoir

La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Critère 5.c Gestion documentaire

E1 | Prévoir

Un dispositif de gestion documentaire est en place.

E2 | Mettre en œuvre

Le dispositif est connu par les professionnels.
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes**E1** | Prévoir

Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.

Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.

E2 | Mettre en œuvre

Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).

E3 | Évaluer et améliorer

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)**E1** | Prévoir

La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.

L'établissement dispose d'un programme de maintenance.

E2 | Mettre en œuvre

Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.

Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.

E3 | Évaluer et améliorer

Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 6

La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

E1 | Prévoir

Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.

Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.

E2 | Mettre en œuvre

Les préférences des patients sont prises en compte.

Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.

E3 | Évaluer et améliorer

La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 6.d Gestion du linge

Ce critère concerne :

- /// l'organisation de la fonction linge entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement ;
- /// l'assurance de la conformité en interne et/ou avec les prestataires externes, du circuit de traitement du linge (tri, collecte, transport, lavage, stockage) avec la réglementation, les règles de sécurité, de qualité et d'hygiène.

La norme NF EN 14065 et la méthode RABC sont les méthodes de référence. Les contrôles bactériologiques sur le lieu de stockage peuvent être effectués à visée pédagogique. Les contrôles visuels sont effectués à toutes les étapes.

E1 | Prévoir

Le circuit du linge est défini.

Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.

E2 | Mettre en œuvre

La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.

Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.

E3 | Évaluer et améliorer

La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 6.e Fonction transport des patients

Ce critère concerne :

- /// l'organisation de la fonction transport des patients entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement ;

- /// l'assurance de la conformité en interne et avec les prestataires externes du respect de la réglementation, des règles de sécurité, de confidentialité et d'hygiène.

E1 | Prévoir

La fonction transport des patients est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.

Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.

E3 | Évaluer et améliorer

La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

La politique d'achat écoresponsable favorise l'optimisation des besoins, privilégie l'achat de produits, de services et les activités qui ont une incidence environnementale moindre au meilleur coût, et intègre la dimension sociale. Les procédures d'achat prévoient la prise en compte des besoins des utilisateurs ; l'organisation en place permet de disposer d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins qualitatifs et quantitatifs de son activité anticipant les situations d'urgence. En cas de sous-traitance, il appartient à l'établissement d'exprimer ces exigences dans les cahiers des charges.

Le critère vise à inciter l'établissement à :

- /// favoriser l'utilisation de produits, services ou activités ayant un impact moindre sur l'environnement ;
- /// intégrer des clauses sociales et environnementales dans les cahiers des charges des sous-traitants.

E1 | Prévoir

Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs.

La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.

E2 | Mettre en œuvre

Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.

L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services.

E3 | Évaluer et améliorer

Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.

Critère 7.a Gestion de l'eau

La mise en place d'une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau consiste à assurer la maîtrise des risques sanitaires liés à l'utilisation de l'eau, et doit être réalisée en cohérence avec la gestion du risque environnemental. La gestion du risque environnemental doit prendre en compte la réduction de la consommation, la limitation des pollutions ainsi que la problématique des effluents.

Les eaux concernées par le critère sont l'eau destinée à la consommation humaine, l'eau à usage sanitaire, les eaux à usage technique, les eaux à usage médical.

Cette approche permet :

- /// d'identifier et évaluer les principaux risques sanitaires liés à l'utilisation de l'eau dans les établissements ;
- /// d'engager les établissements dans une démarche d'économie d'eau ;
- /// de limiter et maîtriser les effluents polluants ou non.

E1 | Prévoir

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

E2 | Mettre en œuvre

Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en œuvre.

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.

Un suivi des différents types de rejets est assuré.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 7.b Gestion de l'air

Une bonne qualité de l'air intérieur dans un établissement de santé est définie "comme celle qui n'occasionne pas de problème de santé chez toute personne qui y séjourne"², notamment les patients et le personnel. Le risque sanitaire peut être d'ordre infectieux (contamination aéroportée), lié à la présence de polluants externes au bâtiment (axes routiers, activités industrielles) ou internes (produits de construction, produits d'entretien et de maintenance, mobilier, etc.).

Les procédures de surveillance de la qualité de l'air intérieur contribuent au maintien

de conditions acceptables de qualité d'air et de confort pour les professionnels et les usagers. Elles portent sur les agents infectieux, les contaminants chimiques, et comprennent aussi la surveillance des paramètres du confort thermique.

Le critère vise à inciter l'établissement à :

- /// définir et mettre en place une organisation pour assurer et maintenir la qualité de l'air ;
- /// prévenir et maîtriser les sources de pollution.

E1 | Prévoir

Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.

L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.

Des dispositions sont prévues en cas de travaux.

E2 | Mettre en œuvre

Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en œuvre.

La traçabilité des différentes interventions est assurée.

E3 | Évaluer et améliorer

Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 7.c Gestion de l'énergie

La consommation d'énergie des établissements de santé est importante. Elle représente selon l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie) 1,5 à 5 % du budget d'un établissement de santé. Les principaux postes de consommation énergétique sont la cuisine, la blanchisserie, la stérilisation, la radiologie, les laboratoires, les blocs opératoires, la climatisation, le chauffage.

Engager une démarche de maîtrise de l'énergie permet de mieux utiliser l'énergie consommée, d'économiser et aussi de participer au développement durable en respectant l'environnement.

E1 | Prévoir

Un diagnostic énergétique est réalisé.
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

E2 | Mettre en œuvre

Un plan de maintenance des installations est mis en œuvre.
Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi périodique est réalisé.
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.

Critère 7.d Hygiène des locaux

L'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales. Afin d'assurer les conditions d'hygiène optimales des locaux, l'établissement s'appuie sur des choix adaptés de matériaux et de produits d'entretien, sur une organisation comportant des procédures d'entretien, sur la formation des professionnels, sur l'évaluation régulière de l'application des protocoles et procédures de bionettoyage et sur le respect de l'environnement.

connaissances en continu et porte en particulier sur la prévention des risques liés à la manipulation des produits.

Les produits choisis pour assurer l'entretien des locaux doivent combiner efficacité avec toxicité minimale pour l'utilisateur et protection maximale de l'environnement.

Les protocoles et procédures sont régulièrement actualisés et diffusés. La formation et l'accompagnement des professionnels sur le terrain permet d'adapter leurs

En cas de sous-traitance, le cahier des charges comprend notamment les dispositions définissant la conduite à tenir et la tenue des intervenants adaptées au niveau de risque de chaque zone.

E1 | Prévoir

Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.
Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 7.e Gestion des déchets

L'activité des établissements de santé génère des quantités importantes de déchets (déchets ménagers, déchets à risque infectieux, à risque chimique, toxique ou radioactif). En tant que producteur de déchets, l'établissement est responsable des déchets qu'il produit. Il organise le processus d'élimination, de son tri à son traitement tout en assurant le respect des règles d'hygiène, la sécurité du patient et du personnel, en tenant compte du coût financier.

L'objectif de cette démarche est de garantir le respect de la réglementation en vigueur et d'optimiser le dispositif de gestion des déchets en intégrant l'enjeu environnemental.

E1 | Prévoir

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.

La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

E2 | Mettre en œuvre

Le tri des déchets est réalisé.

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.

Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.

E3 | Évaluer et améliorer

Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.

Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.

L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.

Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins rassemble les plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est élaboré à partir des priorités d'amélioration de la qualité identifiées dans la politique d'établissement, de l'analyse des retours d'information concernant l'activité, en particulier concernant la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques qui ont été identifiés comme majeurs et récurrents (cf. 8d, 8f).

Il peut inclure :

- /// des plans d'actions institutionnels sur des thèmes transversaux à mettre en œuvre dans tous les secteurs d'activité concernés ;

- /// des plans d'actions spécifiques définis et mis en œuvre dans certains secteurs d'activité.

Pour l'ensemble des plans composant ce programme, un ou des pilote(s) sont nommés et un délai de réalisation est fixé. Ces plans font l'objet d'un suivi au niveau des secteurs d'activité et d'une intégration au niveau de l'établissement afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les activités concernées par le Décret 2006-909 (Art. D. 4135-2) est prise en compte.

E1 | Prévoir

Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.

Le programme est soumis aux instances.

E2 | Mettre en œuvre

Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.

E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.

Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 3

Management de la qualité et de la sécurité des soins

Référence 8

Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8.b Fonction "gestion des risques"



La gestion des risques en établissement de santé est une démarche collective, animée, coordonnée, mise en œuvre et évaluée. Cette démarche est étroitement liée et est coordonnée à la démarche qualité. La transversalité de la fonction gestion des risques permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme ; cette fonction peut être mutualisée entre plusieurs établissements (circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004).

La fonction gestion des risques peut être confiée, en fonction de la taille de l'établissement, à un gestionnaire de risque à temps partiel ou à temps plein, une personne désignée par l'établissement ou un groupe interne (cellule qualité et gestion des risques, par exemple) avec un responsable désigné.

E1 | Prévoir

Une fonction "gestion des risques" est définie dans l'établissement.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

E3 | Évaluer et améliorer

Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.

Critère 8.c Obligations légales et réglementaires

Compte-tenu de l'importance particulière du respect de la réglementation dans un établissement de santé, l'organisation d'une veille réglementaire fait partie intégrante du management de l'établissement.

La veille concerne l'ensemble des activités de l'établissement : droits du patient, sécurité des soins, réglementation relative au médicament et aux dispositifs médicaux, autorisations d'exercice professionnel, droit du travail, sécurité des locaux, etc.

Son organisation inclut l'identification de la ou des personnes en charge :

- /// de la recherche des textes et de leur diffusion aux destinataires concernés ;
- /// de la coordination et la centralisation du suivi des actions de mise en conformité avec la réglementation ;
- /// du retour d'information vers la direction et les instances sur le traitement des non-conformités.

E1 | Prévoir

Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.

La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.

E3 | Évaluer et améliorer

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.

Critère 8.d Évaluation des risques *a priori*

L'évaluation des risques est la donnée d'entrée qui dimensionne toute démarche d'amélioration de la sécurité. Cette évaluation associe deux composantes complémentaires : l'une prospective traitée dans ce critère et l'autre rétrospective mentionnée dans le critère 8f.

La démarche prospective vise à identifier les secteurs d'activité, les activités ou les gestes à risque. Cette démarche, sur ces secteurs, doit être structurée et doit débuter par une identification exhaustive des dangers présents dans le périmètre considéré. Le risque lié au danger identifié est évalué au regard :

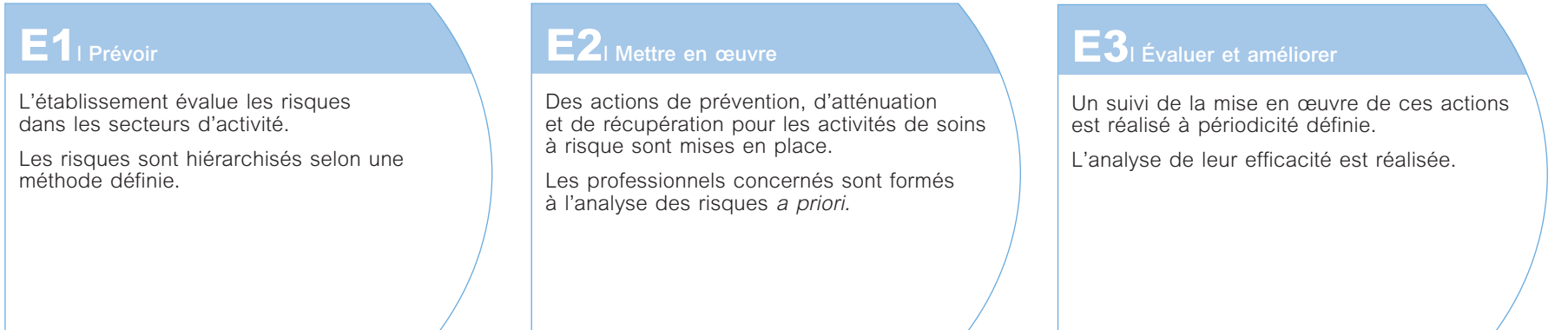
- /// de l'exposition au danger (fréquence et durée de l'exposition) ;
- /// de la gravité potentielle ;
- /// des mesures de maîtrise mises en œuvre.

Cette analyse des risques conduit à une hiérarchisation au niveau institutionnel ou au niveau des secteurs d'activité qui permet de prioriser les plans d'actions à mettre en place.

Le traitement des risques inclut des actions préventives (traitement des causes des risques identifiés), et/ou des actions d'atténuation et/ou de récupération lorsque les actions de prévention sont insuffisantes.

Après la mise en œuvre des actions de traitement des risques, une nouvelle évaluation des risques est réalisée afin d'en mesurer l'efficacité.

L'efficacité de la gestion *a priori* des risques dépend de la définition d'une méthodologie adaptée et d'une formation des professionnels concernés.



Critère 8.e Gestion de crise

E1 | Prévoir

Les situations de crise sont identifiées.

Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.

Les plans d'urgence sont établis.

E2 | Mettre en œuvre

Une cellule de crise est opérationnelle.

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.

E3 | Évaluer et améliorer

L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.

Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.

Critère 8.f Gestion des événements indésirables



La gestion des événements indésirables constitue l'approche rétrospective de la gestion des risques. Les retours d'information doivent être gérés efficacement, car ils représentent une des sources principales d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels ou d'événements indésirables identifiés par une analyse systématique programmée des processus de soins (Revue de Mortalité-Morbidité, audits de dossiers, etc.) ou autres dispositifs (plaintes, enquêtes de satisfaction, etc.).

Le traitement des événements indésirables priorités, graves ou potentiellement graves suit une méthodologie adaptée à leur niveau de gravité.

Il comporte les étapes suivantes :

- /// une description objective de l'événement ;
- /// l'analyse des causes possibles et leur hiérarchisation ;
- /// la définition et la mise en œuvre d'actions correctives ;
- /// et le suivi de ces actions pour en évaluer l'efficacité.

Les facteurs de succès de la gestion des événements indésirables sont l'engagement du management, la clarté du circuit et des responsabilités, la réactivité du traitement et le retour d'information à l'ensemble des personnes concernées (déclarants, usagers, etc.).

E1 | Prévoir

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.

Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.

L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.

L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques



La maîtrise du risque infectieux associé aux soins dans les établissements de santé est une priorité, compte tenu de la prévalence et du caractère potentiellement évitable de près de 30 % des infections nosocomiales. L'enquête nationale de prévalence 2006 des infections nosocomiales conduite en établissement de santé a montré une amélioration, ce qui suggère un impact favorable des mesures mises en œuvre. Elle indique cependant que ces infections restent fréquentes puisqu'elles touchent un patient hospitalisé sur vingt et que certaines d'entre elles sont graves.

Les établissements de santé doivent établir et mettre en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à leurs activités et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, tels que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigeront un haut niveau de prévention et de surveillance.

Pour évaluer la satisfaction à ce critère, la HAS s'appuie notamment sur les indicateurs issus du tableau de bord national mis en place par le ministère de la Santé et des sports (voir guide Préparer et conduire votre démarche de certification V2010) :

- /// l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ;
- /// le volume annuel de produits hydroalcooliques consommé par journée patient (ICHSA) ;
- /// l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) ;
- /// l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (SURVISO).

E1 | Prévoir

Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec le CLIN ou équivalent et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.

Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, sont mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH.

L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison interétablissements notamment *via* les programmes des CCLIN.

La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est assurée.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué notamment à l'aide d'indicateurs.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

Critère 8.h Bon usage des antibiotiques 

Le bon usage des antibiotiques fait partie des priorités nationales de santé publique. La forte consommation d'antibiotiques, la prévalence des résistances bactériennes et les surcoûts engendrés imposent aux établissements de santé de s'engager dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques.

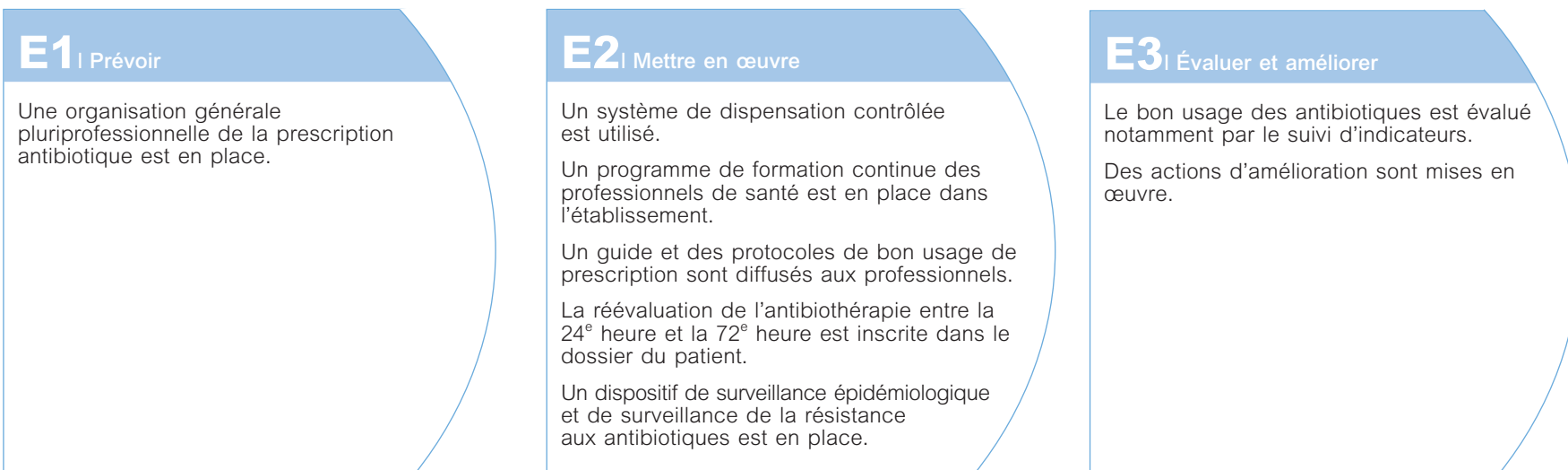
Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé, y compris des gestionnaires.

Pour faire suite au premier plan national en 2001, un indicateur a été mis en place en 2006 par le Ministère de la Santé : l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), issu du tableau de bord des infections nosocomiales.

Le suivi de cet indicateur s'intègre dans une démarche globale d'amélioration de la qualité des soins ; il objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

En outre, la réévaluation entre la 24^e heure et la 72^e heure permet d'apprécier l'évolution clinique, d'obtenir les données microbiologiques, de s'assurer de la preuve ou non d'une infection et de sa nature bactérienne. Cette réévaluation est essentielle au bon usage, en particulier dans le cadre des antibiothérapies probabilistes.

L'objectif de ce critère est de promouvoir la poursuite de l'engagement des établissements dans le bon usage des antibiotiques.



↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB. Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire

Le dispositif de veille sanitaire a pour objectif la détection dans les plus brefs délais de tout événement de santé inhabituel et la réponse aux alertes sanitaires. Il s'appuie sur un processus continu d'identification, de signalement, d'enregistrement, d'investigation, de traitement et de retour d'expérience. Ce champ couvre les vigilances sanitaires réglementaires, relatives à l'utilisation des

produits de santé (pharmaco, hémo-, matério-, bio-, cosméto-, réactovigilances) et à l'assistance médicale à la procréation ainsi que le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections nosocomiales et les événements significatifs en radioprotection.

E1 | Prévoir

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

E2 | Mettre en œuvre

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

E3 | Évaluer et améliorer

Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel

E1 | Prévoir

Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.

E2 | Mettre en œuvre

Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.

La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 3

Management de la qualité et de la sécurité des soins

Référence 8

Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

E1 | Prévoir

L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.

Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique est formalisée et est opérationnelle.

E1 | Mettre en œuvre

Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en œuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.

La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée et les actions sont tracées.

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.

E1 | Évaluer et améliorer

La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations



La mise en œuvre d'un système de gestion des réclamations et plaintes contribue à la prise en compte de l'expérience des patients et de leur entourage et concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement d'un établissement.

Conformément à la réglementation (articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du Code de la santé publique), le système de gestion des plaintes permet :

- /// le recueil de l'expression des usagers ;
- /// une réponse pertinente et individualisée à chaque plainte et réclamation. Les dispositions relatives à la médiation et au rôle de la CRU prennent un caractère particulièrement important dans ce cadre.

L'analyse des plaintes et réclamations constitue un outil d'aide à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et de prévention de la maltraitance (10.a) et suppose :

- /// une exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations réalisée dans le cadre de la CRU afin d'identifier, de hiérarchiser et de traiter les dysfonctionnements ;
- /// son intégration à la démarche d'ensemble d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (8.a,8.f).

E1 | Prévoir

La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

E2 | Mettre en œuvre

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Critère 9.b Évaluation de la satisfaction des usagers

E1 | Prévoir

Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.

E2 | Mettre en œuvre

La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.
La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.

CHAPITRE 2 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les droits du patient

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création. La certification constitue l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations le concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

La bientraitance

Les travaux conduits dans le secteur médicosocial montrent l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour assurer le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance, en particulier celui de maltraitance "passive" ou "institutionnelle" constatés dans les établissements. Souvent, en effet, les plaintes des usagers des établissements de santé laissent transparaître un ressenti d'abandon, un manque d'écoute, de considération ou d'information. Elles témoignent de parcours qui se caractérisent par une prise en compte insuffisante des besoins et des droits des personnes, notamment des personnes vulnérables.

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM d'août 2008 "*La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*" définit la posture professionnelle de bientraitance comme "une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus".

Au niveau institutionnel, une démarche de bientraitance permet de repenser les organisations et leur fonctionnement, en prenant mieux en compte l'expérience concrète et les besoins des personnes malades et de leurs proches.

La mise en place d'une politique de bientraitance implique l'inscription de la notion dans les orientations stratégiques de l'établissement ainsi que la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels. Elle fédère des actions très diverses visant tous les aspects de la vie des personnes prises en charge dans les établissements de santé, y compris les aspects les plus quotidiens et "ordinaires".

Dans les établissements de santé, la mise en œuvre d'une démarche de bientraitance comprend :

- /// la mobilisation de tous les acteurs institutionnels (direction, instances, etc.) et celle des professionnels (médecins, paramédicaux et personnels, médicotechniques, etc.) notamment au travers d'actions de formation et de sensibilisation ;
- /// des actions qui rendent plus concrète et effective la mise en œuvre des droits des patients et l'expression des usagers (par exemple, mise en place d'une maison des usagers, de groupes de réflexion éthique, de groupes de paroles et de soutien, etc.) ;
- /// des actions qui améliorent la vie quotidienne des usagers ;
- /// et aussi des actions de lutte contre la maltraitance : il est important d'entreprendre un diagnostic et un dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou "passives", la gestion des plaintes et réclamations (9.a) étant l'un de ces outils. La prévention et le dépistage de la maltraitance doivent déboucher sur une recherche active d'amélioration qui conduit aussi à porter un regard sur les organisations et sur les pratiques quotidiennes.

Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

E1 | Prévoir

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 1

Droits et place
des patients

Référence 10

La bientraitance
et les droits

Critère 10.b Respect de la dignité et de l'intimité du patient

E1 | Prévoir

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.

E2 | Mettre en œuvre

Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 10.c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

E1 | Prévoir

Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

E2 | Mettre en œuvre

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

E3 | Évaluer et améliorer

L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.

Critère 10.d Accueil et accompagnement de l'entourage

E1 | Prévoir

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.

Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.

E2 | Mettre en œuvre

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.

Critère 10.e Gestion des mesures de restriction de liberté

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.

La conférence de consensus portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux et l'obligation de soins et de sécurité (2004) fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. Cette position est également affirmée dans la circulaire dite "Simone Veil" (n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993), qui précise que "les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs, ni *a fortiori* dans des chambres verrouillées", et que "l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales". Il doit en être de même pour toute décision appelant une privation de liberté de quelque nature qu'elle soit (c'est-à-dire non seulement le confinement, l'isolement, la contention, la sédation, mais aussi la limitation des contacts, le retrait des effets personnels...).

Certaines situations cliniques peuvent nécessiter, dans une visée de sécurité et/ou pour des motifs thérapeutiques, la mise en œuvre de mesures momentanées de limitation de liberté. Toute décision de ce type doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, décidée en concertation, expliquée à la personne concernée dans une perspective de recherche de consentement, réévaluée et portée au dossier.

La gestion des mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité, mais aussi de bientraitance et de respect de la dignité du patient, repose sur une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes. À ce titre, elle implique différentes structures de l'établissement (CME, CRU, comité d'éthique ou équivalent) ; elle a vocation à donner lieu à la sensibilisation, voire à la formation des professionnels concernés et à être régulièrement évaluée (audits d'EPP sur les chambres d'isolement, enquêtes auprès des patients, enquêtes auprès de l'entourage, etc.) dans une perspective de mise en œuvre d'actions d'amélioration.

E1 | Prévoir

Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.

E3 | Évaluer et améliorer

Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).

Des actions d'amélioration sont mises en place.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 1

Droits et place des patients

Référence 11

L'information,
la participation
et le consentement
du patient

L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.

La loi du 4 mars 2002 (CSP articles L. 1111-2, L. 1111-4 et suivants) réaffirme le droit du patient d'être informé, associé à toutes les décisions de prévention, de diagnostic et de soin qui le concerne. Elle introduit la possibilité pour le patient d'être accompagné et soutenu par une personne de confiance et renforce les exigences en matière d'information du patient en cas de survenue d'événement indésirable.

Le respect de ces droits à l'information et au consentement est un objectif essentiel pour les établissements de santé et leurs professionnels, qui doivent mettre en place des organisations pertinentes destinées à faciliter leur exercice.

Critère 11.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés

L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé.

Le dispositif d'information comporte :

/// des entretiens, renouvelés si nécessaire, et adaptés à la nature des informations fournies (mauvaise nouvelle, etc.) et aux caractéristiques des personnes concernées (âge, état psychique, etc.). Les enfants notamment, doivent être destinataires d'une information adaptée sur leur diagnostic et leur prise en charge, en plus de l'information délivrée aux parents. Les entretiens doivent se dérouler dans des conditions appropriées (colloque singulier, lieu calme, temps suffisamment long spécifiquement dédié à la personne malade, attitude d'écoute, etc.) ;

- /// une information orale complétée, si besoin, par des supports écrits remis et expliqués au patient ;
- /// l'instauration d'une coordination entre les différents professionnels autour de la délivrance de l'information et de l'élaboration du projet de soin personnalisé issu de cette information (désignation d'un référent, etc.), dans le respect du principe de la confidentialité des informations ;
- /// l'accès possible pour le patient à des ressources d'information extérieures à la situation de soin (ex. : associations de patients, d'usagers, de bénévoles, espaces dédiés à l'information des patients, ressources Internet, etc.).

E1 | Prévoir

Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

E2 | Mettre en œuvre

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).

L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 11.b Consentement et participation du patient

Tout professionnel de santé a l'obligation d'informer le patient "sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus" (article L. 1111-2 du Code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement "libre et éclairé" à l'acte

médical (article L. 1111-4 du Code de la santé publique). Le recueil du consentement doit se faire au cours d'un entretien individuel. Sauf dans certains cas prévus par la loi (certains prélèvements, recherche biomédicale, etc.), il n'est pas requis que le recueil du consentement prenne la forme d'un écrit signé par le patient.

E1 | Prévoir

Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.

E2 | Mettre en œuvre

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.

Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 11.c Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou à sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix (article L. 1142-4 du Code de la santé publique).

délais et dans un contexte où l'équipe soignante est elle-même affectée et la confiance du patient potentiellement ébranlée. Dans ces cas, le patient attend aussi des professionnels de santé une écoute et une disponibilité particulières.

Le dispositif d'information doit prévoir :

- /// la désignation d'un professionnel de santé senior qui délivrera l'information ;
- /// la présence des personnes que le patient souhaite voir informées ;
- /// des conditions appropriées pour établir un dialogue ;
- /// des explications adaptées aux capacités de compréhension du patient et à son état psychique.

E1 | Prévoir

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est définie.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.

Les professionnels mettent en œuvre cette démarche.

E3 | Évaluer et améliorer

La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 1

Droits et place des patients

Référence 12

La prise en charge
de la douleur

Critère 12.a Prise en charge de la douleur



La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Au sein d'un établissement de santé, l'organisation de la prise en charge de la douleur doit veiller à mettre en œuvre les 4 axes du programme national de lutte contre la douleur :

- /// améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables ;
- /// améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé ;
- /// améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ;
- /// structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les douleurs chroniques dites rebelles.

L'indicateur HAS "traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)" évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.

Les objectifs du critère sont :

- /// de favoriser le développement d'une formation qui permet aux professionnels de faire face au quotidien à la douleur des patients ;
- /// d'inciter l'établissement à s'inscrire dans des réseaux d'échanges pour améliorer la prise en charge de la douleur tout au long du parcours du patient ;
- /// de favoriser l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale en veillant notamment à :
 - repérer les patients présentant une douleur ;
 - mettre les protocoles à disposition des équipes de soins ;
 - améliorer la mise à disposition des outils d'évaluation ;
 - rendre effective l'utilisation des différents outils.

E1 | Prévoir

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.

E2 | Mettre en œuvre

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.

E3 | Évaluer et améliorer

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie



La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui "apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie". Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).

Le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie la mise en place de dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (DHOS/02/2008/99) précise à nouveau les fondements de la démarche palliative :

- /// évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés ;
- /// réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches ;
- /// mise en place de réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades ;
- /// soutien des soignants en particulier en situation de crise ;
- /// mise en place de formations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins".

E1 | Prévoir

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

E2 | Mettre en œuvre

La démarche palliative est mise en œuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.

Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.

Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).

Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 2

Gestion des données du patient

Référence 14

Le dossier
du patient

Critère 14.a Gestion du dossier du patient



Le dossier du patient favorise la coordination des soins. Outil de partage des informations, il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs pour la tenue du dossier du patient doivent être définis et connus.

Le dossier du patient répond à une réglementation précise et revêt une valeur juridique particulièrement importante en cas de contentieux. Il est accessible au patient et, dans des conditions définies, aux soignants et à d'autres professionnels.

Compte-tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité du circuit qui en résulte (secteurs de soin, transport interne, consultations, archivage...), il est sujet à de nombreux dysfonctionnements.

La qualité de la gestion du dossier du patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants.

L'indicateur HAS "Tenue du dossier du patient", évalue la traçabilité dans le dossier des éléments relatifs à l'admission, au séjour et à la sortie du patient.

E1 | Prévoir

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.

E2 | Mettre en œuvre

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Critère 14.b Accès du patient à son dossier



La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant ; les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi que les recommandations de la HAS de décembre 2005 ont organisé cet accès.

Ce droit d'accès direct aux informations qui la concernent est significatif de l'évolution du statut de la personne malade à qui il est désormais reconnu le statut de sujet et d'acteur dans la démarche de soins. Le droit d'accès au dossier médical fait partie des moyens dont dispose le patient pour être informé et pouvoir participer

aux décisions le concernant. Or, ce droit est encore parfois mal connu et mal appliqué dans les établissements de santé.

Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de leurs droits et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier au patient ou aux personnes autorisées (selon le cas, personne mandatée par le patient, représentants légaux, ayants droit) selon les modalités et les délais précisés par la réglementation.

E1 | Prévoir

L'accès du patient à son dossier est organisé.

E2 | Mettre en œuvre

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.

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

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 2

Gestion des données du patient

Référence 15

L'identification du patient

Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue, permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur

de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire, etc.). Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque.

Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans le critère relatif à l'organisation du bloc opératoire (26.a).

E1 | Prévoir

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.

E2 | Mettre en œuvre

Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.

Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.

E3 | Évaluer et améliorer

La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 16

L'accueil du patient

Critère 16.a Dispositif d'accueil du patient

L'accueil consiste à recevoir les personnes et à les guider tout au long de leur prise en charge. Il s'exprime à travers :

- /// le respect d'un cadre juridique (environnement législatif et réglementaire) ;
- /// la mise en œuvre d'une organisation (locaux, aménagement, organisation administrative et technique, etc.) ;

/// une attitude d'écoute et la disponibilité des différents professionnels encadrés et formés de manière adaptée.

L'objectif est d'assurer la qualité de l'accueil des patients tout au long de leur prise en charge.

E1 | Prévoir

Des modalités d'accueil du patient sont définies.

L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.

En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

E2 | Mettre en œuvre

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.

Le temps d'attente prévisible est annoncé.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif d'accueil du patient est évalué.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 17

L'évaluation
de l'état de santé
du patient et
le projet de soins
personnalisé

Critère 17.a Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de soins personnalisé (PSP). Pour chaque patient, ce projet est élaboré et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques de son état de santé ; il permet la coordination entre les professionnels au sein d'un même service et entre les différents secteurs d'activité.

Les modalités de prise en charge et les résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé du patient sont adaptés aux besoins et aux capacités propres de celui-ci. Le projet doit promouvoir le maintien, la recherche de l'autonomie, la santé et le bien-être du patient.

E1 | Prévoir

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

E2 | Mettre en œuvre

L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.

Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).

La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.

Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.

Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 18

La continuité
et la coordination
des soins

Critère 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures. La continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).

La continuité s'apprécie selon trois axes :

- /// l'accessibilité et la qualité de l'information ;
- /// la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et un professionnel de santé ;
- /// une planification des soins cohérente dans le temps associée à une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes et à une permanence des soins 24 heures/24.

E1 | Prévoir

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.

Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

E2 | Mettre en œuvre

Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.

Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.

E3 | Évaluer et améliorer

Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.

Critère 18.b Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

E1 | Prévoir

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

E2 | Mettre en œuvre

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.

E3 | Évaluer et améliorer

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 19.a Populations nécessitant une prise en charge particulière

La prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation de l'organisation des établissements de santé. Le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations. Cette approche concerne en V2010, les populations suivantes :

- /// les personnes âgées ;
- /// les patients porteurs de maladies chroniques ;
- /// les enfants et adolescents ;
- /// les personnes atteintes d'un handicap ;
- /// les personnes démunies ;
- /// les personnes détenues.

Il appartient à chaque établissement d'identifier les populations qui le concernent particulièrement ; il réalise une auto-évaluation pour chaque population identifiée.

À titre d'exemple et d'éclairage, certains des enjeux en termes de contexte et de qualité de la prise en charge sont rappelés pour plusieurs populations :

Les personnes âgées :

Certaines spécificités de la prise en charge des patients âgés doivent être prises en compte :

- /// la polypathologie et la polymédication qui augmentent le risque iatrogénique et augmentent le nombre d'intervenants auprès du patient ;
- /// la dénutrition qui augmente avec l'âge : elle est particulièrement fréquente en établissement de santé ;
- /// la dépression du sujet âgé, dont le repérage n'est pas toujours aisé : elle augmente le recours aux soins et à l'hospitalisation ; le risque de complications somatiques, de dépendance et d'institutionnalisation ;
- /// les troubles cognitifs, qui conduisent à impliquer fortement les aidants familiaux ou professionnels.

La prise en charge du patient âgé polypathologique et donc le plus souvent du patient âgé de plus de 80 ans doit privilégier une prise en charge globale avec l'ensemble des acteurs de soins.

Une réflexion doit être mise en œuvre au sein de l'établissement afin d'établir un parcours de soins coordonné et d'offrir une filière de soins cohérente qui apportent une prise en charge adaptée à la personne et à son environnement, permettant d'éviter des hospitalisations non appropriées.

Les enfants et adolescents :

Les enfants et les adolescents sont une population dont les besoins sont spécifiques et évoluent avec l'âge.

L'enfant est une personne en constant développement et il doit non seulement recevoir les soins adaptés à son état, mais aussi les recevoir dans des conditions et un environnement où son développement pourra se poursuivre et les conséquences psychologiques de l'hospitalisation être minimisées.

La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents nécessite avant tout que les professionnels et tous les intervenants soient formés aux spécificités de la prise en charge des enfants concernant l'accueil, l'information, la relation triangulaire parent-enfant-soignant, l'évaluation psychologique des conséquences de la maladie et de l'hospitalisation, la présence des proches, la prise en charge de la douleur, les besoins éducatifs et culturels.

Cette prise en charge des enfants et des adolescents doit se faire dans des lieux adaptés et dédiés dont l'aménagement tient compte de la pathologie et de l'âge des enfants.

La mise en œuvre d'une prise en charge respectueuse des besoins et des droits des enfants s'appuiera sur les principes énoncés dans la Convention internationale des droits de l'enfant, la Charte de l'enfant hospitalisé et ses commentaires ainsi que sur les préconisations des circulaires relatives à la prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents (notamment circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, circulaire DGS/DH N° 132 du 16 mars 1988 "l'adolescent et l'hôpital, amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents").

Les patients porteurs de maladies chroniques :

On estime qu'environ 45 % de la population française souffre d'une maladie chronique. La prise en charge des personnes atteintes de ces affections nécessite :

- /// la mise en place d'une coordination entre les acteurs de santé, en particulier dans le cadre des réseaux de soins. Les établissements de santé doivent participer à cette coordination, notamment par la mise en place d'un dialogue avec le médecin traitant. Le rôle des aidants dans la mise en place d'une prise en charge coordonnée doit aussi être pris en compte ;
- /// l'organisation d'un accès aux dispositifs d'éducation thérapeutique ;
- /// l'organisation d'un accès à toutes les autres ressources permettant de soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage et de les informer : liens avec des associations de patients, des espaces d'information, etc.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours
du patient

Référence 19

Les prises
en charge
particulières

E1 | Prévoir

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.

E2 | Mettre en œuvre

La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en œuvre.

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.

Critère 19.b Troubles de l'état nutritionnel 

Les pathologies en lien avec les troubles nutritionnels constituent de véritables enjeux en termes de santé publique. Une prise de conscience de l'importance de la nutrition à l'hôpital est indispensable pour faire évoluer les cultures et mieux former les professionnels sur les bonnes pratiques. Les troubles nutritionnels peuvent être causés par une alimentation insuffisante, déséquilibrée ou excessive, ou par une mauvaise absorption ou assimilation des nutriments par l'organisme. Ils concernent l'ensemble de la population, mais plus particulièrement le sujet âgé, la femme enceinte, l'enfant et le patient atteint de troubles psychiatriques.

Si le régime alimentaire n'en est pas la cause directe, l'alimentation (et l'état nutritionnel qui en résulte) participe de façon essentielle au développement et à l'expression clinique de nombreuses pathologies : diabète, dyslipidémies, cancers, ostéoporose, etc.

La rupture de l'organisation habituelle de la vie domestique semble constituer un facteur particulièrement défavorable, et est particulièrement marquée lors de l'hospitalisation.

Les étapes de la prise en charge comportent :

- /// le dépistage - diagnostic ;
- /// le dépistage d'un trouble nutritionnel, lequel repose principalement sur des éléments simples, comme la mesure du poids et le calcul d'un indice de masse corporelle (IMC) ;
- /// la surveillance et la prescription ;
- /// l'éducation thérapeutique.

L'indicateur HAS "Dépistage des troubles nutritionnels" évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes.

E1 | Prévoir

Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.

L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès des patients et de leur entourage.

Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.

E3 | Évaluer et améliorer

La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

Critère 19.c Risque suicidaire

La prévention du suicide est une priorité de santé publique.

Ce critère vise à inciter l'établissement et ses professionnels à améliorer le repérage des patients à risque suicidaire et l'organisation de leur prise en charge.

Les professionnels peuvent s'appuyer sur les programmes nationaux de prévention du suicide, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la conférence de consensus de l'Anaes et sur les données du programme d'audits cliniques ciblés de la HAS.

E1 | Prévoir

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

La législation française, pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique. Elle souligne que le consentement aux soins demeure la règle et le recours à la contrainte doit rester l'exception.

Certaines situations nécessitent cependant une hospitalisation sans consentement. La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, modifiée par la loi du 4 mars 2002 en définit le champ et les modalités d'application.

L'objectif de ce critère est d'évaluer les conditions de prise en charge des personnes en hospitalisation sans consentement. Il est notamment rappelé que la personne hospitalisée sans consentement doit être informée dès l'admission et par la suite, de sa situation juridique, de ses droits et de son état de santé.

E1 | Prévoir

L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO) sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.

E2 | Mettre en œuvre

Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.
Des procédures sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ; hospitalisation d'office (HO)).

Critère 20.a Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient



La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient, l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluriprofessionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable.

Pour apprécier la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé, la HAS s'appuie notamment sur la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments (CBU Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale) passé avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dont les objectifs d'amélioration convergent avec les attentes de la certification.

Le programme d'actions prévu dans le CBU comprend :

- /// l'informatisation du circuit du médicament ;
- /// la prescription et la dispensation à délivrance nominative ;
- /// la traçabilité de la prescription à l'administration ;
- /// le développement d'un système d'amélioration de la qualité ;
- /// la centralisation de la préparation sous la responsabilité d'un pharmacien, des traitements anticancéreux, dans les établissements concernés ;
- /// le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et le respect des référentiels, en cancérologie et pour les maladies rares et orphelines ;
- /// des engagements spécifiques pour le bon usage des produits hors GHS.

Le rapport d'étape annuel ou final de l'établissement compilant les indicateurs de suivi et de résultats au regard des objectifs quantitatifs et qualitatifs requis dans ce cadre est utilisé par la HAS ainsi que les deux items relatifs à la trace écrite des prescriptions médicamenteuses, respectivement pendant l'hospitalisation et à la sortie de l'indicateur HAS sur la tenue du dossier du patient dans les établissements concernés.

E1 | Prévoir

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.

Les règles de prescription sont mises en œuvre.

Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.

Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).

Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.

La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.

E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.

Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.

Critère 20.b Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

La polypathologie et la polymédication des personnes âgées augmentent le risque iatrogénique. Cette iatrogénie n'est pas inéluctable et le degré d'évitabilité est lié à la classe médicamenteuse impliquée. L'adhésion au traitement est plus complexe chez le sujet âgé du fait de ses comorbidités et de ses comédications. Des améliorations dans ce domaine sont possibles pour diminuer la morbidité et la

consommation de soins induite. L'ensemble des prescripteurs prenant en charge le sujet âgé est concerné.

Cette démarche d'évaluation vise à diminuer le risque iatrogénique lié aux prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée.

E1 | Prévoir

Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.

E2 | Mettre en œuvre

Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.

Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.

E3 | Évaluer et améliorer

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.

Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en œuvre.

↳ Champ d'application :

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 21

La prise en charge
des analyses de
biologie médicale

Critère 21.a Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats

La prescription d'analyses, le prélèvement et la transmission des résultats sont des étapes déterminantes de la réalisation des examens de laboratoires.

La prescription doit assurer que chaque réalisation d'examen réponde à une question clinique évitant ainsi les examens de laboratoires systématiques ou non adaptés à l'état de santé du patient. Un dialogue entre le clinicien et le prestataire permet d'assurer l'adéquation entre le besoin du clinicien et les examens réalisés en prenant en compte les évolutions technologiques. Il permet ainsi d'assurer la

maîtrise de la demande et constitue un facteur d'efficacité.

La bonne identification du patient lors du prélèvement est un élément clé de la sécurité et conditionne la réalisation de l'examen.

La transmission des résultats permet l'information du demandeur dans des délais adaptés à l'état clinique du patient.

E1 | Prévoir

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).

E2 | Mettre en œuvre

Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.

Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

E3 | Évaluer et améliorer

Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire

La réalisation des examens de laboratoire s'appuie sur un système de management de la qualité. La formation des professionnels permet de développer cette démarche

et s'impose pour prendre en compte les évolutions technologiques.

E1 | Prévoir

Les secteurs développent un système de management de la qualité.

E2 | Mettre en œuvre

Le guide de bonne exécution des analyses est mis en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.

Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 22.a Demande d'examen et transmission des résultats

La demande d'examen et la transmission des résultats sont des étapes déterminantes de la réalisation des examens d'imagerie.

La demande doit assurer que chaque réalisation d'examen réponde à une question clinique évitant ainsi les examens systématiques ou non adaptés à l'état de santé du patient. Un dialogue entre le clinicien et le spécialiste de l'imagerie permet d'assurer l'adéquation entre le besoin du clinicien et les examens réalisés en prenant en compte les évolutions technologiques. Il permet ainsi d'assurer la maîtrise de la demande et constitue un facteur d'efficacité.

Concernant les examens irradiants, l'enjeu de radioprotection est à prendre en compte. La réglementation prévoit que le médecin prescripteur s'interroge sur le bénéfice par rapport au risque d'exposition, l'objectif étant d'obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible. Toute irradiation, si faible soit-elle, doit être justifiée par l'absence d'examen alternatif non irradiant. Le guide de bon usage des examens d'imagerie médicale qui vise à réduire l'exposition et améliorer la prise en charge de la population permet d'orienter chaque prescripteur.

La transmission des résultats permet l'information du demandeur dans des délais adaptés à l'état clinique du patient.

E1 | Prévoir

Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).

E2 | Mettre en œuvre

Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.

Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.

Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.

E3 | Évaluer et améliorer

Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

La réalisation des examens d'imagerie s'appuie sur une démarche d'assurance de la qualité. La formation des professionnels permet de développer cette démarche et s'impose pour prendre en compte les évolutions technologiques.

Concernant la radioprotection, l'organisation s'appuie notamment sur la directive européenne 97/43 dont l'objectif est le développement d'une culture de radioprotection fondée sur les principes de justification et d'optimisation des expositions médicales

et l'étude de pratiques particulièrement irradiantes ou s'appliquant à des populations sensibles. Outre les obligations qui incombent aux demandeurs (22.a), les Codes du travail et de la santé publique prévoient désormais une formation validée pour tout utilisateur de rayonnements ionisants, la dosimétrie électronique, la réalisation d'examens selon des protocoles optimisés, le relevé de doses délivrées, la maintenance et le contrôle de qualité pour tous les appareils de radiologie et l'intégration de dispositif de mesure de dose.

E1 | Prévoir

Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.

E2 | Mettre en œuvre

Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.

E3 | Évaluer et améliorer

Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.

Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais), non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 23

L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un enjeu de santé publique.

L'ETP concerne les maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, etc.), mais également les situations ou maladies de courte durée : suites de chirurgie, prise d'un traitement au long cours par exemple. Elle peut être mise en œuvre dans divers secteurs d'activité (médecine, chirurgie, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, HAD, etc.).

Elle est proposée dès l'annonce du diagnostic de la maladie ou à tout autre moment de la maladie. Elle est mise en œuvre par des professionnels de santé formés à la démarche au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale. Des modalités de coordination doivent être mises en place avec et autour du patient pour assurer la cohérence et la continuité de la démarche : définition en commun des différents aspects de la prise en charge, programmation et organisation des activités d'ETP, partage des informations, modalités de poursuite de l'ETP au-delà du séjour du patient.

L'ETP est une démarche structurée et coordonnée centrée sur les besoins du patient. Elle vise à aider les patients et le cas échéant leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation dont ils ont besoin pour gérer au mieux

leur vie, en particulier avec une maladie chronique. L'ETP permet par exemple au patient de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline, etc.), d'adapter des doses de médicaments. Elle contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner en confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes, de se fixer des buts à atteindre et de faire des choix.

L'ETP se différencie de la seule information orale ou écrite, d'un conseil de prévention, même de qualité. En pratique, les étapes de la démarche éducative sont : le recueil des besoins et des attentes du patient (diagnostic éducatif), la définition d'un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage (compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique, planification de séances d'éducation thérapeutique), l'évaluation des progrès du patient et la proposition d'une éducation thérapeutique de suivi.

L'évaluation de l'ETP s'entend comme une évaluation du déroulement du programme sous l'angle du processus (conception, organisation, réalisation des activités éducatives, etc.) et si possible d'une évaluation des résultats (satisfaction des patients, qualité de vie, état de santé).

E1 | Prévoir

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en œuvre.

Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.

Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.

Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.

L'établissement doit garantir la fiabilité de la communication des éléments d'information nécessaires à la continuité des soins. L'indicateur HAS "délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" en évalue la réalisation.

E1 | Prévoir

La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

E2 | Mettre en œuvre

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.

Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.

E3 | Évaluer et améliorer

La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.

La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

Critère 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés



Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Les services des urgences sont parties prenantes de réseaux d'urgences au sein des territoires de santé. La connaissance de l'offre de soin et de la disponibilité des structures de prise en charge ainsi que la maîtrise des modalités d'accueil des patients transportés par SMUR sont des éléments fondamentaux du fonctionnement de ces réseaux.

Les enjeux actuels et à venir de l'amélioration de la prise en charge aux urgences des patients, compte tenu notamment de l'augmentation significative (supérieure à 40 %) du nombre de passages aux urgences au cours des dernières années pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence, reposent sur :

- /// la capacité des établissements à organiser la prise en charge des soins non programmés (hors service d'urgence) ;
- /// une adaptation de l'organisation de la prise en charge aux diversités territoriales dans un souci de maillage du territoire ;
- /// la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences ;
- /// la mise en place de filières spécifiques adaptées à certaines pathologies ou populations.

E1 | Prévoir

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.

Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.

L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).

E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



Le bloc opératoire constitue, du fait de sa complexité organisationnelle, un secteur à risque pour le patient, justifiant la mise en place d'une gestion des risques garantissant la sécurité des actes.

L'objectif est de réunir au moment voulu : le patient préparé, informé et ayant donné son consentement, accompagné de son dossier complet, l'équipe opératoire (anesthésiste, chirurgien, IADE, IBODE), les équipements de la salle d'opération en état de fonctionnement, du matériel chirurgical et anesthésique adapté et stérilisé dans le respect des normes.

L'organisation coordonnée est formalisée en concertation entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

Afin de rendre l'intervention plus sûre et de réduire l'occurrence des événements indésirables évitables, l'organisation du bloc opératoire doit prévoir la mise en place d'outils ayant fait la preuve de leur efficacité, tels que la check-list de l'OMS sur la sécurité chirurgicale.

La mise en œuvre d'une check-list sécurité chirurgicale doit être systématique, adaptée au contexte local et aux préconisations des organismes agréés d'accréditation. Les vérifications concernent trois temps :

- /// avant l'anesthésie : le patient, accompagné de son dossier complet, confirme son identité, la nature de l'intervention, le site opératoire et son consentement ; la sécurité anesthésique est vérifiée, etc. ;
- /// avant l'intervention et durant un temps de pause : le chirurgien, l'anesthésiste et l'IBODE confirment l'identité du patient, l'intervention prévue et le site opératoire. Les événements critiques sont anticipés : le chirurgien précise les étapes critiques, durée de l'intervention et évaluation de la perte sanguine, l'anesthésiste examine les mesures spécifiques à prendre pour le patient, l'IBODE vérifie la stérilisation des dispositifs et l'absence de difficultés concernant l'instrumentation, etc. ;
- /// avant que le patient ne quitte la salle d'opération : la nature de l'intervention est enregistrée ainsi que le décompte exact des instruments, des compresses. L'étiquetage des pièces opératoires inclut le nom du patient. Tout dysfonctionnement d'équipement est signalé, les points clés de la prise en charge post interventionnelle sont précisés.

Ces vérifications systématiquement croisées (double regard) sont sous la responsabilité d'un membre identifié de l'équipe opératoire : tout écart au regard de ces objectifs doit être résolu avant la poursuite de la procédure.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 4

Prises en charge spécifiques

Référence 26

Le fonctionnement
des secteurs
d'activité
interventionnelle

E1 | Prévoir

Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).

Les locaux et l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.

La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.

Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.

E2 | Mettre en œuvre

Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.

E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ Champ d'application :

Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.

Critère 26.b Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

Une démarche qualité documentée et actualisée doit être mise en place dans les secteurs d'activité à risque afin d'assurer la sécurité des soins (explorations, traitements, accouchements). Outre la prise en compte des résultats des inspections réglementaires par la mise en œuvre des actions correctives prescrites, cette démarche inclut la définition des responsabilités, l'analyse des risques liés à l'activité afin d'établir les actions préventives (exemple de la radioprotection pour les activités utilisant les rayonnements ionisants), la gestion des ressources humaines (adéquation des effectifs et des compétences aux besoins, formation aux équipements, aux techniques, à la déclaration des événements indésirables), la gestion de l'environnement (locaux et équipements en termes de contrôles et de maintenance), l'élaboration de procédures en lien avec la prise en charge du patient, le fonctionnement des circuits de prise en charge (modalités d'élaboration et de régulation des programmes), les outils de suivi et d'évaluation.

Les établissements disposant d'une activité de :

- /// radiothérapie ;
- /// médecine nucléaire ;

doivent réaliser obligatoirement une auto-évaluation de ce critère pour chacune de ces deux activités.

Les établissements disposant des activités suivantes :

- /// salle de naissance ;
- /// techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale (cardiologie interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, etc.) ;
- /// électroconvulsivothérapie ;
- /// endoscopie ;

doivent obligatoirement réaliser une auto-évaluation de ce critère sur l'une de ces activités au choix.

Pour la radiothérapie, l'établissement se conformera aux critères qualité définis par l'INCa et à la décision de l'ASN relative aux obligations réglementaires en matière d'assurance de la qualité des centres de radiothérapie.

E1 | Prévoir

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels.

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médicotechnique et logistique.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

E2 | Mettre en œuvre

Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.

E3 | Évaluer et améliorer

Un recueil et une analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.

↳ Champ d'application :

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé autorisés à réaliser une activité de radiothérapie et de médecine nucléaire et aux établissements concernés par des activités interventionnelles.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 4

Prises en charge spécifiques

Référence 26

Le fonctionnement
des secteurs
d'activité
interventionnelle

Référence 27

Les activités
de soins de suite
et de réadaptation

Critère 26.c Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

Tous les établissements de santé autorisés ou non, participent à l'activité de prélèvement d'organes ou de tissus à visée thérapeutique, en s'intégrant dans les réseaux de prélèvements (article L. 1233-1 du Code de la santé publique). La pénurie de dons d'organes et de tissus, attestée par le nombre de patients en attente de greffe, vitale pour certains d'entre eux, justifie la promotion en établissement de santé du don à visée thérapeutique. Cette promotion du don s'appuie notamment sur l'information du public, la sensibilisation des professionnels et la participation aux réseaux de prélèvements.

Les établissements pratiquant des prélèvements mettent en œuvre les bonnes pratiques correspondantes. La réalisation d'audits des coordinations hospitalières pour le prélèvement d'organes et de tissus réalisés par l'Agence de la biomédecine participe à l'atteinte des objectifs de ce critère.

E1 | Prévoir

L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés notamment en matière d'information des familles.

Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 27.a Activités de soins de suite et de réadaptation

L'activité de réadaptation a pour but de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation, leur réinsertion. Elle implique une équipe pluridisciplinaire.

Cette activité doit se déployer en prenant en compte l'impératif de continuité, dès les soins de courte durée et se poursuivre si nécessaire dans une phase hospitalière en SSR, puis en phase de réintégration.

L'activité de réadaptation n'est pas isolée mais s'articule avec différentes structures extérieures :

- /// en amont, avec le réseau de prise en charge des urgences et des structures de MCO, SLD et SSR par le biais de conventions de coopération ;
- /// en aval, grâce à une coopération avec des structures sanitaires et médicosociales pour la préparation et l'accompagnement à la réinsertion.

E1 | Prévoir

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.

E2 | Mettre en œuvre

Le projet personnalisé de prise en charge qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation est élaboré avec le patient, son entourage et en concertation avec tous les professionnels concernés.

E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'objectif de ce critère est double :

- 1** Évaluer le déploiement effectif des démarches d'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique et médicotechnique.

Toutes les démarches d'EPP menées par les professionnels permettent de satisfaire à ce critère :

- /// EPP réalisées dans le cadre d'organisations intégrées à la pratique (staff EPP, revues de mortalité et de morbidité, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.) ;
- /// mise en place de projets thématiques quelle que soit la méthode retenue (programme d'amélioration de la qualité, audit clinique, chemin clinique).

Les démarches réalisées avec l'aide d'organismes agréés d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'accréditation seront prises en compte.

- 2** Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs d'activité clinique ou médicotechnique.

Il est demandé obligatoirement une analyse de la mortalité-morbidité selon une méthode validée par la HAS en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie.

La prise en charge des patients atteints d'un cancer doit reposer également sur la mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaire.

(Les autres secteurs pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité et ou une mortalité, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaire).

E1 | Prévoir

Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

E2 | Mettre en œuvre

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

L'engagement de tous les professionnels est effectif.

Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.

Critère 28.b Pertinence des soins

La pertinence des soins correspond à l'adéquation des soins (actes diagnostiques et thérapeutiques) et des hospitalisations aux besoins des patients. L'analyse de la pertinence évalue la prescription et/ou l'utilisation appropriée des soins et des hospitalisations.

Améliorer la pertinence des soins et des hospitalisations permet de renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

En version 2 ou version 2007 de la certification, il était demandé des démarches d'EPP relatives à la pertinence des hospitalisations et des actes (prescriptions médicamenteuses, prescriptions d'actes à risque, prescription d'exams complémentaires).

Dans la V2010, il est demandé de poursuivre ces démarches et de les étendre à tous les champs où l'établissement a identifié des enjeux d'amélioration.

Exemples : pertinence des hospitalisations, pertinence des admissions aux urgences, pertinence du mode d'hospitalisation (hospitalisation complète *versus* prise en charge ambulatoire), pertinence de la prescription d'exams d'imagerie médicale, pertinence de la prescription des produits hors GHS.

L'évaluation de la pertinence peut s'effectuer dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire notamment pour la cancérologie.

E1 | Prévoir

Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

E2 | Mettre en œuvre

Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

E3 | Évaluer et améliorer

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.

Critère 28.c Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique 

Ce critère évalue l'utilisation des indicateurs de pratique clinique dans une perspective d'amélioration de ces pratiques.

La mesure dans le champ des pratiques cliniques et la comparaison entre équipes ou établissements permettent à l'établissement d'entrer dans une culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration de ses pratiques.

Ces indicateurs peuvent être liés à une pathologie, un problème de santé ou une activité spécialisée.

Ces indicateurs de pratique clinique peuvent être des indicateurs de processus ou de résultat.

Il peut s'agir d'indicateurs validés par les collègues professionnels des bonnes pratiques, d'indicateurs disponibles dans la littérature, d'indicateurs développés par

la HAS ou d'indicateurs construits par les équipes en utilisant les références disponibles.

Pour mettre en œuvre ces démarches, la HAS incite les établissements à utiliser des registres, observatoires ou bases de données.

La mise en œuvre de la démarche d'EPP liée aux indicateurs de pratique clinique dans un établissement de santé s'accompagne :

- /// d'un engagement conjoint de la direction et des professionnels du soin ;
- /// de l'identification des indicateurs pertinents au regard de l'activité de l'établissement ;
- /// de l'organisation du suivi de leur recueil et de leur analyse ;
- /// de la prise en compte des résultats dans un plan d'amélioration.

E1 | Prévoir

L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.

Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.

E3 | Évaluer et améliorer

L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.

Bibliographie et liens Internet

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- /// Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation Édition 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601345/
- /// Haute Autorité de Santé. Guide préparer et conduire votre démarche de certification V2010. Janvier 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_733521/
- /// Gardel C, Goubet S, Toupin MH, Le Moign R. Les indicateurs HAS : sélection, gestion et utilisation. Risques & Qualité en milieu de soins 2009 ; 6(1) : 34-40.
- /// Australian Council on Healthcare Standards. The ACHS EQUiP 4 Guide. Part 1. Accreditation, standards, guidelines. Sydney : ACHS ; 2006.
- /// Conseil canadien d'agrément des services de santé. Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation (MIRE). Programme d'agrément. Ottawa : CCASS ; 2004.
- /// Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations. 2009 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH) : The Official Handbook. Oakbrook Terrace : JCAHO ; 2008.

Sites Internet :

Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr/>
Établissements de santé : Certification - indicateurs :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5252
Ministère de la Santé et des Sports : <http://www.sante-sports.gouv.fr/>
Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>
Portail des agences sanitaires : <http://www.sante.fr/>

Référence n° 1

- /// Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n° 101 "Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier". 2007.
<http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis101.pdf>
- /// Commission éthique et profession santé, Cordier A. Éthique et professions de santé. Rapport au Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Mai 2003.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/cordier/presentation.pdf>
- /// Comité pour le développement durable en santé. Hôpitaux et cliniques. Guide 2009 des pratiques vertueuses. Paris : C2DS ; 2009.
- /// Crémadez M. Le management stratégique hospitalier. Paris : Masson ; 1997.
- /// Ministère de l'Écologie et du Développement durable. Le développement durable dans les établissements de santé. 2007.

- http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/develop_durable/accueil.htm
- /// Ocelli P, Quenon JL, Hubert H, Hoarau H, Pouchadon ML, Amalberti R, *et al.* La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. Risques & Qualité en milieu de soins 2008 ; 4 (4) : 207-12.
- /// Vinot D, Teil A, Larrasquet JM, Franchisteguy Couloume I, Kerri S, Pilniere V, *et al.* Le management des valeurs [dossier]. Cah Hosp 2007 (12).
- /// Viviana S, Winckler M. Les droits du patient. Paris : Fleurus ; 2007.
- /// Wils J, Germond M. Patients, quels sont vos droits ? Connaître ses droits pour être mieux soigné. Paris : Éditions In Press ; 2006.

Sites Internet :

Espace éthique de l'AP-HP : <http://www.espace-ethique.org/fr/accueil.php>
Centre d'Éthique Clinique de l'hôpital Cochin : <http://www.ethique-clinique.com>
Espace de réflexion éthique du CHU de Rouen : <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/ere/>
Espace éthique méditerranéen : <http://www.ap-hm.fr/ethiq/fr/site/accueil.asp>
Espace éthique de Bretagne Occidentale : <http://www.espace-ethique-bo.org/>
Espace éthique Amiens Picardie : <http://www.espace-ethique-picardie.fr/>

Référence n° 2

- /// Collectif interassociatif sur la santé. Guide CISS du représentant des usagers du système de santé. 2008.
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/090116_GuideCissRU_VerWeb.pdf
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Rédiger le rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU). Recommandations et modèle type. 2008.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/guides_recommandations/recommandations_rapport_cru.pdf
- /// Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie. Guide de présentation du tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS). Février 2003.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/indicateurs_etab/accueil.htm
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Pilotage des pôles. Mise à jour 02/2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1016>

Référence n° 3

- /// Le Boterf G. L'ingénierie des compétences. Paris : Éditions d'Organisation ; 1999.

- /// Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Plan santé travail 2005-2009. Février 2005.
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PST.pdf>
- /// Ministère de la Santé et de la Jeunesse et des Sports. Étude prospective des métiers sensibles de la fonction hospitalière. Tome 2 : Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. 2007.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/fonction_publ_hosp/edutes_prospectives/tome2.pdf

Site Internet :

CEDIP : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr>

Référence n° 4

- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Comptabilité analytique. Mise à jour février 2009. <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=28>

Site Internet :

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier : <http://www.meah.sante.gouv.fr/>

Référence n° 5

- /// Association française de normalisation. Système documentaire en établissement de santé – Organisation et gestion des documents d'archives. Saint-Denis : Afnor ; 2003. 532 p.

Site Internet :

Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier : <http://www.gmsih.fr/>

Référence n° 6

- /// Comité pour le développement durable en santé. Charte des achats responsables en santé.
<http://c2ds.free.fr/images/doc/CharteC2DS4.pdf>
- /// Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Les achats hospitaliers. Mise à jour janvier 2008.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/achats_hospitaliers/accueil.htm
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Restauration : organisation de la fonction. Mise à jour mars 2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=23>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Maintenance des bâtiments. Mise à jour janvier 2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1045>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Optimisation des achats hospitaliers. Mise à jour janvier 2006.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=18>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Brancardage : organisation de la fonction. Mise à jour mars 2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=20>

- /// Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi, ministère de l'Écologie, du Développement et de l'Aménagement durables. Guide de l'achat public durable. Qualité environnementale dans la construction et la réhabilitation des bâtiments publics. Février 2008.
<http://www.ecologie.gouv.fr/IMG/pdf/08-001.pdf>

Référence n° 7

- /// Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR 2003 ; 52 (RR10) : 1-42.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm>
- /// Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Ouest. Entretien des locaux des établissements de soins. Avril 2005.
http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/entloc_v2.pdf
- /// Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Est. Les catégories d'eau dans les établissements de santé. Typologie, traitements complémentaires, référentiels. Janvier 2006.
http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/signalement/Fiches/Eau-06_2.pdf
- /// Groupe permanent d'étude des marchés de produits divers de l'industrie chimique et parachimique. Guide pour le nettoyage des locaux. 1999.
http://www.minefe.gouv.fr/fonds_documentaire/daj/guide/gpem/5719/5719.pdf
- /// Gauthier P. Qualité de l'air intérieur : comment obtenir et maintenir une bonne qualité de l'air intérieur dans les établissements. Tech Hosp 2008 ; 63 (709) : 47-73.
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. L'eau dans les établissements de santé. Guide technique. Juillet 2005.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/eau_etabs/guide_eau_etabs.pdf
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Liste des matériaux et objets organiques entrant au contact d'eau destinée à la consommation humaine disposant d'une attestation de conformité sanitaire (ACS) ou d'une preuve de conformité aux listes positives (CLP). Mise à jour mars 2008.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/eaux_alimentation/materiaux/liste_materiaux.pdf
- /// Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi du travail et de la cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche. Plan national santé environnement 2004-2008. Juin 2004.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/rapport.pdf>
- /// Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier. Référentiel de certification HQE pour les établissements de santé. Juillet 2008.
<http://www.mainh.sante.gouv.fr/article.asp?id=184>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Déchets. Mise à jour janvier 2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1318>
- /// Réseau santé qualité. Les rejets liquides hospitaliers. Guide méthodologique. Janvier 2001.
http://www.reseausantequalite.com/data/acceslibre/Environnement/guide_rejets_liquides_hospitaliers.pdf
- /// Société française d'hygiène hospitalière. La qualité de l'air au bloc opératoire. Recommandations d'experts. Octobre 2004.
http://www.sfhf.net/telechargement/recommandations_grair.pdf

- /// Société française d'hygiène hospitalière. Liste positive des désinfectants 2008. Hygiènes 2008 ; 16(2) : 95-118.
http://www.sfhf.net/telechargement/recommandations_LPD2008.pdf

Site Internet :

Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie : <http://www2.ademe.fr/>
Comité pour le développement durable en santé : <http://c2ds.free.fr/>

Référence n° 8

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Janvier 2003. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436574/
- /// Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2006)7 du Comité des Ministres aux États membres, sur la gestion de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables dans les soins de santé. 24 mai 2006.
- /// Djihoud A, Quenon JL, Michel P, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. Hospitalisations causées par des événements indésirables liés aux soins, résultats de l'étude Eneis dans les établissements de santé français, 2004. BEH 2006 ; (49) : 388-90.
http://www.invs.sante.fr/beh/2006/49/beh_49_2006.pdf
- /// Haute autorité de santé. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé. Avril 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_665169/
- /// Institut national de veille sanitaire. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2006. Résultats préliminaires, 12 janvier 2007.
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/enp2006_resultats_preliminaires/index.html
- /// Michel P et coll. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. Juillet 2007.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud67.pdf>
- /// Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM, Domecq S. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Études Résultat 2005 ; (398).
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er398/er398.pdf>
- /// Ministère de la Santé et des Sports. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Actualisation à paraître en 2009.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/guides_recommandations.html
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Les infections nosocomiales. Guides et recommandations. Mise à jour janvier 2009.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/guides_recommandations.html
- /// Ministère de la Santé et des Sports. Infections nosocomiales. Le dossier. Janvier 2009.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/dossier.pdf>
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Programme national de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé 2009-2012. Mars 2009.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosocomiales/infections-nosocomiales-programme-national-prevention-infections-associees-aux-soins-etablissements-sante.html>

- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. Édition n° 5, juin 2005.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secu_sanit5/accueil/intro.htm
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Risques sanitaires dans les établissements de santé. Mise à jour mars 2006.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/risques_etabs/accueil.htm
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan blanc et gestion de crise : guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé. 2006.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/plan_blanc2006.pdf
- /// Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étape 1 : Structurer une démarche collective de gestion des risques. Risques & Qualité en milieu de soins 2007 ; 4(3) : 171-9.
- /// Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étape 2 : Identifier les risques *a priori*. Risques & Qualité en milieu de soins 2007 ; 4(4) : 239-47.
- /// Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étape 3 : Identifier les risques *a posteriori*. Risques & Qualité en milieu de soins 2008 ; 5(1) : 46-58.
- /// Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étapes 4 et 5 : Hiérarchiser les risques identifiés puis mettre en œuvre le plan d'actions en assurant son suivi. Risques & Qualité en milieu de soins 2008 ; 5(2) : 106-15.
- /// World Health Organization. Launch of nine Patient Safety Solutions 2007.
http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/index.html

Sites Internet :

Haute Autorité de Santé. L'accréditation des médecins : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428381/
Nosobase (C.CLIN) : <http://nosobase.chu-lyon.fr/>
Société française d'hygiène hospitalière. Référentiels : <http://www.sfhf.net/>

Référence n° 9

- /// COMPAQH – Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. Satisfaction du patient hospitalisé. Mise à jour décembre 2006.
http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/?p=indicateurs_fiche&id=19
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers. Octobre 2007.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plaintes_reclamations/guide_dhos.pdf

Référence n° 10

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Juin 1998.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
- /// Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Décembre 2008.
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip3097.html?page=article&id_article=130
- /// Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juillet 2008.
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip7a7a.html?page=article&id_article=128
- /// Fédération hospitalière de France. Guide pratique bientraitance / maltraitance à usage des établissements et institutions. Que faire face à la révélation d'une situation de maltraitance ? Juin 2007.
[http://www.fhf.fr/content/view/full/12109/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/12109/(language)/fre-FR)
- /// Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux, et obligation de soins et de sécurité. Janvier 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la vie associative. Partage d'expériences. Accueil, information et prise en charge des usagers.
http://www.sante.gouv.fr/experiences_usagers/accueil.htm
- /// Union nationale des associations familiales. Les chartes dans le domaine de la santé. Des outils pour les représentants des usagers. Décembre 2007.
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/081128_Chartes_sante.pdf

Référence n° 11

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Mars 2000.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/
- /// Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Événement indésirable grave : parlons-en. Guide pratique à l'attention des équipes hospitalières. Septembre 2008.
- /// Conseil national de l'ordre des médecins, Dusehu E. Soins aux patients mineurs, consentement des représentants légaux. Février 2002.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/soinsauxmineurs.pdf>
- /// Conseil national de l'ordre des médecins, Bouquier JJ. Du droit au consentement au droit de refus de soins. Janvier 2004.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/refusdesoins.pdf>

- /// Harvard Hospital. When Things go Wrong. Responding to adverse events. À consensus statement of the Harvard hospitals. March 2006.
<http://www.ih.org/NR/rdonlyres/A4CE6C77-F65C-4F34-B323-20AA4E41DC79/0/RespondingAdverseEvents.pdf>
- /// Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Février 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/

Référence n° 12

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Octobre 2000.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272123/
- /// Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. Mise à jour novembre 2006.
http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/prog_douleur/

Référence n° 13

- /// Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. Juin 2008.
http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=view&lang=fr&cat_id=8&press_id=1499
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Février 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272224/
- /// Assemblée nationale. Rapport d'information fait au nom de la Mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie présenté par J. Léonetti. Novembre 2008.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/mission_fin_vie.asp
- /// Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
<http://www.sfar.org/t/IMG/pdf/recosfdv0606.pdf>

Référence n° 14

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Juin 2003.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/

- /// Haute Autorité de Santé. Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. Décembre 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272508/

Référence n° 15

- /// Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. Identification du patient. Avril 2002.
http://www.gmsih.fr/fre/nos_publications/articles_publications/identification_du_patient
- /// World Health Organization. Patient Identification. May 2007.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>

Référence n° 16

- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées. Recommandations et propositions. Juillet 2008.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/guides_recommandations/livret_accueil.htm
- /// Ministère du Budget, des Comptes publics et de la fonction publique. Référentiel Marianne. Mai 2008.
http://www.modernisation.gouv.fr/fileadmin/Mes_fichiers/pdf/ReferentielMarianne_V2log_10_mai_08.pdf

Référence n° 17

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. Mai 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431300/

Référence n° 18

- /// COMPAQH – Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité. Assurer la continuité de la prise en charge des patients (document introductif). Décembre 2003.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/rapport2003/chap2.pdf>
- /// Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Mars 2002.
http://www.chrsf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/pdf/defusing_f.pdf
- /// World Health Organization. Communication During Patient Hand-Overs. May 2007.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

Référence n° 19

- /// Charte de l'enfant hospitalisé. 1988.
http://www.leciss.org/uploads/tx_cissdocuments/081128_Chartes_sante.pdf
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Novembre 1998.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271908/
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Novembre 2000.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Septembre 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272302/
- /// Assemblée nationale. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale sur les affections de longue durée. Rapport d'information présenté par JP Door. Novembre 2008.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1271.asp>
- /// Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. La nutrition en établissement de santé. Novembre 2005.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nutri_hosp/sommaire.htm
- /// Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/
- /// Haute Autorité de Santé. Rapport de l'expérimentation nationale audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide. Juin 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tsu_-_rapport_final.pdf
- /// Haute Autorité de Santé. Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Janvier 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/
- /// Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéinoénergétique chez la personne âgée. Avril 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/
- /// Haute Autorité de Santé. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Janvier 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272510/
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Programme national nutrition santé. Mise à jour mars 2009.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/sommaire.htm>
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs. Juin 2008.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pass/documents/recommandations_pass.pdf
- /// Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Programme national de prévention du suicide 1998-2000. Février 1999.
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/suicide/34_9902_1.htm

- /// Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Septembre 2000.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/suicide/strategie_nat.pdf
- /// Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études Résultat 2006 ; (488).
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf>

Référence n° 20

- /// Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.
<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Prevenir-la-iatrogenese-medicamenteuse-chez-le-sujet-age>
- /// Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bonnes pratiques de préparation. Décembre 2007.
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/a5d6ae4b3d5fdee013ca463462b7b296.pdf
- /// Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Guichet Erreurs Médicamenteuses. Présentation et bilan depuis la mise en place. Mai 2008.
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/4095782c4e719a19daa520c45cb4287f.pdf
- /// Haute Autorité de Santé. Améliorer la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Âgé (PMSA). 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/
- /// Haute Autorité de Santé. Améliorer la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Âgé (Psycho SA). 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Prise en charge thérapeutique. Document de travail. 2004.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/secumed/circuit_medec.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Circuit du médicament. Mise à jour juillet 2008.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=105>
- /// Société française de pharmacie clinique. Référentiel de pharmacie hospitalière. À paraître en 2009.
<http://adiph.org/sfpc/>
- /// Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé. Sécurisation du circuit du médicament. Guide méthodologique. Mai 2006.
http://www.synprefh.org/documents/circmed_guide_synprefh_200605.pdf
- /// World alliance for patient safety. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. May 2007.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>

Site Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://www.afssaps.fr/>

Référence n° 21

Site Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://www.afssaps.fr/>

Référence n° 22

- /// Haute Autorité de Santé. Indications de la radiographie du bassin. Février 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_679796
- /// Haute Autorité de Santé. Indications et non-indications de la radiographie de l'abdomen sans préparation. Janvier 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_745660/
- /// Haute Autorité de Santé. Indications et non-indications de la radiographie du thorax. Février 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_755008/
- /// Haute Autorité de Santé. Indications de la radiographie du crâne et/ou du massif facial. Février 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_679833/
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Imagerie médicale – Organisation. Mise à jour octobre 2007.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=25>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Guide pratique radioprotection. Services utilisant les RX. Juillet 2008.
http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/fileadmin/img/page_contenu/Imagerie/DOCUMENTATION/Guide_56p_v3.pdf
- /// Société française de radiologie. Guide des Procédures Radiologiques : critère de Qualité et optimisation des doses. Mars 2003.
<http://www.sfrnet.org/>
- /// Société française de radiologie, Société française de biophysique et de médecine nucléaire, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. Janvier 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/

Sites Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://www.afssaps.fr/>
Autorité de sûreté nucléaire : <http://www.asn.fr/>

Référence n° 23

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Juin 2001.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271954/
- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. Juin 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272191/

- /// Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/
- /// Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Recommandations. Juin 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/
- /// Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? Recommandations. Juin 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/
- /// Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? Recommandations. Juin 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/

Référence n° 24

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Novembre 2001.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/sortie_patient.pdf

Référence n° 25

- /// EngenderHealth, Mailman School of Public Health. Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence. Guide destiné aux responsables de services d'urgences obstétricales. 2005.
<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/qi-emoc-manual/qi-emoc-french.pdf>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences. Mise à jour décembre 2008.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=19>
- /// Société française de médecine d'urgence. Référentiels SFMU :
<http://www.sfmou.org/fr/ressources/referentiels>

Référence n° 26

- /// Agence de la biomédecine. Donor action. Programme de recensement et d'actions qualité pour les donneurs potentiels. Mise à jour novembre 2008.
<http://www.agence-biomedecine.fr/professionnels/donor-action.html>
- /// Autorité de sûreté nucléaire. Guide d'auto-évaluation des risques encourus par les patients en radiothérapie externe. Janvier 2009.
http://www.asn.fr/sites/default/files/files/PM-RT-ANI-2008-186-GUI-ASN-Guide ASN 4 v0 Auto_evaluation_risques_patient_1.pdf

- /// Autorité de sûreté nucléaire. Guide de management de la sécurité et de la qualité des soins de radiothérapie. Janvier 2009.
<http://www.asn.fr/sites/default/files/files/PM-RT-REG-GUI-2007-534-ASN-Guide ASN 5 v0 Management securite qualite 1.pdf>
- /// Haute Autorité de Santé, Collège français des anesthésistes-réanimateurs, Société française d'anesthésie et de réanimation. Antibio prophylaxie périopératoire. Référentiel de pratiques professionnelles. Juin 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Antibio_Periooperatoire_ref.pdf
- /// Institut national du cancer, Société française de physique médicale, Autorité de sûreté nucléaire. Guide pour la pratique quotidienne de la Dosimétrie in Vivo en radiothérapie externe. Octobre 2008.
http://www.sfpm.fr/download/fichiers/docs_sfpm/200810_guide_dosi_in_vivo.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Bloc opératoire. Gestion, organisation et performance. Mise à jour juillet 2008.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=110>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Organisation et sécurité des services de radiothérapie. Mise à jour mars 2009.
<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=24>
- /// Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations :
<http://www.sfar.org/t/spip.php?rubrique3>
- /// Société française de radiothérapie oncologique, Haute Autorité de Santé, Société française de physique médicale, Institut national du cancer, Autorité de sûreté nucléaire. Guide des procédures de radiothérapie externe 2007. Août 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_685063/
- /// World alliance for patient safety. Implementation manual surgical safety check-list. June 2008.
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf
- /// World Health Organization. Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge 2007.
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

Référence n° 27

- /// Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Décembre 2003.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272305/
- /// Haute Autorité de Santé. Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique. Janvier 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272396/
- /// Haute Autorité de Santé. Test d'évaluation et de catégorisation des déficiences, incapacités et désavantages sociaux. Juillet 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_576395/

/// Haute Autorité de Santé. Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médicosociaux et organisationnels. Mars 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_533480/

Site Internet :

Société française de médecine physique et de réadaptation : <http://www.sofmer.com/>

Référence n° 28

/// Haute Autorité de Santé. Évaluation des pratiques professionnelles :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/

Sigles utilisés

ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
CBU	Contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CCLIN	Comité de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale (établissement public) et conférence médicale d'établissement (PSPH et privé)
CRU ou CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, rééducation et médicotexte
CSP	Code de la santé publique
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ETP	Éducation thérapeutique du patient
GHS	Groupe homogène de séjours
HAD	Hospitalisation à domicile
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
IND	Indicateur
MeaH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MECSS	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé
PEP	Pratique exigible prioritaire
USLD	Unité de soins de longue durée

Index

accréditation (médecins et équipes médicales)	17,32,64,68,82
accueil	44,50
activité à risque majeur (secteurs d')	66
air (qualité de l')	29
antibiotiques	8,36,37
approvisionnements	27,28
atténuation	34,82
bénéfice-risque	44,51
bienveillance	6,42,44,82
bloc opératoire	7,24,50,64,65
bonnes pratiques	17,42,44,55,56,57,60,67,70
compétences	22,33,61,63,66,82
confidentialité	28,42,43,45,62,82
consentement	44,45,46,56,64,82
continuité des soins	49,52,62,67
crise (cellule, gestion, situation de)	35,48
culture (de qualité, d'évaluation)	6,8,17,18,21,60,70
danger	34
déchets	31,82
développement durable	6,14,30,83
dialogue social	20
dignité	28,42,43,44
dispositifs médicaux	26,33,64,65,67
dons d'organes	67
dossier (du patient)	7,8,37,47,49,55,57
douleur	7,8,47,53
droits des patients	6,7,16,42,48
eau (qualité de l')	29
éducation thérapeutique	6,53,55,61
efficience	17,24,59,60,64,69,83
énergie (gestion de l')	30,83
évaluation des pratiques professionnelles	7,8,9,17,44,68,69,70,83
équipement biomédical	39
éthique	15,42,44,48
événements indésirables	7,18,35,83
fin de vie	6,7,48
formation	36,52,54,56,57,58,59,60,66
gestion documentaire	25,84
handicap	48,53
hygiène	15,27,28,30,31,36,43
identification du patient	7,50,84
imagerie	60,66,69
indicateurs	5,8,9,16,21,22,36,37,49,50,57,59,60,64,66,67,70
information	
du patient	45,46
système (d')	13,25,57,65,67,86
infrastructures	26
instances	16,17,20,21,24,31,32,33,40,42
intégration (du personnel)	22
interventionnelle (activité)	64,66
laboratoire	50,59
linge	27
locaux (hygiène des)	30
maintenance	26,29,30,39,60,66
maladies chroniques	53,61,84
maltraitance	6,40,42,84
management	3,6,14,17,22,32,33,35,53,59,84
médecine nucléaire	66
médicament	33,57
orientations stratégiques	13,14,16,17,22,23,25,42
plaintes	7,35,40,42
prescription	37,44,50,55,57,58,59,60,69
projet personnalisé	46,67,85
radiothérapie	66
récupération	34,85
restauration	27
retour d'expérience	35,38,66
réunions de concertation pluridisciplinaire	68,69,85

revue de mortalité-morbidité	35,68,85
risque	
infectieux	7,8,29,31, 36
suicidaire	56
transfusionnel	38
risques (gestion des)	7,14, 33 ,35,64
satisfaction	
personnels (des)	23
usagers (des)	40
patient (du)	21,45
sécurité	
établissement (dans l')	18
biens et personnes (des)	26
soins (des)	4,5,6,7,9,13, 16 ,17,18,19,32, 33 ,35,38,40,50,66
système d'information (du)	25
signalement	18,35,38,40,42,85
soins de suite et de réadaptation	67
sortie (du patient)	8,49, 62
tableaux de bord	6,8, 21 ,86
transport	27, 28 ,49,64
urgence(s)	7,24, 52 ,59,60, 63 ,64,67,69
usagers	3,4,5,6,9,16, 19 ,21,29,35,40,42,45,63
veille réglementaire	33
veille sanitaire	38
vigilances	38 ,86

Lexique

Accréditation des médecins et des équipes médicales : démarche nationale de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux, l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations.

Action corrective : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité. Une action corrective est entreprise pour empêcher l'occurrence. Il convient de distinguer action curative, correction, et action corrective (NF en ISO 9000, 2005).

Action préventive : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle indésirable. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité potentielle. Une action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence, alors qu'une action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition (NF en ISO 9000, octobre 2005).

Amélioration continue : activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences. Le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives (NF en ISO 9000, 2005).

Amélioration de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire les exigences pour la qualité (NF en ISO 9000, 2005).

Assurance de la qualité : partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites (NF en ISO 9000, 2005).

Atténuation : limitation des conséquences négatives d'un événement particulier (ISO/CEI 73, 2002).

Audit : processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits (ISO 9000 : 2000[F]).

Benchmarking ou parangonnage : méthode d'évaluation consistant à comparer ses propres méthodes et résultats à ceux d'autres professionnels exerçant des activités similaires.

Bienveillance : la bienveillance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance (ANESM, 2008).

Compétence : aptitude démontrée à mettre en œuvre des connaissances et savoir faire (NF en ISO 9000, 2005).

Confidentialité : dans un système d'information, propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (NF en ISO 7498-2). Plus couramment, maintien du secret des informations. Les établissements de santé sont tenus de garantir la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Néanmoins, l'application de ce principe ne doit pas être une entrave à la continuité et à la sécurité des soins. Ainsi, les informations à caractère médical sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe qui la prend en charge.

Conformité : accomplissement d'une exigence (NF en ISO 9000, 2005).

Consentement éclairé : accord qu'un malade doit donner au professionnel de santé pour l'autoriser à intervenir sur sa personne.

Déchet : tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon (loi du 15 juillet 1975 – L. 541-1 du Code de l'environnement). L'activité de soins génère des déchets ménagers, des déchets à risque infectieux, à risque chimique ou à risque radioactif.

Démarche palliative : prise en charge des patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif et permettant de délivrer "des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage" (article L110-10 du CSP).

Démarche qualité : ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.

La démarche qualité repose sur différents facteurs :

- /// prise en compte des besoins ;
- /// implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;
- /// réflexion collective sur les ressources nécessaires ;
- /// adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;
- /// mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives.

Développement durable : concept popularisé en 1987, lors de la publication du rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement³. Il fut alors défini comme "un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations à venir de répondre aux leurs".

Le développement durable suppose un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable, tout en reposant sur une nouvelle forme de gouvernance, qui encourage la mobilisation et la participation de tous les acteurs de la société civile au processus de décision.

Document unique : document relatif à l'évaluation des risques pour la santé, la sécurité des professionnels. Ce document doit être mis à jour régulièrement et lors de toute décision importante d'aménagement modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité, ou les conditions de travail (art L236-2), ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque est recueillie.

Le document doit être daté et à disposition des salariés, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents de prévention de la sécurité sociale.

Domage : blessure physique ou atteinte de la santé des personnes, ou atteinte aux biens ou à l'environnement (ISO/CEI 51, 1999).

Écart : différence entre un fait observé et sa référence.

Écoachats (achats écoresponsables) : achats plus respectueux de l'environnement (on parle de produits "écoconçus" et/ou "écolabellisés", exemple : label NF Environnement).

Efficacité : mesure du niveau de réalisation des activités planifiées et l'obtention des résultats escomptés (NF en ISO 9000, 2005).

Efficience : rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées (NF en ISO 9000, 2005).

Effluent : terme générique désignant une eau usée urbaine ou industrielle, et plus généralement tout rejet liquide véhiculant une certaine charge polluante (dissoute, colloïdale ou particulaire). On parle aussi d'effluents gazeux.

Énergie renouvelable : technologies qui permettent de produire de l'électricité ou de la chaleur à partir de sources renouvelables. Une source d'énergie est renouvelable si le fait d'en consommer n'en limite pas sa consommation future du fait de son épuisement ou des dommages impliqués pour l'environnement et la société.

Enquêtes de satisfaction : peuvent être quantitatives, qualitatives. Il s'agit de donner

³ Dite aussi Commission Brundtland. Mme Gro Harlem Brundtland, alors Premier ministre de la Norvège l'a présidée jusqu'en 1996. La commission a publié un rapport qui a promu le principe de développement durable et a servi de base à la convocation de la conférence de Rio en 1992.

Rapport Brundtland, Notre avenir à tous (Our common future).

Ministre de l'Environnement de Norvège, puis premier ministre, Madame Gro Harlem Brundtland a présidé la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement des Nations Unies qui a publié en 1987 le rapport intitulé "Notre avenir à tous". Ce rapport a servi de base à la Conférence de Rio, il définit le terme du développement durable.

la parole au client et de garder trace de ce qu'il dit. Collectés, les avis donnent une image du niveau de satisfaction des clients ; cela permet à l'établissement de choisir les aspects sur lesquels il doit progresser en priorité.

Environnement : milieu dans lequel un organisme fonctionne, incluant l'air, l'eau, la terre, les ressources naturelles, la flore, la faune, les êtres humains et leurs interrelations (ISO 14001, 1996).

Erreur médicamenteuse : écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du malade. Dans le domaine de la santé, l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le malade. Par définition, l'erreur est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique d'un malade.

Évaluation de la satisfaction des patients : donnée qui permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques, de leur prise en charge. La mesure régulière de la satisfaction des patients est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (décret du 14 avril 2005).

Événement indésirable : situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents.

Événement indésirable évitable : événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante.

Événement indésirable grave : tout événement indésirable à l'origine du décès, de la mise en jeu du pronostic vital immédiat, de la prolongation de l'hospitalisation, d'une incapacité ou d'un handicap (directive 2000/38/CE de la Commission européenne du 5 juin 2000, modifiant le chapitre Vbis – pharmacovigilance).

Événement sentinelle : événement indésirable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée.

Événement significatif de radioprotection : "événement ou incident ayant entraîné ou susceptible d'entraîner une exposition individuelle ou collective à des rayonnements ionisants supérieure aux limites prescrites [...] ou, dans le cas d'exposition de patients à des fins médicales, ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner des conséquences pour la santé des personnes exposées." (articles L. 1333-3 et R. 1333-109 du Code de la santé publique).

Fiabilité : probabilité de fonctionnement sans défaillance d'un dispositif dans des

conditions déterminées et pour une période de temps définie.

Gestion documentaire : ensemble de règles générales définissant principalement :

- /// le mode d'élaboration et d'évolution des documents ;
- /// la gestion de référence (documentation source) ;
- /// l'élaboration de critère d'identification et de classification ;
- /// la rédaction de procédure de vérification, de validation, de mise à disposition des documents ;
- /// les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents.

Pour mettre en œuvre la gestion documentaire, il convient d'établir une typologie fonctionnelle, de définir le plan de gestion documentaire et de spécifier le système d'information (NF X50-435, 1995).

Identification des risques : processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les événements, les conséquences et la probabilité (ISO/CEI 73, 2002).

Identification du patient : opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient (GMSIH).

Indicateur : outil de mesure permettant de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à intervalles définis. Les indicateurs doivent être élaborés en relation avec les objectifs d'un projet.

Maintenance : ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un bien dans un état spécifié ou en mesure d'assurer un service déterminé (NF X 60-010).

Maîtrise du risque : actions de mise en œuvre des décisions de management du risque. La maîtrise du risque peut impliquer la surveillance, la réévaluation et la mise en conformité avec les décisions (ISO/CEI 73, 2002).

Maladie chronique : affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 60 % des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète, etc.) sont la toute première cause de mortalité dans le monde.

Maltraitance : "Tout acte ou omission, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou la liberté, etc. ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière" (Conseil de l'Europe, 1987).

Les travaux récents du ministère de la Santé, des fédérations hospitalières et de l'ANESM ont fait apparaître la nécessité de ne pas limiter la lutte contre la maltraitance à la répression d'actes de violence intentionnelle, individuelle et délictuelle.

La réflexion sur la maltraitance doit prendre en compte l'existence d'une maltraitance "ordinaire" (DREES – Ministère de la Santé) ou "passive" (FHF) incluant des négligences quotidiennes.

Management : ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent (NF en ISO 9000, 2005).

Management de la qualité : activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme (NF en ISO 9000, 2005).

Management des risques : activités coordonnées visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque. Le management du risque inclut généralement l'appréciation du risque, le traitement du risque, l'acceptation du risque et la communication relative au risque (ISO/CEI 73, 2002).

Parties prenantes (ou parties intéressées) : ensemble des publics concernés par l'entreprise. Internes ou externes, les parties prenantes regroupent les salariés, les actionnaires, les banques, les pouvoirs publics comme les consommateurs, les fournisseurs, les syndicats, les ONG, les médias et tous les publics auxquels l'entreprise a des comptes à rendre.

Dans une démarche développement durable, il s'agit de les identifier précisément, d'évaluer leurs influences sur la vie économique de l'entreprise, d'évaluer l'influence de l'entreprise sur chacune, de connaître et d'anticiper leurs attentes, de les hiérarchiser puis d'étudier leur intégration.

Personne démunie : personne vulnérable du fait de conditions défavorables pouvant relever de difficultés d'ordre social ou économique. Un dispositif adéquat doit être mis en œuvre pour permettre l'accès effectif de ces personnes à des soins de qualité et de prévention.

Personne de confiance (La) : la réglementation (article L. 1111-6 du CSP) attribue deux rôles à la personne de confiance :

- /// si le malade le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;
- /// elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

La consultation de la personne de confiance est requise pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté :

- /// dans les situations hors fin de vie : pour toute intervention ou investigation ;
- /// dans les situations de fin de vie : pour la limitation ou l'arrêt de traitement.

L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsqu'une personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Pertinence des soins (revue de) : méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.

Plan de reprise : solution pour assurer la continuité en cas de panne.

Prévention : mesure visant à la réduction de la fréquence des risques.

Procédure : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (NF en ISO 9000, 2005).

Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (NF en ISO 9000, 2005).

Produits de santé : dans le cadre du présent manuel, ce sont : les médicaments, les produits sanguins labiles, les substances stupéfiantes ou psychotropes, les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, les organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes, les préparations magistrales, hospitalières, etc.

Projet de soins personnalisés : projet définissant le traitement et les soins adaptés au patient. Ce projet tient compte de l'avis du patient et de son entourage et est établi de manière concertée. Il est réajusté tout au long de la prise en charge.

NB : LE PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS) (mesure 31 du plan cancer) est un document simple et informatif permettant d'exposer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Établi à un moment précis de cette dernière, il est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé. Il permet aussi une prise en charge optimale par un médecin ne connaissant pas la personne malade (quand le médecin traitant est indisponible, par exemple). Il prend la forme d'un document papier où sont indiqués au minimum :

- /// le plan théorique de traitement, c'est-à-dire la proposition thérapeutique acceptée par la personne malade et son organisation dans le temps ;*
- /// les différents bilans prévus ;*
- /// les noms et coordonnées du médecin responsable du traitement et de l'équipe soignante référente joignables par le médecin traitant, la personne malade ou encore ses proches ;*
- /// les coordonnées des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact.*

Protocole : descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer.

Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles) : propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins le plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par la HAS, les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc.

Récupération : la récupération correspond au dépistage et au traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'événement redouté auquel elle aurait pu conduire.

Réseaux de santé : "Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations" (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie. La RCP est organisée par un établissement, un groupe d'établissements ou un réseau de cancérologie, dans le cadre des centres de coordination en

cancérologie (3C). L'évaluation régulière des RCP doit rendre compte d'une amélioration continue de la qualité des soins et du service médical rendu au patient. Ces réunions se développent également dans d'autres spécialités.

Revue de morbidité-mortalité (RMM) : analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Risque : plusieurs définitions peuvent être proposées :

- /// situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ;
- /// tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine.

Schéma directeur du système d'information (SDSI) : acte stratégique destiné à piloter le développement du système d'information. Il fait partie du projet d'établissement et définit une trajectoire d'évolution du système d'information (SI) qui a pour objectif, en partant d'abord des objectifs opérationnels de l'établissement, puis des écarts entre le système d'information existant et le schéma d'urbanisation cible, de définir, d'évaluer et de rendre prioritaires les projets qui contribueront à la réalisation du schéma directeur.

Le SDSI traite notamment des points suivants :

- /// sécurité du système ;
- /// archivage et sauvegarde des données ;
- /// accessibilité et adéquation des informations ;
- /// équipement et renouvellement des équipements ;
- /// maintenance des équipements et des applications ;
- /// formation des personnels ;
- /// évaluation du système d'information et de la satisfaction des utilisateurs (Source : GMSIH).

Secteurs d'activité : unités d'œuvre. Les secteurs d'activité sont définis par l'établissement.

Sécurité : état dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques.

Signalement d'événements indésirables : action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.

Situation de crise : situation mettant en danger des personnes ou une organisation et nécessitant des prises de décisions adaptées dans l'urgence (échelle de crise : incident mineur, incident majeur ou accident grave, événement catastrophique).

Staff-EPP : réunions régulières (tous les 2 à 3 mois environ) entre professionnels

qui, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique (ou vice versa), identifient un (ou des) enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients.

Système d'information : employé dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage. Le système d'information peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation, de mémorisation et de traitement, nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement en relation avec ses activités métier et son environnement. Ces informations sont échangées entre des acteurs. Ces échanges nécessitent une collaboration et une coordination étroite entre l'ensemble des partenaires (Source : GMSIH).

Tableau de bord : un tableau de bord rassemble une sélection d'indicateurs clés renseignant périodiquement, sur plusieurs dimensions, une politique ou un programme. Son objectif est de pouvoir suivre le déploiement ou l'état d'avancement de cette politique ou de ce programme et d'évaluer la pertinence de cette politique ou de l'efficacité de ce programme. Les tableaux de bord ont pour objet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.

Traçabilité : possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.

Vigilance sanitaire : les vigilances sanitaires réglementaires concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, hémato-, matéro-, bio-, cosméto-, réactovigilances), l'assistance médicale à la procréation, le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections associées aux soins et les événements significatifs en radioprotection. Elles ont pour objet la surveillance des événements indésirables par un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement, d'évaluation et d'investigation.

Zone à environnement maîtrisé : zone définie où les sources de biocontamination sont maîtrisées à l'aide de moyens spécifiques.

Remerciements

Comité de pilotage V2010

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Mme Isabelle ALQUIER, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS (jusqu'en décembre 2007).

M. Frédéric BOUSQUET, chef du service indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS (jusqu'en juillet 2008).

M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.

M. le Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS.

M. René CAILLET, directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes.

M. Alain-Michel CERETTI, directeur, Information et développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN), HAS.

M. Philippe CHEVALIER, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM), DAQSS, HAS.

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Mme Isabelle DESSALES, chargée de communication, service communication institutionnelle, DCIP, HAS.

Mme Christine DEVAUD, chef de projet, service documentation - information des publics (DCIP), HAS.

Mme Marie ERBAULT, chef de projet, unité de programmes pilotes (UPP), DAQSS, HAS.

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

M. Jean-Paul GUÉRIN, président de la Commission de certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.

Mme le Dr Michèle HEBERT-DEMARY, chef du service communication institutionnelle, DCIP, HAS.

Mme Muriel JAKUBOWSKI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

M. Raymond LE MOIGN, directeur, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS.

Mme Michèle LENOIR-SALFATI, chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.

Mme Aline MASERAK, cadre infirmier retraitée, ancien membre de la Commission de

certification des établissements de santé, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, Salomé.

Mme Fabienne MENOT, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS.

M. le Dr François MEYER, directeur, direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP), HAS.

M. le Dr Philippe MICHEL, directeur, direction de l'évaluation des stratégies de santé, HAS. (jusqu'en octobre 2007).

M. Yvonnick MORICE, directeur général, centre hospitalier universitaire, Angers.

M. le Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.

M. Jean-Philippe MOUSNIER, sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

M. Loïc RICOUR, directeur, Mission nationale pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS).

Mme le Dr Nathalie RIOLACCI, chef de projet, service des programmes pilotes, DAQSS, HAS.

M. François ROMANEIX, directeur de Haute Autorité de Santé.

Mme Christiane ROSSATTO, directrice, direction de la communication et de l'information des publics (DCIP), HAS.

Mme le Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Mme Yasmine SAMI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

M. Antoine VIGNERON, chef du service systèmes d'information, DAGRI, HAS.

Groupe Projet V2010

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Mme Isabelle ALQUIER, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS.

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS (jusqu'en décembre 2007).

Mme Évelyne BELLIARD, chef du service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS.

M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.

M. le Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, DAQSS, HAS.

Mme Sabine COHEN-HYGOUNENC, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle information sur la certification, DAQSS, HAS.

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
 Mme Muriel JAKUBOWSKI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
 M. Philippe LALY, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS, HAS.
 M. Raymond LE MOIGN, directeur, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS, HAS.
 Mme Michèle LENOIR-SALFATI, chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.
 Mme Fabienne MENOT, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS, HAS.
 M. le Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.
 M. le Dr Roger PESCHAUD, chargé de mission, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
 Mme Magali RINEAU, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle méthodes et outils, DAQSS, HAS (jusqu'en février 2008).
 Mme le Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
 Mme Yasmine SAMI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Membres de la commission de certification des établissements de santé

M. Jean-Paul GUÉRIN, président de la Commission de certification des établissements de santé, HAS.
 M. Christian ANASTASY, directeur général, Compagnie stéphanoise de santé, Saint-Priest-en-Jarez (jusqu'en mars 2009).
 Mme Geneviève BAHEU, cadre supérieur de santé, centre hospitalier, Saumur.
 Mme le Dr Sylvia BENZAKEN, PH, Laboratoire central d'immunologie, hôpital de l'Archet, CHRU, Nice.
 M. le Pr Patrice BEUTTER, médecin en chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire, Tours.
 Mme Marie-Lise BISCAY, pharmacien des hôpitaux, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.
 Mme Catherine BUSSY, cadre de santé, coordinatrice qualité des soins, Institut Gustave-Roussy, Villejuif.
 M. René CAILLET, directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes (jusqu'en mars 2008).
 M. Christian CAODURO, directeur, clinique, des Diaconesses, Strasbourg.
 M. Olivier DEBAY, directeur, clinique du sud, Carcassonne.
 Mme Édith DUFAY, pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville (jusqu'en mars 2008).
 Mme Marie-Françoise DUMAY, chargée de mission qualité-gestion des risques, Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, Paris.
 M. le Pr Patrice FRANÇOIS, médecin en santé publique, chef du département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble (jusqu'en mars 2008).
 M. le Dr Jacques GLIKMAN, PH, psychiatre, centre médicopsychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.
 M. le Dr Jean-Claude GOURHEUX, médecin, médecine physique et réadaptation, Marseille.

Mme le Dr Anne GRUSON, biologiste, chef de service, centre hospitalier, Arras.
 M. Denis FRECHOU, directeur, centre hospitalier Esquirol, St-Maurice.
 M. Pierre HUIN, PSPH, directeur organisation des soins et qualité, groupe hospitalier du Centre-Alsace, Colmar.
 M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
 Mme Anne LAURIN-INIZAN, directeur adjoint, fondation hôpital Saint-Joseph, Paris (jusqu'en février 2009).
 Mme Marie-Claude LEFORT, directeur des soins, coordonnateur général des soins, centre hospitalier universitaire, Angers.
 M. le Pr Pierre LOMBRIL, directeur du Pôle d'information médicale, d'évaluation et de santé publique (PIMESP), hôpital Saint-Jacques, CHU, Nantes.
 M. Bruno LUCET, directeur qualité risques, AP-HP, centre hospitalier universitaire Henri-Mondor, Créteil (jusqu'en septembre 2008).
 Mme Monique MAZARD, directeur des soins, coordonnateur général des services de soins, centre hospitalier universitaire, Nice.
 Mme Aline MASERAK, cadre infirmier retraitée, ancien membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, Salomé (jusqu'en mai 2008).
 M. Yvonnick MORICE, directeur général, centre hospitalier universitaire, Angers.
 M. Jean-Philippe MOUSNIER, sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.
 M. le Dr Jean-Paul ORTIZ, néphrologue, polyclinique Saint-Roch, Cabestany.
 M. Emmanuel RODRIGUEZ, secrétaire confédéral, vice-président du CISS, Confédération syndicale des familles, Paris.
 M. Jean-Daniel SIMON, président du directoire, polyclinique Keraudren, Brest.
 Mme Claude RAMBAUD, présidente, Association Le Lien, Courtabœuf.

Membres du Collège de la HAS

M. le Pr Laurent DEGOS, Président de la Haute Autorité de Santé, HAS, Saint-Denis.
 M. le Pr Gilles BOUVENOT, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 M. Raoul BRIET, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 M. Étienne CANIARD, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 M. le Pr Jean-Michel DUBERNARD, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 M. Jean-Paul GUÉRIN, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 M. le Dr Claude MAFFIOLI, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
 Mme le Pr Lise ROCHAIX, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.

Membres des groupes de travail V2010

M. le Dr Bernard ABRY, anesthésiste-réanimateur, Institut hospitalier Jacques-Cartier, Massy.
 M. le Dr Philippe-Emmanuel ADÈS, anesthésiste-réanimateur, clinique de l'Europe, Rouen.
 Mme Delphine AIGLE, ingénieur, responsable qualité et organisation, centre Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy.
 Mme Laure ALBERTINI, directeur, département des droits du patient et des associations, direction des affaires juridiques, AP-HP, Paris.
 M. le Pr René AMALBERTI, médecin, chargé de mission, sous-directeur, IMASSA, Brétigny-sur-Orge.
 Mme Michelle ANAHORY-ZIRAH, Landwell et associés, Montpellier.

Mme Hélène ANTONINI-CASTERA, directeur adjoint, directrice qualité, hôpital gériatrique Les Magnolias, Longjumeau.
M. Jérôme AUDOUIN-ZUCCOLI, consultant en stratégie de développement durable, Paris.
Mme Marielle AUDOUIN, responsable assurance qualité, membre du Comité pour le développement durable (C2DS), clinique Milan, Paris.
M. Bertrand BAILLEUL, directeur, hôpital Saint-Jean, Gennevilliers.
M. Pierre-Jean BARGNOUX, pharmacien, chef du département biologie, Centre de lutte contre le cancer, Clermont-Ferrand.
Mme Christine BELHOMME, coordination du Comité pour le développement durable (C2DS), La Plaine-Saint-Denis.
Mme Marie-France BERDAT-DELLIER, représentante d'usagers, ORGECO, Montreuil-en-Touraine.
M. Xavier BERNARD, Afnor Compétences – DP2i, Saint-Denis.
Mme Patricia BESSY, ingénieur qualité, centre hospitalier neuro-cardio HCL, Bron.
M. le Dr Jean-Louis BLACHE, médecin, chef de département anesthésie-réanimation, Institut Paoli-Calmette, Marseille.
Mme le Dr Catherine BLACKER-SCHOLLER, Afnor Compétences – DP2i, Saint-Denis.
Mme Marianne BLANC, sage-femme, expert-visiteur, responsable qualité – gestion des risques, CH, Annonay.
M. le Dr Jean-Marie BOBILLO, pédopsychiatre, médecin chef de secteur, centre hospitalier Sainte-Marie, Privas.
M. le Dr Henri BONFAIT, chirurgien – orthopédie – traumatologie, hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, Levallois-Perret.
Mme le Dr Stéphanie BORDES-COUECOU, praticien hospitalier en hygiène hospitalière, CH de la Côte Basque, Bayonne.
Mme Béatrice BORREL, représentante d'usagers, UNAFAM, Paris.
M. le Dr Roland BOUET, psychiatre, CHS Henri-Laborit, Poitiers.
M. Nicolas BRUN, chargé de mission, UNAF, Paris.
M. Jean-Pierre BURNIER, directeur général, centre hospitalier, Gonesse.
Mme le Dr Véronique BUSSY MALGRANGE, médecin, coordinateur antenne régionale du CCLIN-Est, clinique de Champagne, CHU, Reims.
Mme Marie-Catherine CAMP, LA SHAM, Lyon.
M. Philippe CARALP, consultant en management et analyse des risques, Étapes.
Mme Aude CARIA, psychologue, chargée de mission, centre collaborateur OMS, responsable, maison des usagers, CH Sainte-Anne, Paris.
Mme Alice CASAGRANDE, chef de projet, Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale (ANESM), Saint-Denis.
M. Alain CHALOCHE, directeur, Groupement hospitalier de gériatrie, Hospices Civils de Lyon.
M. Jean-Robert CHEVALLIER, directeur général adjoint, centre hospitalier régional, Orléans.
M. Philippe CHOUPIN, directeur général, Nouvelles Cliniques Nantaises, Nantes.
M. le Dr Roger CIAIS, cardiologue, directeur général, clinique des Trois-Luc, Marseille.
Mme Claire COMPAGNON, cabinet C. Compagnon Conseil, Paris.
Mme Laura d'ANCEZUNE, directeur, pôle qualité sanitaire, Groupe Korian, Paris.
Mme Marie-José DARMON, cadre supérieur de santé, hôpital de Nice.
M. le Dr Jean-François de FRÉMONT, néphrologue, médiateur, polyclinique Saint-Côme, Compiègne.

M. Gérard DELAHAYE, centre hospitalier spécialisé Philippe-Pinel, Amiens.
M. Jean DELAUNAY, directeur des soins, centre hospitalier Georges-Daumezon, Fleury-les-Aubrais.
M. Jean-Louis DENIS, PhD, université de Montréal, Québec, Canada.
Mme Armelle DESPLANQUES, chef du service des programmes pilotes, DAQSS, HAS.
Mme Isabelle DESQUERRE, ingénieur biomédical, direction de la qualité et de la gestion des risques, AP-HM, Marseille.
M. le Dr Bernard DEVALOIS, chef de service, unité de soins palliatifs, centre hospitalier, Puteaux.
M. le Dr Daniel d'HÉROUVILLE, Maison médicale Jeanne-Garnier, Paris.
Mme Marie-Christine DUBOULET, directrice adjointe, clinique Turin, Paris.
Mme Édith DUFAY, pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville.
Mme Christine FABRY, directrice des relations avec les usagers, Hospices Civils de Lyon.
Mme le Dr Fadila FARSI, médecin coordonnateur, réseau ONCOR, CRLCC Léon-Bérard, Lyon.
M. Stéphane FRAISSE, directeur adjoint, HAD soins et santé Lyon, Caluire.
M. Gilles GAEBEL, représentant d'usagers, AVIAM.
Mme le Dr Sylvie GARNAUD-TOUQUET, médecin, expert-visiteur, CHR, Orléans.
M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, directeur général, CHRU, Tours.
Mme le Dr Claire GATECEL, anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier, Béziers.
Mme Véronique GHADI, prestataire d'études en santé publique, Paris.
Mme le Pr Martine GILARD, cardiologue, CHU, Brest.
Mme le Dr Catherine GRENIER, médecin, directeur du département qualité indicateurs, FNCLCC, Paris.
M. Franck GUARNIERI, directeur du pôle cyndiniques risques, École nationale des mines Paris, Sophia Antipolis.
M. le Dr Marc GUERRIER, directeur adjoint, Espace éthique, AP-HP, CHU Saint-Louis, Paris.
M. Patrick GUEZ, délégué qualité et risques, centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre.
M. le Dr Benoît GUIMBAUD, médecin, directeur, gestion des sinistres et prévention des risques, LA SHAM, Lyon.
Mme Françoise HAFFEMAYER, directrice coordonnatrice des soins, retraitée, Le Mans.
M. le Dr Joseph HAJJAR, médecin, chef de service hygiène et épidémiologie, centre hospitalier général, Valence.
M. le Dr Jean HALLIGON, médecin angiologue – médecine vasculaire, La Membrolle-sur-Longuenée.
Mme Ismaël JAMIN, gestionnaire de risques, Générale de santé, Paris.
Mme Geneviève JEAN-LOUIS, cadre socio-éducatif, responsable du service social et conseillère technique, EPS de Maison-Blanche, Paris.
M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
Mme Marie-Jeanne KARLE, directeur des soins infirmiers, centre cardiologique du Nord, Saint-Denis.
Mme Annie LABBÉ, représentante d'usagers, présidente, association ARGOS 2001, Paris.
M. Philippe LALY, directeur adjoint en charge des orientations stratégiques et de la

qualité, directeur des soins, association l'Élan Retrouvé, Paris.

Mme Anne LAVERNY, directeur, service économique et logistique, centre hospitalier, Chartres.

Mme Anne-Marie LECOUTURIER, cadre supérieur de santé, CHU de Caen.

M. le Dr Pierre LEFRANC, urgentiste, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.

Mme Sylvie LEGRAIN, chargée de projet, service des programmes pilotes, DAQSS, HAS.

M. Jean-Michel LEMAUFF, représentant d'usagers, Ligue nationale contre le cancer, Vineuil.

M. Bruno LUCET, directeur qualité risques, AP-HP, centre hospitalier universitaire Henri-Mondor, Créteil.

Mme Annick MACREZ, directrice qualité et gestion des risques, groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, Paris.

Mme Zohra MALALI, responsable qualité, hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne.

Mme Sophie MALVAUX, responsable de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation, centre René-Gauducheau, Nantes.

Mme Marie-Paule MASSERON, représentante d'usagers, vice-présidente, FNAMOC, Paris.

Mme le Dr Marie-Christine MOLL, médecin délégué qualité risque, CHU, Angers.

Mme Maud MORARDET, ingénieur qualité gestion des risques, Groupe public de santé Perray-Vaucluse, hôpital Henri-Ey, Paris.

Mme Christel MOURAS, directeur, hôpital local, Mauléon.

M. Jean-Philippe MOUSNIER, sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

Mme Martine NAUD, cadre infirmier, clinique psychiatrique MGEN, Rueil-Malmaison.

Mme Cherifa NIMAL, directrice adjointe des soins, hôpital Ambroise Paré, Marseille.

M. le Dr Jean PETIT, médecin, responsable qualité, CHU de Rouen.

Mme le Dr Marie-Pascale POMEY, université de Montréal, Québec, Canada.

Mme le Dr Christiane PRIVAT, médecin, directeur médical, CMPR LAENNEC, Malakoff.

M. le Dr Jean-François QUARANTA, médecin, président de la coordination des vigilances sanitaires et gestion des risques, hôpital de Cimiez, Nice.

M. le Dr Jean-Luc QUENON, expert en gestion des risques, CCECQA, hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.

Mme Nadine RAFFY-PIHAN, Fédération nationale des médecins radiologues, Paris.

M. Olivier RENAUDEAU, directeur, membre du Comité pour le développement durable (C2DS), clinique de la Reine Blanche, Orléans.

M. le Dr Gilles RIBEIL, médecin, directeur général, clinique Sainte-Anne, Langon.

Mme Isabelle ROBINEAU, responsable qualité, centre hospitalier de Ville-Évrard, Neuilly-sur-Marne.

M. Emmanuel RODRIGUEZ, secrétaire confédéral, vice-président du CISS usagers, Confédération syndicale des familles, Paris.

Mme Séverine ROMAIN, infirmière cadre de santé, hôpital local, Sully-sur-Loire.

Mme le Dr Sylvie ROSENBERG-REINER, pédiatre, hôpital Necker, Paris.

M. Frédéric ROSSBAND, attaché de direction qualité, communication, sécurité, Centre Bouffard-Vercelli, Cerbert.

Mme Martine SENE-BOURGEOIS, représentante d'usagers, cadre de santé retraité, expert-visiteur, Paris.

Mme Michèle SIZORN, présidente, SOS Hépatites Paris-Île-de-France, Paris.

Mme Catherine STAMM, pharmacien, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite.

M. Jean-Jacques STOLTZ, directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur, centre hospitalier, Lourdes.

Mme Catherine TARDY, directeur des soins, hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville,

CHRU, Tours.

M. Daniel TEISSONNIER, directeur, pôle cancérologie région PACA, Générale de santé, centre de radiothérapie de Clairval, Marseille.

Mme Corinne TIBERGHEN-METZGER, directeur adjoint, CMC Les Massues, Lyon.

Mme le Dr Clotilde WATELET, pharmacien, présidente de CME- CLIN, clinique Jeanne-d'Arc, Lunéville.

M. le Dr Marc WEINER, psychiatre, réseau Plénitude, L'Arbresle.

M. Jean WILS, chargé des droits des usagers, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

La Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER).

Les groupes de travail ont été pilotés par :

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service développement de la certification, DAQSS.

M. le Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Muriel JAKUBOWSKI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

M. Philippe LALY, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS.

M. Raymond LE MOIGN, directeur, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

M. le Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS.

Mme le Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Mme Yasmine SAMI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Participants aux groupes de travail V2010 au sein de la HAS :

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS (jusqu'en décembre 2007).

M. le Dr Bruno BALLY, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS.

M. Yann BARREAU, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

M. Alexandre BIOSSE-DUPLAN, Mission relation avec les associations de patients et d'usagers.

Mme Emmanuelle BLONDET, chef de projet, service documentation, DCIP.

M. le Dr Philippe CABARROT, conseiller technique, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS).

Mme Renée CARDOSO, chef de projet, service documentation – information des publics, DCIP.

M. Thierry De LAMBERT, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

M. le Dr Mounir EL MHAMDI, chef de projet, Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme Anne-Sophie GROSSEMY, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.

M. le Dr Pierre LIOT, chef de projet, service qualité de l'information médicale (SQIM).
M. Bruno LUCET, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, pôle méthode et organisation, DAQSS.
Mme Fabienne MENOT, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
M. le Dr Roger PESCHAUD, chargé de mission, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Florence POUVESLE, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Émilie PRIN-LOMBARDO, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.
M. Stéphane THIBAUT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Assistants :

Mme Rébéha BENABOU, secrétaire de direction, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Sylvia DESNOYERS, secrétaire de direction, service développement de la certification, DAQSS.

Treize établissements de santé expérimentateurs du manuel pilote en juin 2008

Centre hospitalier Bichat Claude-Bernard - Paris (75)
Centre hospitalier de Rouffach (68)
Centre hospitalier du Pays d'Apt (84)
Centre hospitalier René Dubos - Pontoise (95)
CHU d'Angers (49)
Clinique Champeau - Béziers (34)
Clinique les Émailleurs - Limoges (87)
Clinique Sainte-Odile - Strasbourg (67)
CRFF Le Brassat - Meaux (77)
Hôpital local de Bort-les-Orgues (19)
Hôpital Saint-Joseph - Paris (75)
Institut Paoli Calmette - Marseille (13)
Maison de repos Plein Soleil - Balaruc-les-Bains (34)

Relecteurs du manuel pilote V2010

M. le Dr Bernard ABRY, anesthésiste-réanimateur, Institut hospitalier Jacques-Cartier, Massy.
M. le Dr Philippe-Emmanuel ADÈS, anesthésiste-réanimateur, clinique de l'Europe, Rouen.
M. Richard AGNETTI, Mission alimentation nutrition, vice-président du CLAN Central de l'AP-HP, département logistique et écologie hospitalière, direction du patrimoine foncier, de la logistique et du logement, AP-HP, Paris.
Mme Delphine AIGLE, ingénieur, responsable qualité et organisation, centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy.
Mme Isabelle ALQUIER, adjointe au chef du service certification des établissements de

santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS.
M. Christian ANASTASY, directeur général, Compagnie stéphanoise de santé, Saint-Priest-en-Jarez.
Mme le Dr Marie-France ANGELINI-TIBERT, coordinatrice régionale d'hémovigilance, DRASS Réunion Mayotte.
Mme Hélène ANTONINI-CASTERA, directeur adjoint, directrice qualité, hôpital gériatrique Les Magnolias, Longjumeau.
Mme Sylvia ARENA CANAULT, responsable qualité, maternité catholique de Provence l'Étoile, Puyricard.
M. le Dr Charles ARICH, PH, unité de réanimation médicale, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, CHU, Nîmes.
M. le Dr François AUBART, service d'orthopédie, centre hospitalier Simone-Veil, Eaubonne.
Mme Christine AUBENEAU, cadre supérieur de santé, direction de la qualité et de l'évaluation, CHU de Poitiers.
M. le Dr Régis AUBRY, responsable du département douleurs soins palliatif et du pôle autonomie handicap, président de la fédération des réseaux de santé de Franche Comté, CHU, Besançon.
M. Bertrand BAILLEUL, directeur, membre du Comité pour le développement durable (C2DS), hôpital Saint-Jean, Gennevilliers.
Mme le Dr Christine BARA, directrice, département qualité des soins et innovation, Institut National du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.
Mme Monique BARDET, responsable qualité, Ingénieur référent qualité et gestion des risques, CH, Moulins-Yzeure.
Mme Catherine BARETTE, cadre supérieur de santé, responsable qualité, HIA Val de Grâce, Paris.
M. Pierre-Jean BARGNOUX, pharmacien, chef du département biologie, Centre de lutte contre le cancer, Clermont-Ferrand.
M. le Dr Jean-Luc BARON, Montpellier.
M. Yann BARREAU, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Marie-France BARREAU, directrice adjointe, centre hospitalier, Niort.
Mme Andrée BARRETEAU, responsable du pôle organisation sanitaire et médicosociale, Fédération Hospitalière de France (FHF), Paris.
Mme Yvette BARRIÈRE, cadre de santé, Clinique Chénieux, Limoges.
M. Remi BATIFOULIE, directeur adjoint, Polyclinique de Navarre, Pau.
Mlle Martine BAUME, cadre supérieur de santé, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.
Mme Élisabeth BEAU, directrice, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), Paris.
Mme Annick BECHET, directrice des soins, centre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu, Lyon.
M. le Pr Bertrand BECQ-GIRAUDON, PU-PH, responsable qualité, direction qualité, CHU, Poitiers.
Mme Évelyne BELLARD, chef de service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Béatrice BELLOT, responsable qualité, centre hospitalier, Lorquin.
Mme Audrey BENINI-VENET, ingénieur qualité, hôpital de Cimiez, Nice.
Mme le Dr Laïla BENMOUSSA, praticien hospitalier, coordinatrice des vigilances et de la gestion des risques, CHU, Limoges.
Mme le Dr Sylvia BENZAKEN, PH, Laboratoire central d'immunologie, hôpital de l'Archet, CHRU, Nice.

M. le Dr Éric BÉRARD, médecin, responsable qualité, centre médical de l'Argentière, L'Arbresle.

Mme Isabelle BERNARDI, qualitiennne, Vandœuvre.

M. le Dr Lucien BERTE, gériatre, centre hospitalier La Meynardie, Saint-Privat-des-Prés.

Mme Helena BEUDAERT-IZEL, assistante-gestionnaire, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme le Dr Michèle BILLING-GRIMA, MCU-PH, directeur, responsable qualité, CHU, Strasbourg.

Mme Véronique BINET-DÉCAMPS, chargée de mission certification, AP-HP, direction de la politique médicale, DAM, Paris.

M. Alexandre BIOSSE-DUPLAN, mission relation avec les associations de patients et d'usagers, HAS, Saint-Denis.

Mme Marie-Lise BISCAY, pharmacien des hôpitaux, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.

Mme Caroline BIZET, responsable qualité, CH Lannion-Trestel, Lannion.

Mme Marianne BLANC, sage-femme, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, responsable qualité gestion des risques, centre hospitalier, Annonay.

Mme Frédérique BLAREL, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

M. Didier BLEED, responsable qualité, centre hospitalier Georges-Mazurelle, EPSM Hôpital-Sud, La Roche-sur-Yon.

M. le Dr Patrice BLONDEL, président, Association française des gestionnaires de risque sanitaires (AFGRIS), hôpital Delafontaine, Saint-Denis.

M. le Dr Jean-Marie BOBILLO, pédopsychiatre, médecin chef de secteur, centre hospitalier Sainte-Marie, Privas.

Mme Nathalie BOCQUILLON, directrice adjointe chargée de la qualité et de l'évaluation des performances, centre hospitalier universitaire, Amiens.

M. le Dr Henri BONFAIT, chirurgien – orthopédie – traumatologie, hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, Levallois-Perret.

Mme Corinne BONNETAUD, assistante qualité, hôpital de jour Baudin, Limoges.

M. Bernard BONNICI, conseiller général des établissements de santé, DHOS, ministère de la Santé et des Sports, Paris.

M. le Dr Éric-Nicolas BORY, odontologiste, épidémiologiste clinicien, président du réseau santé buccodentaire et handicap Rhône-Alpes, codirecteur de l'unité d'épidémiologie clinique handicap dépendance vulnérabilité du RECIF, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, chef du service d'odontologie, centre hospitalier Le Vinettier.

M. le Dr Roland BOUET, psychiatre, CHS Henri Laborit, Poitiers.

M. Joël BOUFFIES, directeur, centre hospitalier Sud-Francilien, Corbeil.

M. Frédéric BOUSQUET, chef du service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS, Saint-Denis (jusqu'en juin 2008).

Mme Martine BOUYSSIÉ, responsable qualité, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, Institut Paoli Calmettes, Marseille.

M. le Dr Patrick BOYER, psychiatre, président de la sous-commission qualité de la CME, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.

M. le Pr Alain BRANCHEREAU, hôpital de la Timone, service de vasculaire, Marseille.

M. le Pr Serge BRIANCON, service d'épidémiologie et évaluation cliniques, directeur de l'École de Santé Publique, hôpital Marin, Nancy.

Mme le Dr Frédérique BRUDON, secrétaire générale, Fédération française de neurologie, clinique du Tonkin, Villeurbanne.

M. Nicolas BRUN, chargé de mission, UNAF, Paris.

M. Damien BRUNEL, responsable qualité, CMRP Orcet, Hauteville-Lompnes.

M. le Dr Jean BRUXELLE, président, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

(SFETD), Paris.

M. Philippe BURNEL, délégué général, Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Paris.

Mme le Dr Véronique BUSSY-MALGRANGE, praticien en hygiène coordinateur, Resclin Champagne-Ardenne, Antenne régionale du CLIN-Est, CHU, Clinique de Champagne, Reims.

M. René CAILLET, directeur général, président du Réseau santé qualité Nord-Pas-de-Calais, CRF L'espoir, Hellemmes.

M. Tony-Marc CAMUS, directeur adjoint, centre hospitalier, Saint-Yrieix-la-Perche.

Mme le Dr Corinne CAPPONI GUILLON, médecin hygiéniste, Syndicat interhospitalier, Brive Tulle Ussel.

M. Philippe CARALP, consultant en management et analyse des risques, Étapes.

Mme Aude CARIA, psychologue, chargée de mission au centre collaborateur OMS, responsable, Maison des usagers, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Mme Dominique CARTRON, présidente, Soleil AFELT (Amis et Familles d'Enfants Atteints de Leucémies ou Tumeurs), Doué-la-Fontaine.

Mme Alice CASAGRANDE, chef de projet, Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale (ANESM), Saint-Denis.

Mme Marie CASTAGNE, responsable qualité, hôpital de jour Baudin, Limoges.

M. Paul CASTEL, président de la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et universitaires, directeur général, Hospices civils, Lyon.

Mme le Dr Anne CASTOT, médecin en santé publique, chef du service de l'évaluation, de la surveillance du risque et de l'information sur le médicament, direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, (AFSSAPS), Saint-Denis.

M. le Dr Maxime CAUTERMAN, médecin en santé publique, responsable des chantiers pilotes, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), Paris.

M. le Dr Gilles CEBE, médecin, DIM, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.

M. Gérard CETTOUR-BARON, directeur, direction des usagers, de la qualité et de la communication, pôle expertise, centre hospitalier régional, Orléans.

M. Alain CHALOCHE, directeur, groupement hospitalier de gériatrie, hospices civils de Lyon.

Mme Christel CHAMBET, responsable qualité, Clinique Saint-Odilon, Moulins.

M. le Pr Alain CHANTEPIE, président, société française de pédiatrie (SFP), CHU, Tours.

M. Michel CHANTEUR, directeur, CMCR des massues, Lyon.

M. le Dr Serge CHARMION, service de médecine interne, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne.

M. Jean-Michel CHARTIER, directeur, clinique des Trois Soleil, Boissise-le-Roi.

Mme Christiane CHEVILLARD, cadre supérieur de santé, déléguée régionale adjointe, Association nationale formation personnel hospitalier (ANFH Île-de-France), Paris.

M. le Dr Roger CIAIS, cardiologue, directeur général, clinique des Trois Luc, Marseille.

Mme Sabine COHEN-HYGOUNENC, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle information sur la certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme Geneviève COL, coordinateur qualité, centre hospitalier universitaire, Limoges.

M. le Pr Cyrille COLIN, pôle information médicale, évaluation recherche, Hospices civils de Lyon, CÉPPRAL, Lyon.

M. le Pr Philippe COLOMBAT, président, GRASSPHO, service d'hématologie et de thérapie cellulaire, CHRU Hôpital Bretonneau, Tours.

Mme Sylvie COMBE, cadre soignant, responsable assurance qualité, clinique La Présentation, Fleury-les-Aubrais.

M. Joël CONVERT, cadre infirmier, centre psychothérapeutique de l'Ain, Bourg-en-Bresse.

Mme Françoise COSANI, responsable qualité, groupe hospitalier Les Cheminots, Draveil.

M. le Dr Hervé CREUSVAUX, responsable du pôle sécurité qualité, Agence de la biomé-

decine, Saint-Denis.
M. Christophe CROUZEVALLE, responsable qualité, SSR La Chênaie, Verneuil-sur-Vienne.
M. David CUZIN, directeur adjoint chargé de la qualité et de la gestion des risques, centre hospitalier, La Rochelle.
Mme Émilie DAIMANT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Marie-José d'ALCHÉ-GAUTIER, présidente de l'Association régionale Réseau Bas-normand santé qualité, responsable du DIM, CHU, Caen.
Mme Marie-José DARMON, cadre supérieur de santé, hôpital de Nice.
Mme Annick DARRIEUMERLOU, responsable qualité, CMC Ambroise-Paré et Pierre-Cherest, Neuilly-sur-Seine.
M. le Dr Valentin DAUCOURT, médecin de santé publique, membre du RéQUA, Besançon.
M. le Dr Jean-François de FRÉMONT, néphrologue, médiateur, polyclinique Saint-Côme, Compiègne.
M. Ludovic de GAILLANDE, technicien supérieur hospitalier, branche qualité-accreditation, hôpital local, Sartène.
M. Olivier DEBAY, Directeur général, clinique du sud, Carcassonne.
M. Jacques DEFER, directeur adjoint, expert-visitateur coordonnateur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre hospitalier de Rouffach.
Mme Annie DEFOSSE, cadre soignant retraitée, Romans-sur-Isère.
M. Gérard DELAHAYE, directeur, centre hospitalier Philippe-Pinel, Amiens.
M. Thierry De LAMBERT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visitateurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Dr Christian DELAUNAY, médecin spécialisé, clinique de l'Yvette, Longjumeau.
Mme Claire DELON, directrice, direction de l'organisation, qualité prévention des risques, hôpital de l'Institut Curie, Paris.
M. Antoine de RICCARDIS, directeur général, centre hospitalier Charles-Perrens, Bordeaux.
Mme le Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, conseiller général des établissements de santé, responsable de la coordination des missions d'appui et de conseil, DHOS, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
M. le Dr Jacques DESBAUMES, médecin spécialisé, responsable qualité, centre Léon-Bérard, Lyon.
Mme Chantal DESCHAMPS, médiateur en santé, membre de la commission nationale d'agrément des associations d'usagers de la santé, membre du CISS (AFVS), membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Paris.
M. le Pr Alain DESTÉE, président de la Conférence des présidents de CME de CHU, centre hospitalier universitaire, Lille.
Mme le Dr Armelle DEVELAY, pharmacien des hôpitaux, conseiller de la section H de l'Ordre des pharmaciens, président d'honneur du Synpreff, CHU, Nîmes.
Mme Aude-Emmanuelle DEVELAY, chef de projet, service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. Jean-Pierre DEYMIER, directeur, clinique Pasteur, Toulouse.
M. le Dr Daniel d'HÉROUVILLE, maison médicale Jeanne-Garnier, Paris.
Mme Isabelle DORLÉANS, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visitateurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Pr Étienne DORVAL, président, Évaluation et accréditation des hépatogastroentérologues (EA-HGE), CHU Trousseau, Tours.
Mme Christiane DOSSEH, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Claudine DROUIN, cadre soignant, directrice des soins qualité, Groupe Médipsy – Générale de santé, Rennes.

M. le Dr Michel DRU, président, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPH@R), Hôpital Henri Mondor, Créteil Cedex.
M. Fabrice DUBOST, consultant, direction technique Rhône-Alpes, SOGETI, Villeurbanne.
M. Hugues DUFEY, directeur, Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), Paris.
Mme Marie-Françoise DUMAY, présidente, Société française de gestion des risques en établissements de santé (SoFGRES), chargée de mission qualité-gestion des risques, Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, Paris.
Mme Claire DUPONT, responsable qualité, AURA Paris, Paris.
Mme le Pr Isabelle DURAND-ZALESKI, responsable de l'unité évaluation-études, directeur scientifique à l'Institut d'étude des politiques de santé, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
M. le Pr Alain DUROCHER, anesthésiste-réanimateur, service d'urgence respiratoire, réanimation médicale et médecine hyperbare, hôpital Calmette, CHRU, Lille.
Mme Martine DUTOIT, représentant d'usagers, Advocacy, Paris.
Mme le Dr Fabienne EMPEREUR, praticien hospitalier, responsable de l'unité évaluation, service épidémiologie et évaluation cliniques, EVALOR, hôpital Marin, Nancy.
M. Claude ETHUIN, représentant des usagers, président de l'association Nord-Mentalités, membre de la conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, Tourcoing.
Mme Christine FABRY, directrice des relations avec les usagers, hospices civils, Lyon.
M. le Pr Jean-Yves FAGON, directeur de la politique médicale, AP-HP, Paris.
Mme le Dr Fadila FARSI, médecin coordonnateur, réseau ONCOR, CRLCC Léon-Bérard, Lyon.
Mme Élodie FAURE, qualicienne, centre hospitalier Les genêts d'or, Évaux-les-Bains.
Mme Christine FEISTHAMMEL, directrice des soins, maternité catholique de Provence l'Étoile, Puyricard.
M. le Dr Francis FELLINGER, cardiologue, président de la conférence des présidents de CME de CH, commission médicale d'établissement, centre hospitalier, Haguenau.
Mme Claude FINKELSTEIN, présidente, fédération nationale des associations de patients en psychiatrie (FNAP-Psy), Paris.
M. Pascal FORCIOLI, directeur, agence régionale d'hospitalisation de Picardie, Amiens.
Mme Gabriele-Hélène FRADIN, Groupement des retraités éducateurs sans frontières (GREF), administrateur du Cofrade, Paris.
M. Vincent FRANCHI, chargé d'études, Autorité de Sûreté Nucléaire, Paris.
M. le Pr Patrice FRANÇOIS, médecin en santé publique, chef du département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble.
Mme le Dr Marie-France FRUTOSO, présidente de CME, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.
M. le Dr Pierre GABACH, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département hospitalisation, caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, Paris.
M. Gilles GAEBEL, représentant d'usagers, AVIAM.
M. le Pr Rémi GAGNAYRE, professeur en sciences de l'éducation, laboratoire de pédagogie de la santé, UFR SMBH Léonard-de-Vinci, Université Paris-13 XIII, Villetaneuse.
Mme Christine GARDEL, conseiller technique indicateurs et mesures d'impact des programmes, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Pr Laurent GERBAUD, service de santé publique, membre du GREQUAU (Groupe régional pour la qualité en Auvergne), Hôtel-Dieu, CHU, Clermont-Ferrand.
M. Christophe GHIO, directeur, centre hospitalier Henri-Mondor, Aurillac.
Mme Monique GIBERT, directeur des soins, directeur des ressources humaines, responsable qualité, maison de santé, Épinay.
Mme Doris GILLIG, directrice de la qualité et de la gestion des risques, centre hospitalier, Mulhouse.

M. Patrice GIRAUD, responsable assurance qualité, ALURAD, Limoges.
Mme le Dr Alexandra GIRAUD, GREQUAU Auvergne, CMRE Auvergne, service de santé publique, Hôtel-Dieu, CHU, Clermont-Ferrand.
Mme Bernadette GIROL, qualitiennne, centre hospitalier Esquirol, Limoges.
M. le Dr Jacques GLIKMAN, PH, psychiatre, centre médicopsychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.
M. Jean-Luc GODET, directeur, direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de Sûreté Nucléaire, Paris.
Mme Fanny GONCALVES, responsable qualité, centre hospitalier gériatrique, Cornil.
Mme Laurence GRASMAGNAC, CSI, clinique du Colombier, Limoges.
M. Marcel GRAZIANI, président, Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Limousin, Limoges.
Mme Cécile GRELOU, technicienne qualité, centre hospitalier, Tulle.
Mme le Dr Catherine GRENIER, directeur, département qualité – indicateurs, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Paris.
Mme le Dr Anne GRUSON, biologiste, chef de service, centre hospitalier, Arras.
Mme Claude GUELDRY, directrice, bureau de l'assurance qualité et de l'information médicoéconomique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP), Paris.
M. le Dr Jean-Pierre GUÉRAUD, chirurgien, CTRRF et clinique Saint-Pierre, Perpignan.
Mme Geneviève GUÉRIN, directrice des soins, CLCC Nantes atlantique, Saint-Herblain.
M. le Dr Marc GUERRIER, directeur adjoint, Espace éthique, AP-HP, CHU Saint-Louis, Paris.
M. Patrick GUEZ, délégué qualité et risques, centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre.
Mme Gwenn GUICHAOUA, médecin spécialisé, responsable qualité, centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodio, Pontchâteau.
M. le Pr Henri GUIDICELLI, Montesquieu-des-Albères.
Mme Béatrice GUILLOU, responsable qualité, centre hospitalier du Pays d'Eygurande, Monestier-Merlines.
Mme Françoise HAFFEMAYER, directrice coordonnatrice des soins, retraitée, Le Mans.
M. le Dr Joseph HAJJAR, médecin, chef de service hygiène et épidémiologie, président, Société française d'hygiène hospitalière (SFHH), centre hospitalier général, Valence.
M. le Dr Jean HALLIGON, président, conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP), Polyclinique de l'Espérance, Angers.
M. Joseph HALOS, directeur, EPSM Lille-Métropole, Armentières.
Mme Lallia HAMMADI, responsable qualité et gestion des risques, centre médical des sept collines, Saint-Étienne.
Mme Frédérique HANIQUAUT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Catherine HARDY, directrice des soins, vice-présidente de la Commission de la qualité et sécurité des soins, CH de Pontoise.
M. le Dr Éric HERGON, directeur de la qualité et des affaires réglementaires, Établissement Français du Sang (EFS), La Plaine-Saint-Denis.
M. Alain HERGOTT, directeur, hôpital local intercommunal, Soultz-Issenheim.
Mme le Dr Chantal HOULBERT, biologiste médicale, CHIC Alençon Mamers, Alençon.
M. Pierre HUIN, PSPH, directeur organisation des soins et qualité, groupe hospitalier privé du Centre-Alsace, Colmar.
Mme Monique HULIN, cadre supérieur de santé, hôpital Édouard-Herriot, Hospices civils de Lyon, Lyon.
Mme le Dr Béatrice JANVOIE-OUILLET, pneumologue, centre hospitalier, Blois.
Mme Marie-Claude JARS-GUINCESTRE, AP-HP, Direction de la politique médicale, Paris.

Mme Geneviève JEAN-LOUIS, cadre socio-éducatif, responsable du service social et conseillère technique, EPS de Maison-Blanche, Paris.
M. Philippe JEANNE, directeur, clinique MGEN, Établissement de soins spécialisés, Rueil-Malmaison.
Mme le Dr Laure JONCA, médecin DIM, médecin chargé des affaires médicales, coordonnateur des vigilances, hôpital Joseph-Ducuing, Toulouse.
Mme Audrey JONCOUR, chargée de projet, bureau de l'assurance qualité et de l'information médicoéconomique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP), Paris.
M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
Mme Joëlle JOUNEAU, pharmacien, responsable du département qualité, hygiène et gestion des risques, Institut Bergonie, Bordeaux.
M. le Dr Patrick JOURDAIN, président de la Commission en charge de la qualité et de la sécurité des soins, CH de Pontoise, Pontoise.
M. le Dr Jacques JOURDAN, PU-PH spécialisé en médecine interne, chef de service, responsable de pôle, groupe hospitalo-universitaire Carêmeau, Nîmes.
M. le Dr Mikhaël KASSAB, chirurgien vasculaire, président de CME, médecin habilité HAS EPP, polyclinique de Poitiers.
Mme le Dr Irène KAHN-BENSAUDE, présidente de la section santé publique et démographie médicale, Ordre national des médecins, Paris.
Mme Chantal KLEIN, cadre de santé, polyclinique de l'Atlantique, Saint-Herblain.
Mme Valérie KOZYREFF-VALLIN, Pompignac.
M. Jean-Pierre LACROIX, président, Collectif interassociatif sur la santé Languedoc-Roussillon (CISS Languedoc-Roussillon), Nîmes.
Mme Marie-Alexandrine LAGARDE, responsable qualité, Centre rééducation réadaptation fonctionnelle André-Lalande, Noth.
Mme Corinne LAHORGUE POULOT, ingénieur qualité, association AURA Auvergne (association régionale d'hémodialyse à domicile), Chamalières.
Mme Laurence LAINE, directeur des ressources humaines, clinique du Colombier, Limoges.
M. Philippe LAMOUREUX, directeur général, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
Mme le Dr Monique LATHÉLIZE, praticien hospitalier, membre du GIP-REQUASS, CHU, Limoges.
M. Jean-Claude LAURENS, chargé de mission, coordonnateur certification, direction qualité, centre hospitalier de Toulouse, Hôtel-Dieu, Toulouse.
M. le Dr Guillaume LAURENT, directeur du système d'information, CHR, Orléans.
Mme Virginie LAVEAUX, qualitiennne, centre hospitalier, Saint-Yrieix-la-Perche.
M. le Pr Maurice LAVILLE, néphrologue, président, Association des sociétés et syndicats de néphrologues (A2SN), service de néphrologie, hôpital Édouard-Herriot, Université Claude Bernard, Lyon.
M. Marc LE CHARTIER, directeur adjoint, centre hospitalier Valvert, Marseille.
Mme Béatrice LE COZ, assistante qualité, SSR La Chênaie, Verneuil-sur-Vienne.
M. Fabrice LE FLOCH, responsable qualité, qualitienn, CH Henri-Mondor, Aurillac.
Mme Gaëlle LE GALLAIS, responsable qualité, Centre de lutte contre le cancer René-Huguenin, Saint-Cloud.
Mme Dr Corinne LE GOASTER, médecin épidémiologiste, cellule de coordination des alertes, Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice.
Mme le Dr Catherine LE GOUHIR, PH, département d'information médicale, Centre René-Gauducheau, Nantes.
M. Francis LE JEUNE, cadre supérieur de santé, responsable qualité, mission qualité accréditation, centre hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence.

M. Alain LE HENAFF, responsable administratif, Centre René-Gauducheau, Nantes.
M. Gilbert LE PICHON, directeur, CSI Logis des Francs, Cherveux.
M. le Dr Hervé LECLET, Conseil professionnel de la radiologie, Institut Calot, Berck.
M. le Dr Jean-Alain LEFOLL, psychiatre, chef de service, président de PME, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes.
Mme Marie-Claude LEFORT, directeur des soins, coordonnateur général, centre hospitalier universitaire, Angers.
M. le Dr Pierre LEFRANC, urgentiste, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.
M. le Dr Michel LEGMANN, président, Ordre national des médecins, Paris.
Mme Dominique LEYGNAC, vice-président, Association nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (ANGT/ANMJPM), Montpellier.
M. Dominique LIBAULT, directeur, direction de la Sécurité sociale, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
M. le Dr Pierre LIOT, chef de projet, service qualité de l'information médicale, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Hélène LOGEROT, conseiller médical, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.
M. le Dr Jean-François LORIFERNE, anesthésiste-réanimateur, expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, hôpital Saint-Camille, centre hospitalier, Bry-sur-Marne.
M. André LOTH, chef de la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), ministère de la Santé et des Sports, Paris.
M. Gérard MACHET, pharmacien hospitalier, AP-HP, hôpital Villemin Paul-Doumer, groupe hospitalier universitaire nord, Liancourt.
Mme Annick MACREZ, vice-présidente de l'Association française des gestionnaires de risque sanitaires (AFGRIS), directeur de la qualité, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Mme Isabelle MAHÉGALISSON, coordinatrice qualité, bureau du développement de systèmes qualité DQRD, réseau qualité en santé 44, CHU de Nantes-PIMESP, Nantes.
M. Antoine MAHIEUX, responsable administratif, centre psychothérapique de Vion, Saint-Clair-de-la-Tour.
Mme Sophie MALVAUX, responsable de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation, centre René-Gauducheau, Nantes.
Mme Isabelle MANZI, bureau droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des sports, Paris.
M. Robert MARMOCCHI, expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, ancien directeur d'établissement, retraité, Ollières.
M. Bruno MARS, adjoint Bureau SD1A, direction de la Sécurité sociale, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
M. Michel MARTIN, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département hospitalisation, caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Paris.
M. Yannick MARTIN, consultant en sécurité sanitaire, membre du comité scientifique du LIEN, Paris.
M. le Dr Michel MARTY, directeur, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de l'hospitalisation, caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, Paris.
Mme Aline MASERAK, cadre infirmier retraitée, ancien membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, Salomé.
Mme Isabelle MAURAS, chef de projet, service certification des établissements de santé,

pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI, bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des sports, Paris.
Mme Évelyne MELANI, cadre supérieur, responsable qualité, expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre Antoine-Lacassagne, Nice.
Mme Aline MERCIER, directrice, expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, hôpital local, Amplepuis.
M. le Dr Philippe MICHEL, directeur médical, CCECQA, hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.
Mme le Dr Jeanne MIHURA, médecin oncologue, Institut Claudius-Régaud, Toulouse.
Mme Emmanuelle MINASSOFF, pharmacien, membre de la cellule qualité et gestion des risques, MGEN Soins spécialisés et court séjour, Rueil-Malmaison.
M. le Pr Jean-Claude MOISDON, École des mines, Paris.
Mme Anne MONTARON, directeur des soins, centre médical de Forcilles, Férolles-Attilly.
Mme Maud MORARDET, ingénieur qualité gestion des risques, chargée du suivi du projet d'établissement, groupe public de santé Perray-Vaucluse, hôpital Henri-Ey, Paris.
Mme Élisabeth MOREAU, cadre de santé, responsable qualité gestion des risques, expert-visitateur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre hospitalier Saint-Cyr, Villeneuve-sur-Lot.
M. Marc MOREL, directeur, Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Paris.
Mme le Dr Leïla MORET, service PIMESP, CHU, Nantes.
Mme Annick MOULSMA, chef de service, pôle Pharmadim, centre hospitalier de Saint-Cyr, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.
Mme Sabine MOUNEY, coordinatrice qualité, clinique du Colombier, Limoges.
M. Gilbert MOUNIER-SHAHMORADI, responsable qualité, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
M. Hervé NABARETTE, chef du service qualité de l'information médicale, HAS, Saint-Denis.
M. le Dr Patrick NACHIN, directeur, RéQua, Besançon.
M. le Dr Claude NAUDIN, médecin spécialisé, centre médical de Bligny, Briis-sous-Forges.
Mme Carmen NAVARRO, responsable qualité, centre hospitalier de Pontoise.
M. René NETHING, directeur, responsable du pôle certifications contractualisations, Établissement public de santé Alsace-nord, Brumath.
Mme Cherifa NIMAL, directrice adjointe des soins, hôpital Ambroise-Paré, Marseille.
M. François NOCTON, président, association OLIVIER+, Aide aux enfants malades et à leur famille, centre de rencontre de Brichebay, Senlis.
Mme Sophie OLLIVIER, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visitateurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Dr Jacques ORVAIN, enseignant, École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes.
Mme Caroline PANSA, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle méthode et organisation, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Dr Patrice PAPIN, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Françoise PAPO, directrice, réseau santé qualité Nord-Pas-de-Calais, Loos.
Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet, service de maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Dr Jean PARROT, président, Conseil national de l'ordre des pharmaciens, Paris.
Mme le Dr Nicole PERIER, chargée de mission évaluation des pratiques profession-

nelles, coordination qualité et certification, direction de la politique médicale, AP-HP, Paris.

Mme Sylvie PERON-MOUKALOU, psychiatre, responsable de pôle, centre hospitalier Henri-Laborit Hôpital de jour, CECAT, Poitiers.

Mme le Dr Agnès PERRIN, coordination des vigilances et prévention des risques liés aux soins, SGRIVI, hôpital Calmette, CHRU, Lille.

Mme Nathalie PEYROT, assistante qualité, clinique Chénieux, Limoges.

Mme Annie PODEUR, directrice, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des Sports, Paris.

M. Ronald PONTEFRAC, directeur chargé des activités de la qualité et de la sécurité, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, CHU d'Angers, Angers.

M. Pierre PORTIGLIATTI, directeur, clinique le Méditerranée, La Roque-d'Anthéron.

Mme Frédérique POTHIER, chef du service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme Nadine POTIER, DSI, clinique du Colombier, Limoges.

M. Pierre-Jean POULIN, qualiticien, centre hospitalier Esquirol, Limoges.

Mme Catherine POUYET, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme Emmanuelle PRADA BORDENAVE, directrice générale, Agence de la Biomédecine, Saint-Denis-la-Plaine.

Mlle Émilie PRIN-LOMBARDO, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

M. le Pr Jean-Pierre PRUVO, secrétaire général, Société française de radiologie, Paris.

M. Olivier PUJO, Président, Association des parents et amis d'enfants soignés à l'institut Curie (APAESIC), Paris.

M. le Dr Jean-François QUARANTA, médecin, président de la coordination des vigilances sanitaires et gestion des risques, Hôpital de Cimiez, Nice.

Mme Claude RAMBAUD, présidente, association Le Lien, Courtabœuf.

M. le Dr Pierre RANCE, médecin psychiatre, clinique Mon Repos, Marseille.

M. le Dr Thierry RAVEL, pneumologue, médecin coordonnateur, responsable qualité, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre médical Rhône-Azur, Briançon.

M. Jean-Paul Georges RAY, directeur général adjoint, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre médical de l'Argentière, Aveize.

M. le Dr Jean-François REY, président, Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE), Paris.

M. le Dr Gilles RIBEIL, médecin, directeur général, clinique Sainte-Anne, Langon.

M. Loïc RICOUR, directeur, Mission nationale pour le développement de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS), HAS, Saint-Denis.

Mme Annie RIGAUT, directrice, GIP-REQUASS, Limoges.

Mme Isabelle ROBINEAU, adjointe de direction à la qualité et affaires stratégiques, L'Élan Retrouvé, Paris.

M. Emmanuel RODRIGUEZ, secrétaire confédéral, vice-président du CISS usagers, Confédération syndicale des familles, Paris.

Mme Séverine ROMAIN, infirmière cadre de santé, hôpital local, Sully-sur-Loire.

Mme le Dr Sylvie ROSENBERG-REINER, pédiatre, hôpital Necker, Paris.

M. Frédéric ROSSBAND, attaché de direction qualité, communication, sécurité, centre Bouffard-Vercelli, Cerbert.

Mme Carole ROUSSE-LUSSAC, cadre supérieur de santé, Brens.

Mme Anne SANANIKONE, responsable qualité, CH MANHES, Fleury-Mérogis.

M. le Dr Frédéric SANGUIGNOL, médecin directeur, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, clinique du Château de Vernhes, Bondigoux.

M. Thomas SANNIÉ, représentant d'usagers, Association française des hémophiles, Paris.

M. Christian SAOUT, président, Collectif interassociatif sur la santé (CISS), Paris.

Mme Marie-Claude SAUX, présidente, Société française de pharmacie clinique, Groupe hospitalier sud, Pessac.

Mme Marylène SCHIMMENTI, kinésithérapeute, responsable qualité, clinique médicale du Mas de Rochet, Castelnaud-le-Lez.

Mme Béatrice SCHMITT, directeur des ressources humaines, clinique Chénieux, Limoges.

M. le Dr Christophe SCHMITT, PH, pédopsychiatre, président de la CME, responsable du pôle Information médicale, Président du CLIN, centre hospitalier de Jury-lès-Metz, Metz.

M. Hervé SEGALIN, président, Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Île-de-France, Bobigny.

M. le Dr Christophe SEGOUIN, chef de service, service de santé publique et économie de la santé, AP-HP, groupe hospitalier Lariboisière – Fernand-Widal, Paris.

Mme Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, cadre de santé retraitée, représentante d'usagers, Collectif interassociatif sur la santé (CISS), expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, Paris.

Mme Andrée SFEIR, déléguée générale, ÉVEIL Association, Croissy-sur-Seine.

M. le Dr Christian SICOT, secrétaire général, Le Sou Médical, Groupe MACSF, La Défense.

M. Grégory SIERADZKI, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Mme Michèle SIZORN, présidente, SOS Hépatites Paris-Île-de-France, Paris.

Mme le Dr Nicole SMOLSKI, vice-présidente, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPH@R), hôpital de la Croix-Rousse, Lyon.

Mme le Pr Annick STEIB, présidente, Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR), Paris.

M. Jean-Jacques STOLTZ, directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre hospitalier, Lourdes.

M. Jean-Claude STUTZ, coordonnateur du réseau de prélèvement de Haute-Alsace, CSS, CH de Mulhouse, Mulhouse Cedex.

Mme le Dr Catherine TAINURIER, président de CME, chef de service de médecine nucléaire, président de CME, hôpital Foch, Suresnes.

M. Majid TALLA, bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des sports, Paris.

Mme Sophie TARDIEU, pharmacien en santé publique, cellule d'évaluation médicale, Assistance publique hôpitaux de Marseille, Marseille.

Mme Valérie TARNAUD, responsable administratif, clinique du Colombier, Limoges.

M. Stéphane THIBAULT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

M. Emmanuel THOMAS, ingénieur qualité-gestion des risques, centre hospitalier Alphonse-Guérin, Ploërmel.

Mme Corinne TIBERGHEN METZGER, directeur adjoint, CMCR Les Massues, Lyon.

M. Olivier TOMA, directeur, président du Comité pour le développement durable (C2DS), Clinique Champeau, Béziers.

M. Nicolas TOUCHON, responsable qualité, CRRF La Châtaigneraie, Menucourt.

Mme le Dr Bénédicte TOULOUSE, coordinatrice du CEPPRAL, Hospices civils de Lyon, Lyon.

Mme le Dr Sandrine TOUZET, PH en santé publique, responsable, unité d'étude des pratiques professionnelles, pôle Information médicale évaluation recherche, Hospices Civils, CEPPRAL, Lyon.

M. Loïc TURBEL, responsable organisation et méthodes, clinique Saint-Yves, Rennes.
 M. le Pr Guy VALLANCIEN, Institut Montsouris, Paris.
 M. le Dr Patrice VAN AMERONGEN, UNAFAM, Paris.
 M. Frédéric VAN ROEKEGHEN, directeur général, Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, Paris.
 Mme Stéphanie VAZILLE, ingénieur qualité et gestionnaire des risques, centre hospitalier Pierre-Nouveau, Cannes.
 Mme Catherine VERGELY, présidente, Association ISIS, Villejuif Cedex.
 Mme Christine VERMEL, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle méthode et organisation, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
 Mme le Dr Gwenaëlle VIDAL-TRÉCAN, Présidente de la Commission Centrale Qualité et Sécurité des Soins, AP-HP, Paris.
 Mme Nathalie VIDAL, responsable qualité, clinique du Colombier, Limoges.
 M. Romain VIGNOLI, directeur, Association pour le traitement de l'insuffisance rénale (ATIR), Avignon.
 M. le Dr Jean-Marc VILLATTE, médecin coordonnateur qualité, clinique du Grand Pré, Durtol.
 Mme Barbara WALTER, présidente, Conseil français des associations pour les droits de l'enfant (COFRADE), Paris.
 Mme le Dr Clotilde WATELET, pharmacien, présidente de CME – CLIN, clinique Jeanne d'Arc, Lunéville.
 M. le Dr Patrick WERNER, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
 M. Jean WILS, chargé des droits des usagers, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.
 Mme Françoise WOLF, directrice des soins, centre hospitalier universitaire, Limoges.
 M. le Dr Sébastien WOYNAR, conseiller médical, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), Paris.

Établissements de santé relecteurs du manuel

Clinique de Verdaich – Gaillac-Toulza (31)
 Clinique de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle Les Grands Chênes - Bordeaux (33)
 Centre hospitalier de Béziers (34)
 Centre Maguelone – Castelnau-le-Lez (34)
 Centre Psychothérapique Saint-Martin-de-Vignogoul – Pignan (34)
 Centre de soins spécialisé Lanuéjols – Mende (48)
 Centre hospitalier de Saint-Dizier (52)
 Clinique Notre-Dame-de-Pritz – Changé (53)
 Centre psychothérapique de Nancy (54)
 ALPHA Santé – Hayange (57)
 Hôpitaux privés de Metz (57)
 Centre hospitalier du Quesnoy (59)
 Centre hospitalier de Denain (59)
 Clinique Saint-Sauveur – Mulhouse (68)
 Clinique Médicale de Champvert – Lyon (69)
 Clinique Saint-Vincent de Paul – Lyon (69)
 Infirmerie Protestante de Lyon – Caluire (69)
 Centre hospitalier de La Savoie – Chambéry (73)
 ADAPT CMRP Les Baumes – Valence (26)

Association Audoise Sociale et Médicale pour personnes âgées – Limoux (11)
 Centre cardio-vasculaire Valmante – Marseille (13)
 Centre de postcure mentale ARGIA – Cambou-les-Bains (64)
 Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle André-Lalande – Noth (23)
 Centre hospitalier Alphonse-Guérin – Ploërmel (56)
 Centre hospitalier Bichat Claude-Bernard – Paris (75)
 Centre hospitalier Charles-Perrens – Bordeaux (33)
 Centre hospitalier de Compiègne (60)
 Centre hospitalier de La Rochelle (17)
 Centre hospitalier de Niort (79)
 Centre hospitalier de Poitiers (86)
 Centre hospitalier de Rouffach (68)
 Centre hospitalier de Saint-Junien (87)
 Centre hospitalier de Tulle (19)
 Centre hospitalier départemental Les Oudairies – La Roche-sur-Yon (85)
 Centre hospitalier des Pyrénées – Pau (64)
 Centre hospitalier du Mans (72)
 Centre hospitalier du Pays d'Apt (84)
 Centre hospitalier Émile Roux – Le Puy-en-Velay (43)
 Centre hospitalier Esquirol – Limoges (87)
 Centre Hospitalier Intercommunal Châtillon-Montbard – Montbard (21)
 Centre hospitalier Intercommunal de Cornouaille – Quimper (29)
 Centre hospitalier régional d'Orléans – Orléans (45)
 Centre hospitalier René Dubos – Pontoise (95)
 Centre hospitalier Valvert – Marseille (13)
 Centre médical MGEN Action sanitaire et sociale Pierre-Chevalier – Hyères (83)
 Centre psychothérapique de Nancy – Laxou (54)
 Centre René Gauducheau – Nantes (44)
 Centre hospitalier d'Ardèche méridionale – Aubenas (07)
 Centre hospitalier régional d'Orléans (45)
 Centre hospitalier universitaire d'Angers (49)
 Centre hospitalier universitaire de Nice (06)
 Centre hospitalier universitaire de Reims (51)
 Clinique Champeau – Béziers (34)
 Clinique de l'Espérance – Rennes (35)
 Clinique du Docteur Vignoli – Générale de santé – Salon-de-Provence (13)
 Clinique du Pré – Théza (66)
 Clinique du Val de Loire – Beaumont-la-Ronce (37)
 Clinique Les Émailleurs – Limoges (87)
 Clinique Mon Repos – Marseille (13)
 Clinique Pasteur – Toulouse (61)
 Clinique Sainte-Odile – Strasbourg (67)
 CMC Ambroise-Paré et Pierre-Cherest – Neuilly-sur-Seine (92)
 CRF Léopold-Bellan – Chaumont-en-Vexin (60)
 CRFF Le Brassat – Meaux (77)
 CSSRA Marienbronn – Lobsann (67)
 EPSM Lille-Métropole – Armentières (59)
 Foyer de la Résidence des Boisseaux – Monéteau (89)
 Hôpital de l'Institut Curie – Paris (75)
 Hôpital Georges Clemenceau – Champcueil (91)
 Hôpital Intercommunal des Monts et Barrages – Saint-Léonard-de-Noblat (87)

Hôpital Lerval – Nice (06)
Hôpital local de Bort-les-Orgues (19)
Hôpital Saint-Joseph – Paris (75)
Hôpital Saint-Louis – Paris (75)
Institut Paoli-Calmette – Marseille (13)
Maison de repos Plein Soleil – Balaruc-les-Bains (34)
Maison de santé d'Épinay (93)
Maternité catholique de Provence l'Étoile – Aix-en-Provence (13)
Pôle hospitalier mutualiste de Saint-Nazaire (44)
Polyclinique Le Languedoc – Narbonne (11)
Polyclinique Saint-Côme – Compiègne (60)

Internautes

Nous remercions les internautes qui ont apporté leurs avis, leurs suggestions et leurs remarques sur le manuel pilote *via* la boîte à lettre dédiée : v2010@has-sante.fr

Rectifications

Dans le cas où vous souhaiteriez porter à notre connaissance une anomalie ou une omission dans la liste des relecteurs, nous vous remercions de bien vouloir nous le signaler *via* notre boîte e-mail : v2010@has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La-Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 Fax : +33 (0)1 55 93 74 00