



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

Janvier 2014

Avant-propos

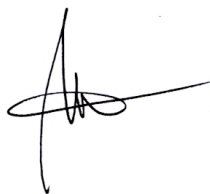
Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Elle est aujourd'hui installée dans le paysage sanitaire français et a permis d'impulser et de pérenniser la démarche qualité des établissements de santé au bénéfice des usagers, des personnes malades ou en perte d'autonomie.

L'évolution que représente la version 2014 (V2014) a pour ambition de renforcer les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge, en particulier par la mise en œuvre d'un compte qualité et l'évolution des méthodes de visite (méthode dite du patient traceur et audit de processus). Le manuel de certification V2010 reste en vigueur, conformément au souhait de stabilité exprimé par les professionnels hospitaliers.

L'objectif est de contribuer à apporter la meilleure réponse possible aux attentes des patients, comme des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Il sera atteint à hauteur de l'adhésion des professionnels de santé et de l'accès de tous les citoyens à l'information.

Ainsi les résultats de certification forment-ils l'un des leviers clés de la qualité et de la sécurité des soins, et au total d'une régulation efficiente du système de santé.



Jean-Luc HAROUSSEAU
Président de la Haute Autorité de Santé



Dominique MAIGNE
Directeur de la Haute Autorité de Santé

Introduction

AVERTISSEMENT

L'utilisation du manuel de certification par un organisme français ou étranger autre que la HAS ne garantit pas la qualité de l'évaluation externe réalisée ni de la procédure de certification dans son ensemble et n'emporte aucune validation par la HAS des résultats de cette procédure à laquelle elle ne peut être associée.

1 – LA V2014, UNE ÉVOLUTION DE LA CERTIFICATION À MANUEL CONSTANT

De 1998 à 2014, trois versions de la certification se sont succédé, chacune donnant lieu à un nouveau manuel. Ces évolutions ont permis de répondre de mieux en mieux aux attentes des différentes parties prenantes et d'offrir un outil d'évaluation structurant pour conduire les démarches d'amélioration des établissements.

Cette nouvelle édition contextualise le manuel de certification pour la nouvelle procédure dite « V2014 ». Les changements apportés concernent :

- /// la présente introduction réécrite pour faire le lien entre le manuel et la nouvelle procédure publiée au Journal officiel du 21 décembre 2013 ;
- /// l'extension du champ d'application de deux critères et/ou leur élévation au niveau PEP :
 - le critère 18.a : continuité et coordination de la prise en charge des patients,
 - le critère 26.b : secteurs d'activité à risque majeur.

Pour la V2014, les évolutions de la certification sont portées par les composantes de la procédure, notamment la mise en place du compte qualité et de nouvelles méthodes de visite (audits de processus sur les thèmes du manuel, méthode du patient traceur).

La concertation avec les professionnels de santé et les représentants des usagers fonde le projet de développement de la certification pour les années 2013-2018 dans lequel s'inscrit cette V2014.

a) Les objectifs généraux poursuivis par la V2014

La réflexion engagée a montré que l'efficacité de la certification dépend de son appropriation par les professionnels des établissements de santé. La certification doit ainsi s'appuyer sur les dynamiques professionnelles.

L'ambition est de développer une certification au service des démarches d'amélioration propres aux établissements en visant :

- /// une procédure personnalisée par établissement en fonction de sa situation et de ses principaux risques ;
- /// une évaluation centrée sur la qualité des soins et des prises en charge et sur les démarches d'amélioration ;
- /// une économie de la charge de travail de l'établissement ;
- /// une meilleure articulation avec les autres démarches contribuant à la qualité des soins et de l'accompagnement ;
- /// la valorisation et la reconnaissance de ce qui est réalisé dans chaque établissement.

b) Le positionnement de la certification V2014

Rôle dans la régulation de la qualité et de la sécurité

La certification est le seul dispositif qui offre un cadre global d'analyse et d'évaluation externe de la qualité des soins et des prises en charge, et des voies d'amélioration retenues par un établissement de santé.

C'est pourquoi elle constitue un levier de mobilisation des acteurs hospitaliers et des représentants d'usagers.

Pour ce faire, la certification retient des priorités et des étapes clés pour structurer une démarche : élaboration d'un compte qualité, visite, suivi après visite.

Elle cherche à évaluer avant tout l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité.

Ce positionnement inscrit la certification en complémentarité :

- /// des dispositifs d'inspection et de contrôle qui permettent d'assurer la fonction régaliennne de l'État. L'inspection permet de contrôler le respect des textes législatifs ou réglementaires garantissant la sécurité des patients, les bonnes pratiques professionnelles, la qualité des soins, le droit à l'information des patients ;
- /// de l'action des ARS responsables de la planification, des autorisations et de l'allocation des ressources. La certification fournit aux ARS des informations à prendre en compte sur les établissements par rapport aux différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins.

Ce positionnement est identique pour l'ensemble des dispositifs internationaux d'accréditation des établissements de santé. La HAS, à ce titre, est elle-même accréditée par le programme « *International Accreditation Program* » (IAP) de l'*International Society for Quality in Healthcare* (ISQua).

Certification d'établissement

L'article L. 6113-3 du Code de la santé publique dispose « *qu'afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification* ». Il ajoute, dans son second alinéa, que « *cette procédure (...) vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement...* ».

Depuis l'instauration de l'« accréditation » devenue « certification », ce sont les établissements de santé en tant que tels qui font l'objet de cette procédure¹.

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins tels que la qualité du dossier du patient, la lutte contre les infections nosocomiales, les procédures de vigilance, etc.

C'est uniquement après avoir franchi cette première étape que des approches plus fines peuvent être réalisées. Ainsi, la certification V2014 prendra en compte la participation des équipes des établissements au projet Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE)².

Ce programme permettra en effet aux établissements et aux équipes volontaires d'approfondir la mobilisation de tous les professionnels d'une équipe de soins. Seules les équipes appartenant à des établissements disposant d'un niveau minimal prérequis sur leur certification seront admises dans ce programme.

La certification concerne l'entité juridique au sens strict et non chacun des secteurs d'activité qui la composent. En effet, 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.

Pour autant, une analyse de chacun des secteurs d'activité est réalisée lors de la certification de l'établissement. Cette analyse se voit renforcée, par cette V2014, avec l'apparition des nouvelles méthodes de visite qui offrent à la HAS la possibilité de mieux appréhender la qualité et la sécurité des prises en charge et de rendre plus simples et plus compréhensibles les démarches qualité et la gestion des risques auprès des professionnels de santé.

Évaluation du système de management et évaluation du niveau de qualité et de maîtrise des risques atteint

La certification évalue :

- /// d'abord l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- /// ensuite les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels. Pour cette raison, la HAS s'est attachée depuis la V2010 à renforcer ses méthodes d'évaluation afin de permettre des mesures fiables, précises, reproductibles de la qualité et de la sécurité sur des points primordiaux : ce sont les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP) (cf. infra).



1. La procédure de certification concerne tous les établissements de santé, publics et privés, mentionnés à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique (CSP). Elle s'applique également aux groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-7 du CSP ainsi qu'aux réseaux de santé visés à l'article L. 6321-1 du CSP. Les hôpitaux des armées figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6147-7 du CSP peuvent faire l'objet de la procédure de certification à l'initiative du ministre chargé de la Défense. Les installations de chirurgie esthétique visées à l'article L. 6322-1 du CSP sont également soumises à cette obligation.

2. Dès la mise en place opérationnelle de ce programme.

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et fournit à ces derniers de disposer d'un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

c) Approche par thème et priorités de la V2014

Approche par thème

La HAS a choisi pour la V2014 une approche par thème pour la certification aussi bien pour l'élaboration du compte qualité que pour les audits de processus.

Une liste de 20 thèmes a été établie. Une correspondance entre ces thèmes et les critères du manuel de certification a été définie. Elle fait l'objet d'un feuillet amovible insérable dans ce manuel. Le principe du feuillet amovible a été retenu pour permettre le cas échéant l'évolutivité de la liste des thèmes et des correspondances avec les critères en fonction du retour d'expérience de la V2014.

Priorités retenues

/// Trois priorités sont identifiées dans la V2014 pour améliorer la qualité et la sécurité des soins *via* la certification :

1. Promouvoir les démarches sur des thèmes d'impulsion (bienveillance des patients, qualité de vie au travail) :

Ces thèmes ont un impact important sur la qualité et la sécurité des soins et nécessitent un engagement des établissements pour produire l'évolution requise des pratiques managériales et professionnelles. Les démarches se traduisent dans des projets adaptés à la situation de chaque établissement.

2. Fournir aux professionnels des leviers spécifiques d'amélioration des prises en charge :

Les études de perception de la certification mettent au jour son réel impact sur la structuration des démarches qualité. Néanmoins, ces mêmes études soulignent une implication variable des professionnels selon les secteurs d'activité, et la permanence d'une insatisfaction quant à l'apport de la certification pour leur pratique.

Pour répondre à ce manque d'attractivité du dispositif pour certains acteurs, la HAS souhaite fournir aux professionnels de santé des leviers concrets-travail

sur le fonctionnement des équipes de soins, structuration des parcours de soins, mise en place de solutions pour la sécurité. La HAS souhaite que des initiatives se développent sur ces sujets.

L'ambition est d'intéresser et d'impliquer les équipes et les professionnels sur les points où ils sont en mesure d'agir.

3. Consolider les acquis sur les pratiques exigibles prioritaires :

Les pratiques exigibles prioritaires sont des critères sur lesquels un niveau d'exigence renforcé a été défini dans la V2010. Leur sélection a été fondée sur l'identification de sujets fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Compte tenu de l'antériorité de ces exigences et des enjeux en termes de qualité et de sécurité qui s'y rapportent, la HAS souhaite consolider les acquis constatés dans les établissements pour les inscrire dans la durée.

Ces trois priorités constituent la ligne directrice de cette V2014 qui se retrouve dans tous les éléments du dispositif que sont le compte qualité, la visite, la décision de certification et la production de supports méthodologiques par la HAS.

2 – LE MANUEL DE CERTIFICATION

Le présent référentiel de certification contient les références, les critères et les éléments d'appréciation en vigueur.

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 pour la V2010 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**

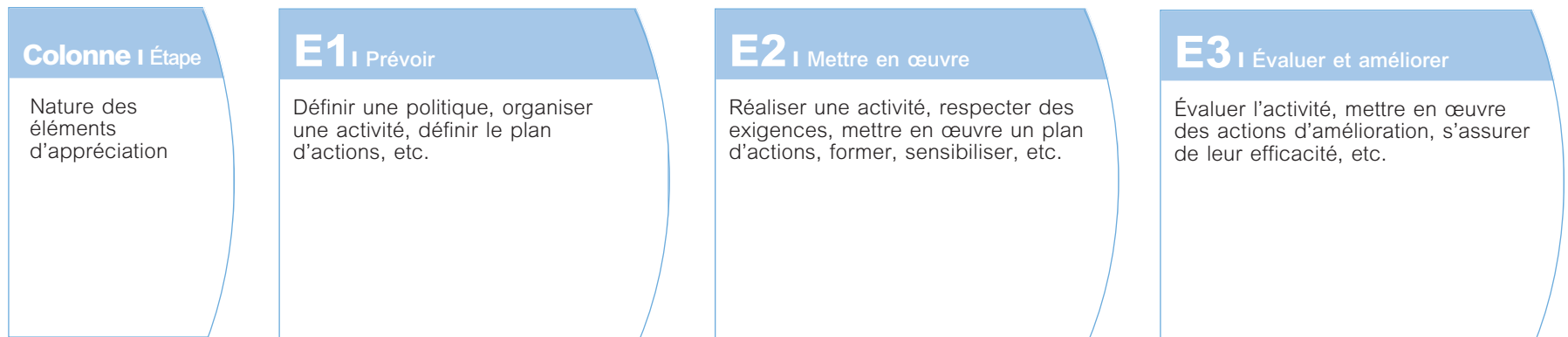
Chaque élément d'appréciation est classé dans la V2010 dans trois colonnes E1, E2 et E3.

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

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

Le niveau atteint par l'établissement sur les différents éléments d'appréciation permet à l'établissement de déterminer s'il le souhaite dans ses travaux d'auto-diagnostic 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.

Dans le cadre de la procédure V2014, la cotation issue de la visite et le mécanisme décisionnel reposent sur un processus différent, présenté dans la procédure de certification publiée au Journal officiel ainsi que dans les guides méthodologiques à destination des établissements et publiés sur le site Internet de la HAS.




b) Les pratiques exigibles prioritaires

Comme indiqué précédemment, des pratiques exigibles prioritaires ont été définies dans la certification pour indiquer un niveau d'exigence renforcé.

Les pratiques exigibles prioritaires de la V2010 sont conservées dans la V2014.

La V2014 introduit un renforcement sur deux d'entre elles :

- /// la PEP sur le critère 18.a « Continuité et coordination de la prise en charge des patients » (limitée à l'hospitalisation à domicile [HAD] et à la santé mentale dans la V2010) s'étend à présent à l'ensemble des prises en charge ;
- /// le critère 26.b qui évalue l'organisation de secteurs d'activité à risque majeur voit son champ s'étendre aux salles de naissance et à la radiologie interventionnelle.

	Critères	PEP par prise en charge 				
		MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
Chapitre 1	1.f	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	6.g					<input checked="" type="checkbox"/>
	8.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	8.f	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	8.g	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	9.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chapitre 2	10.e		<input checked="" type="checkbox"/>			
	12.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	13.a	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	14.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	14.b	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	15.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	17.b		<input checked="" type="checkbox"/>			
	18.a		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
	20.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	20.a bis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	25.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
	26.a	<input checked="" type="checkbox"/>				
	26.b	<input checked="" type="checkbox"/>				

c) Les indicateurs


L'utilisation des indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la Santé (tableau de bord des IN) et la HAS (IPAQSS) se poursuit dans la V2014. Il s'agit d'utiliser les indicateurs dont le recueil est obligatoire en France afin de contribuer à la mesure de la qualité par les critères de 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 quantitatives de la qualité ;
- /// renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La prise en compte de ces indicateurs dans la V2014 se fait à la fois dans le compte qualité et lors de la visite. En visite, les experts-visiteurs utiliseront dans leur évaluation les mesures disponibles, l'existence, la mise en œuvre et le suivi des plans d'actions.

Les critères pour lesquels un ou plusieurs indicateurs généralisés sont définis sont signalés par un logo spécifique.

Critère 2.e		Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
Critère 8.g		Maîtrise du risque infectieux
Critère 8.h		Bon usage des antibiotiques
Critère 12.a		Prise en charge de la douleur
Critère 14.a		Gestion du dossier du patient
Critère 19.b		Troubles de l'état nutritionnel
Critère 20.a bis		Prise en charge médicamenteuse du patient
Critère 24.a		Sortie du patient
Critère 26.a		Organisation du bloc opératoire.
Critère 28.a		Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
Critère 28.c		Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique

3 – LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS INTRODUCIS PAR LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION V2014

L'évolution du dispositif de certification de la V2014 impacte les différentes étapes de la procédure pour accroître l'efficacité de la certification avec :

La mise en place du compte qualité

Les objectifs du « compte qualité » sont de rendre plus continue la démarche de certification en faisant converger dans un même document le diagnostic réalisé par l'établissement et les plans d'actions établis pour l'amélioration de la qualité et la réduction des risques.

Ce compte qualité porte la double ambition de :

- /// favoriser la simplicité et l'efficacité, en évitant de multiplier les approches, les supports, et en se substituant à plusieurs des étapes actuelles de la procédure (auto-évaluation, suivi...) ;
- /// faire en sorte que la politique qualité ainsi que les axes d'évaluation soient lisibles et mobilisateurs pour les professionnels de santé.

La démarche pluriprofessionnelle et l'association des représentants des usagers sont systématiques, selon les modalités prévues dans la version 2 de la certification et rappelées dans le guide « Préparer et conduire votre démarche de certification ».

L'utilisation de nouvelles méthodes de visite

De nouvelles méthodes ont été développées pour les visites V2014 :

- /// la méthode d'évaluation par patient traceur qui permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification lors de la prise en charge réelle d'un patient. Cette méthode place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins et en prenant en compte l'expérience du patient. Elle permet d'évaluer concrètement le degré de satisfaction de l'établissement de santé aux critères du manuel de certification ;
- /// l'audit de processus qui consiste à investiguer les thèmes de la certification pour s'assurer :
 - de leur maîtrise (pilotage, rôles et responsabilités, mise en œuvre réelle sur le terrain, contrôles adaptés, modalités d'évaluation et amélioration continue) ;
 - de leur efficacité (capacité à atteindre les objectifs).

La visite de certification V2014 concerne l'ensemble des exigences du manuel même si des priorités de visite se traduisant dans un programme de visite sont établies en fonction des enjeux spécifiques de l'établissement.

Un nouveau mécanisme décisionnel

Le mécanisme décisionnel de la certification est également revu. Il est structuré pour répondre aux priorités thématiques de la certification présentées dans la section 1.c).

La HAS peut prononcer sur les thèmes investigués en visite :

- /// une décision de certification, assortie le cas échéant d'une ou plusieurs recommandations ;
- /// une décision de sursis à certification dès lors qu'elle a émis une ou plusieurs réserves ou a fortiori des réserves majeures ;
- /// une décision de non-certification.

Seules les décisions de sursis à certification feront l'objet de modalités de suivi telles qu'une visite de suivi intervenant dans un délai de 6 mois.

Un nouveau rapport de certification

Pour offrir une meilleure lisibilité, une nouvelle structure de rapport de certification est mise en place. Elle assure une restitution par thème afin de se situer en adéquation avec les nouvelles méthodes de visite.










4 – RETOUR D'EXPÉRIENCE ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA CERTIFICATION


À l'instar des dispositifs d'accréditation étrangers, la certification française évolue de façon régulière avec pour objectifs le renforcement de l'efficacité et l'adaptation aux besoins des établissements et du système de santé.

La HAS dispose d'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	Référence 5	Le système d'information	27
Introduction	4	Critère 5.a	Système d'information	27
Sommaire	10	Critère 5.b	Sécurité du système d'information	28
Légende	13	Critère 5.c	Gestion documentaire	28
CHAPITRE 1	MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	Référence 6	La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures	29
Partie 1	Management stratégique	Critère 6.a	Sécurité des biens et des personnes	29
Référence 1	La stratégie de l'établissement	Critère 6.b	Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)	29
Critère 1.a	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement	Critère 6.c	Qualité de la restauration	30
Critère 1.b	Engagement dans le développement durable	Critère 6.d	Gestion du linge	30
Critère 1.c	Démarche éthique	Critère 6.e	Fonction transport des patients	31
Critère 1.d	Politique des droits des patients	Critère 6.f	Achats écoresponsables et approvisionnements	31
Critère 1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	 Critère 6.g	Gestion des équipements et produits au domicile du patient	32
 Critère 1.f	Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Référence 7	La qualité et la sécurité de l'environnement	33
Critère 1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité	Critère 7.a	Gestion de l'eau	33
Référence 2	L'organisation et les modalités de pilotage interne	Critère 7.b	Gestion de l'air	34
Critère 2.a	Direction et encadrement des secteurs d'activité	Critère 7.c	Gestion de l'énergie	34
Critère 2.b	Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	Critère 7.d	Hygiène des locaux	35
Critère 2.c	Fonctionnement des instances	Critère 7.e	Gestion des déchets	36
Critère 2.d	Dialogue social et implication des personnels	Partie 3	Management de la qualité et de la sécurité des soins	37
 Critère 2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement	Référence 8	Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins	37
Partie 2	Management des ressources	 Critère 8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	37
Référence 3	La gestion des ressources humaines	Critère 8.b	Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins	38
Critère 3.a	Management des emplois et des compétences	Critère 8.c	Obligations légales et réglementaires	38
Critère 3.b	Intégration des nouveaux arrivants	Critère 8.d	Évaluation des risques <i>a priori</i>	39
Critère 3.c	Santé et sécurité au travail	Critère 8.e	Gestion de crise	40
Critère 3.d	Qualité de vie au travail	 Critère 8.f	Gestion des événements indésirables	40
Référence 4	La gestion des ressources financières	  Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux	41
Critère 4.a	Gestion budgétaire	  Critère 8.h	Bon usage des antibiotiques	42
Critère 4.b	Amélioration de l'efficacité	Critère 8.i	Vigilances et veille sanitaire	43
		Critère 8.j	Maîtrise du risque transfusionnel	43
		Critère 8.k	Gestion des équipements biomédicaux	44

Référence 9	La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers	45
 Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations	45
Critère 9.b	Évaluation de la satisfaction des usagers	46

CHAPITRE 2 PRISE EN CHARGE DU PATIENT 47



Partie 1 Droits et place des patients 48

Référence 10	La bientraitance et les droits	48
Critère 10.a	Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	48
Critère 10.b	Respect de la dignité et de l'intimité du patient	49
Critère 10.c	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	49
Critère 10.d	Accueil et accompagnement de l'entourage	49
 Critère 10.e	Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	50

Référence 11 L'information, la participation et le consentement du patient 51

Critère 11.a	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	51
Critère 11.b	Consentement et participation du patient	52
Critère 11.c	Information du patient en cas de dommage lié aux soins	52

Référence 12 La prise en charge de la douleur 53




  Critère 12.a	Prise en charge de la douleur	53
---	-------------------------------	----

Référence 13 La fin de vie 54


 Critère 13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie	54
--	--	----

Partie 2 Gestion des données du patient 55

Référence 14 Le dossier du patient 55

  Critère 14.a	Gestion du dossier du patient	55
 Critère 14.b	Accès du patient à son dossier	55


Référence 15 L'identification du patient 56


 Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	56
--	---	----

Partie 3 Parcours du patient 56


Référence 16	L'accueil du patient	56
Critère 16.a	Dispositif d'accueil du patient	56

Référence 17 L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé 57




Critère 17.a	Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé	57
 Critère 17.b	Prise en charge somatique des patients	58

Référence 18	La continuité et la coordination des soins	59
 Critère 18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients	59
Critère 18.b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	59

Référence 19	Les prises en charge particulières	60
Critère 19.a	Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique	60/61

 Critère 19.b	Troubles de l'état nutritionnel	62
Critère 19.c	Risque suicidaire	63
Critère 19.d	Hospitalisation sans consentement	64

Référence 20 La prise en charge médicamenteuse 65

 Critère 20.a	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	65
  Critère 20.a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient	66
Critère 20.b	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	66

Référence 21 Le circuit du traitement des examens de laboratoire 67

Critère 21.a	Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats	67
Critère 21.b	Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale	67

Référence 22 La prise en charge des examens d'imagerie médicale 68

Critère 22.a	Demande d'examen et transmission des résultats	68
Critère 22.b	Démarche qualité en service d'imagerie médicale	69

Référence 23 L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage 70


Critère 23.a	Éducation thérapeutique du patient	70
--------------	------------------------------------	----

Référence 24 La sortie du patient 71




 Critère 24.a	Sortie du patient	71
--	-------------------	----

Partie 4 Prises en charge spécifiques 72

Référence 25 La prise en charge dans le service des urgences 72

 Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés	72
--	--	----

Référence 26 Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle 73


  Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire	73
 Critère 26.b	Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur	74
Critère 26.c	Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	75


Référence 27 Les activités de soins de suite et de réadaptation 75

Critère 27.a	Activités de soins de suite et de réadaptation	75
--------------	--	----

Partie 5 Évaluation des pratiques professionnelles 76

Référence 28 L'évaluation des pratiques professionnelles 76

 Critère 28.a	Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	76
--	---	----

	Critère 28.b	Pertinence des soins	77
	Critère 28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique	78
	Bibliographie et liens Internet		79
	Sigles utilisés		87
	Index		89
	Lexique		91
	Remerciements		96

Légende

Pratiques exigibles prioritaires



Pratique exigible prioritaire.



MCO

Pratique exigible prioritaire applicable en médecine, chirurgie et obstétrique.



PSY

Pratique exigible prioritaire en santé mentale.



SSR

Pratique exigible prioritaire en soins de suite et de réadaptation.



SLD

Pratique exigible prioritaire en soins de longue durée.



HAD

Pratique exigible prioritaire en hospitalisation à domicile.

Indicateurs



Critère pour lequel un ou plusieurs indicateurs généralisés sont définis.

Éléments d'appréciation

PSY

Indique que l'élément d'appréciation est applicable uniquement en santé mentale.

NA PSY

Indique que l'élément d'appréciation est non applicable en santé mentale.

HAD

Indique que l'élément d'appréciation est applicable uniquement en hospitalisation à domicile.

NA HAD

Indique que l'élément d'appréciation est non applicable en hospitalisation à domicile.

Marques de révision

R

Indique que le critère a fait l'objet d'une révision dans le manuel d'avril 2011.

N

Indique la création d'un nouveau critère.

CHAPITRE 1 : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

R 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.

L'établissement s'attache au développement d'un management global et coordonné des risques (risques associés aux soins, risques professionnels, risques techniques et environnementaux).

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.

R 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 établissement 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, mise en œuvre effective des droits du patient, 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.

R 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.

C'est le président de la CME qui est chargé conjointement avec le directeur de l'établissement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de son suivi. 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 des évaluations internes et externes, des indicateurs ainsi que des recommandations du rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

L'instance délibérante donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

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.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 1

Management stratégique

Référence 1

La stratégie de l'établissement



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

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

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'EPP fait partie intégrante du "développement professionnel continu" (DPC), qui constitue désormais par la loi du 21 juillet 2009 une obligation pour tous les professionnels de santé : les modalités de sa mise en œuvre seront précisées par décret. Le développement professionnel continu a en effet pour objectifs "l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé" (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L. 4133-1).

Les programmes de DPC et les démarches d'EPP concourent à l'amélioration de la qualité, et de la sécurité des soins. Ils concernent les activités cliniques ou médico-techniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive.

Les démarches d'EPP et plus largement les programmes de DPC en établissement de santé sont le plus souvent des démarches pluriprofessionnelles qui peuvent être conduites au sein d'un service, d'un secteur d'activité ou de manière transversale.

Pour développer ces programmes/démarches, 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/DPC doit tenir compte des orientations stratégiques de l'établissement, mais également des orientations nationales ou régionales et des enjeux liés aux prises en charge des patients, en s'appuyant sur les travaux des conseils nationaux professionnels de spécialité.

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 médico-technique.

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 d'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 d'EPP devant ses instances.

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

R 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 nécessitent :

- /// une volonté clairement énoncée dans la politique par la direction et le président de 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 et le président de la CME suivent 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.

R 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'accompagnement 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 la 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.

R 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 *turn-over*, 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 en interne sur les résultats des indicateurs et des tableaux de bord permet de partager avec l'ensemble des professionnels les succès et les difficultés liés à la mise en œuvre d'un programme. L'établissement doit également mettre à disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions visées par les décrets et arrêtés pris en application de la loi HPST.

L'analyse et le *benchmarking* intra- et interétablissements avec les indicateurs nationaux renforcent la culture qualité d'un établissement. Ils donnent à chacun un repère du niveau d'efficacité de son système qualité et permettent 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 de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et rendus publics par l'établissement de santé.

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).

R 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.

Cette gestion prévisionnelle prend en compte et intègre la démarche de coopération entre professionnels de santé, introduite dans la loi du 21 juillet 2009, au travers des protocoles de coopération.

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.

Le développement professionnel continu désormais obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé par la loi du 21 juillet 2009 contribue au développement des compétences des professionnels.

E1 | Prévoir

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.

Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.

Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.

E2 | Mettre en œuvre

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.

Un plan de formation est mis en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.

Le dispositif de gestion des compétences est réajusté en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

E1 | Prévoir

L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

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.

R 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.

La HAS met en place un développement spécifique sur ce thème. Des informations sur ce thème sont disponibles sur le site Internet de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail).

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

R On parle de système d'information dès que l'information fait l'objet d'une organisation spécifique : saisie, traitement, diffusion, stockage.

Le système d'information constitue un outil important pour mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement notamment dans les domaines de la communication, de la relation avec l'environnement, de la sécurité ou de la qualité des soins. Il est donc essentiel que la politique du système d'information soit parfaitement intégrée à la démarche stratégique de l'établissement de santé.

Le schéma directeur du système d'information 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.

Dans le domaine de la santé, les technologies de l'information et de la communication ont un rôle majeur, notamment pour l'accompagnement des établissements de santé dans la modernisation de leur offre de soins et de leur organisation.

Pour que les professionnels de santé, les établissements et les structures dédiées comme les réseaux de soins soient en mesure de partager les informations nécessaires à une prise en charge optimale des patients, ils doivent disposer d'outils interopérables et communicants, permettant les échanges sécurisés des données de santé.

Le décret encadrant la télémédecine publié définit les modalités d'exercice de ce nouvel outil et en précise le cadre juridique.

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.

R 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.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 6

La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

R 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.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

R 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, selon les situations locales, 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.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

R 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, y compris en cas de sous-traitance.

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 mesure de la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe) des patients 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.



N Critère 6.g Gestion des équipements et produits au domicile du patient

L'objectif de ce critère est de promouvoir la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux fournis aux patients par l'HAD. C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande. Par ailleurs, comme toute structure d'hospitalisation, l'HAD doit mener une réflexion permanente sur la qualité et la sécurité des équipements mis à disposition au domicile du patient.

L'hospitalisation à domicile est responsable des flux internes mais aussi de ceux sous-traités à des professionnels de santé (pharmaciens officinaux, etc.) ou à des prestataires extérieurs.

NB : Ce critère ne concerne pas la gestion des approvisionnements, traitée en 6.f. Il ne concerne pas non plus la mise à disposition au domicile des patients des médicaments traitée au sein du critère 20.a.

Les équipements et produits concernés sont :

- /// le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- /// les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

E1 | Prévoir

L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.

En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.

Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.

En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.

Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à Électricité Réseau Distribution France.

E2 | Mettre en œuvre

Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge.

L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.

L'établissement de santé s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus conformément à la réglementation.

E3 | Évaluer et améliorer

Les différents processus logistiques (internes et/ou externes) sont évalués et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.

La satisfaction du patient, relative aux fonctions logistiques à son domicile, est évaluée à périodicité définie et conduit à des actions d'amélioration.

La satisfaction des intervenants, en lien avec les fonctions logistiques, au domicile est évaluée à périodicité définie et conduit à des actions d'amélioration.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en HAD.

R 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 la CME.

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 la CME est mis en œuvre.

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou la CME 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.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 2

Management des ressources

Référence 7

La qualité et la sécurité de l'environnement

R 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", 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 la CME 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.

↳ Champ d'application :

En HAD, ce critère est applicable uniquement aux structures ayant une pharmacie à usage intérieur avec unité centralisée de reconstitution des cytostatiques.

R 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.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

R 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.

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

leurs 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.

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 la CME.

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 la CME.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

R 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, du tri au 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.

Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux. **HAD**

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 sont conduites relatives à la gestion des déchets.

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

Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins



R Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la 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 de l'établissement.

Il prend en compte les politiques nationales et le projet régional de santé. 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. 8.d, 8.f).

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.

Dans tous les cas, ce programme prend en compte, et au minimum comme mentionné dans la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, les informations contenues dans le rapport annuel de la CRU, la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, les vigilances et les démarches visant les autres risques associés aux soins, définies en fonction des activités de l'établissement.

Pour l'ensemble des plans composant ce programme, un ou des pilotes 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 n° 2006-909 (art. D. 4135-2) est prise en compte.

E1 | Prévoir

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

R Critère 8.b Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

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 fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010.

La transversalité de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

E1 | Prévoir

Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie et identifiée dans l'établissement.

E2 | Mettre en œuvre

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.

E3 | Évaluer et améliorer

Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins 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.

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

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.

- /// 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.

Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

R 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 8.f.

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 débiter par une identification 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.

E1 | Prévoir

L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

E2 | Mettre en œuvre

Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.

Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques *a priori*.

E3 | Évaluer et améliorer

Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.

L'analyse de leur efficacité est réalisée.

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 opérationnels.

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.

R 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 la sécurité des soins. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels ou d'événements indésirables identifiés par une analyse 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.



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins



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, telles 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 le suivi du score agrégé du tableau de bord d'indicateurs en vigueur, mis en place par le ministère de la Santé.

E1 | Prévoir

Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins 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.

R 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 et de la sécurité 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.

E1 | Prévoir

Une organisation générale pluriprofessionnelle de la prescription antibiotique est en place.

E2 | Mettre en œuvre

- Un système de dispensation contrôlée est utilisé.
- Un programme de formation continue des professionnels de santé est en place dans l'établissement.
- Un guide et des protocoles de bon usage de prescription sont diffusés aux professionnels.
- La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e heure et la 72^e heure est inscrite dans le dossier du patient.
- Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place.

E3 | Évaluer et améliorer

- Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi d'indicateurs.
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ **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).

R 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, addicto-, hémato-, matério-, bio-, cosméto-, réactovigilances) et à l'assistance médicale à la procréation ainsi que le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins dont les infections 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.

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.

E2 | 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.

Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme...) des équipements biomédicaux installés au domicile. **HAD**

E3 | 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.

R Critère 9.b Évaluation de la satisfaction des usagers

L'étude de la satisfaction des usagers d'une institution et le dispositif qui vise leur écoute sont des éléments essentiels de tout système de management de la qualité. Depuis 1996, les établissements de santé ont pour obligation de réaliser des enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers, enquêtes dont les résultats ont d'emblée été pris en compte dans la procédure de certification.

Depuis janvier 2011, un dispositif national est mis en place par le ministère de la Santé pour les établissements MCO : le questionnaire utilisé est commun à tous les établissements de santé et recueilli selon une procédure identique : les patients qui ont séjourné dans un établissement de soin sont interrogés par téléphone 15 jours après leur sortie. Les établissements conservent la possibilité d'ajouter

des questions complémentaires qui leur permettent de personnaliser cet outil, et d'alimenter ainsi de manière dynamique le programme qualité et sécurité des soins de l'établissement.

Cet indicateur global de la satisfaction des patients sera publié à partir de 2012 ; il sera alors rendu opposable et devra donc être affiché dans les locaux des établissements de santé.

Pour les autres prises en charge (SSR, USLD, psychiatrie, HAD) l'obligation générale de recueil de la satisfaction des usagers continue de s'appliquer.

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 la sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.

CHAPITRE 2 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT



R 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 la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

La bientraitance

Les travaux conduits dans le secteur médico-social 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 médico-techniques, 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 parole 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.

Cette démarche est prise en compte par les ARS (art. 1118 HPST).

La bientraitance n'exclut pas la différenciation des soins selon la nature des troubles. En pédopsychiatrie, les troubles présentés par un enfant interfèrent avec la dynamique familiale. Les soins ont toujours une dimension relationnelle qui doit prendre en compte les particularités de cette dynamique. C'est pourquoi même si l'environnement familial doit être impliqué dans la prise en charge, cette implication ne consiste pas en une participation sans nuance aux soins. Il existe des indications de thérapie familiale et des indications d'accompagnement familial de la prise en charge de l'enfant avec le plus souvent des interlocuteurs différents. C'est pourquoi le 2^e élément d'appréciation de l'étape E1 du critère 10.d doit être considéré comme non applicable pour la prise en charge en santé mentale.

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

<p>E1 Prévoir</p> <p>Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.</p> <p>Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.</p> <p>La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).</p>	<p>E2 Mettre en œuvre</p> <p>L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.</p> <p>Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.</p> <p>Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.</p>	<p>E3 Évaluer et améliorer</p> <p>Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.</p>
---	---	--

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 1

Droits et place
des patients

Référence 10

La bientraitance
et les droits

R 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 le respect de la dignité et 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. **NA HAD**

E3 | Évaluer et améliorer

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

R 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.

R 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. **NA PSY NA HAD**

E2 | Mettre en œuvre

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

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.

Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi. **HAD**



R Critère 10.e Respect des libertés individuelles et 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 recommandation de bonne pratique portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux 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, etc.).

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 équiva-

lent) ; 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 thérapeutique, enquêtes auprès des patients, enquête auprès de l'entourage, etc.) dans une perspective de mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a rendu publiques le 18 juin 2009 les recommandations suivantes :

- /// les personnes hospitalisées sans leur consentement doivent bénéficier de façon rapide et homogène pour l'ensemble de l'établissement d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible ;
- /// la liberté de correspondance des malades hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes ;
- /// l'accompagnement des malades hospitalisés sans consentement doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques aussi régulièrement que leur état de santé le permet ;
- /// les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et appauvris au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire. Les droits reconnus aux personnes placées en détention, tels que la promenade, les visites par les personnes autorisées et la possibilité de téléphoner pour les condamnés, doivent être respectés pendant l'hospitalisation ;
- /// le recours à la contention doit faire l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif au moyen d'un document renseigné de manière complète par chaque unité recevant des patients hospitalisés sans consentement.

E1 | Prévoir

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

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 de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.

La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet de soins personnalisé.

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 préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).

Des actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté 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.

R 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, y compris les patients hospitalisés sans consentement, 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 et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et 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.

R 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 consentement du patient à sa prise en charge doit également être recherché en cas d'hospitalisation sans consentement.

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 soins 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



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

R 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 ou psychique 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.



MCO

SSR

SLD

HAD

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

Les soins palliatifs ne visent pas à combattre les causes de la maladie, mais cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur et par la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés. Toute personne dont l'état de santé le justifie doit pouvoir en bénéficier, quel que soit le lieu de sa prise en charge.

Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans le décours de la maladie, pour mieux anticiper les difficultés inhérentes à la fin de vie et pour engager une réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard de leur bénéfice pour le patient. Ils peuvent être mis en œuvre simultanément à des soins dits curatifs.

Les unités de soins palliatifs (USP) et les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) constituent une offre de soins spécifique, et n'ont vocation à accueillir que les patients nécessitant une prise en charge complexe. Les situations ne présentant pas de difficultés cliniques, sociales ou éthiques particulières sont prises en charge par les services non spécialisés en soins palliatifs, avec l'appui le cas échéant d'une équipe mobile.

La certification des établissements de santé vise le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Elle nécessite une approche transversale entre les disciplines médicales et les différents lieux de soins ainsi qu'une organisation du travail « en réseau ». Le déploiement de la démarche palliative implique donc la mise en place :

- /// au niveau de l'établissement : d'une dynamique de développement des compétences professionnelles et d'une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie et sur le respect de leurs droits, impliquant les instances et acteurs concernés ;
- /// au sein des services : de compétences médicales et soignantes en matière de traitement de la douleur, de soulagement de la souffrance, de mise en œuvre de projets de soins individualisés, de dispositifs de dialogue, de concertation et d'analyse des pratiques professionnelles, qui favorisent une évaluation constante des stratégies de soins envisagées ;
- /// avec les patients et leurs proches : d'une qualité d'information, de communication et de relation de soin. Elles sont notamment indispensables à l'anticipation des prises de décisions en matière de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements.

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

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en œuvre.

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles à la démarche palliative.

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.

Les professionnels de l'établissement 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.

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 concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 2

Gestion des données du patient

Référence 14

Le dossier du patient



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

R 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.

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 l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge 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.

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.

R 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.



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

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 les délais définis par la réglementation.

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



MCO

PSY

SSR

SLD

R 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

R 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 et notamment les modalités de remise du livret d'accueil.

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

Des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. **NA HAD**

E2 | Mettre en œuvre

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.

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

Le délai prévisible de prise en charge 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 personnalisés

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

L'évaluation initiale globale (somatique, psychique et sociale) de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de soins personnalisés (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, la recherche de l'autonomie, la réadaptation, la réinsertion, la santé et le bien-être du patient.

Pour les établissements susceptibles d'accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement et/ou des détenus, il sera tenu compte de recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté : "L'accompagnement des malades hospitalisés sans consentement doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques aussi régulièrement que leur état de santé le permet. Les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et appauvris au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire". «
«
«

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.

L'organisation des prises en charge, en fonction des objectifs de soin, permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.

E2 | Mettre en œuvre

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

Un projet de soins personnalisés 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 personnalisés.

Le projet de soins personnalisés 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'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.

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



N Critère 17.b Prise en charge somatique des patients

L'association de troubles psychiatriques et somatiques peut correspondre à des situations variées :

- /// les symptômes psychiatriques peuvent être l'expression d'une pathologie somatique sous-jacente (atteinte cérébrale vasculaire, tumorale ou infectieuse ou modalité évolutive d'affections diverses). C'est pourquoi un examen médical doit toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un malade en hospitalisation.
- /// un même patient peut présenter une pathologie psychiatrique et une pathologie somatique, là encore les investigations médicales devront envisager cette

comorbidité. Par ailleurs, l'évolution d'une pathologie mentale peut amener un patient à prendre certains risques dans le champ somatique (alimentation, usage de toxiques) ou à ne pas réaliser d'éventuels soins nécessaires. La maladie mentale peut masquer ou modifier l'expression de certains symptômes (douleur).

- /// les traitements administrés (psychotropes) vont occasionner des effets secondaires ou modifier certains fonctionnements métaboliques.

Depuis plusieurs années, les professionnels insistent sur le besoin de meilleure prise en compte de la dimension somatique des soins à apporter en psychiatrie.

E1 | Prévoir

Un projet de prise en charge somatique est formalisé.

Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.

E2 | Mettre en œuvre

L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.

Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.

E3 | Évaluer et améliorer

L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en santé mentale.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 18

La continuité et la coordination des soins



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

R 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 les axes suivants :

- /// l'accessibilité et la qualité de l'information ;
- /// la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et une équipe pluriprofessionnelle ;
- /// une planification des soins cohérente dans le temps ;
- /// l'organisation mise en place pour assurer la permanence des soins ;
- /// une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes.

En psychiatrie, la coordination des soins connaît une importance particulière du fait – notamment en psychiatrie de secteur – de la fréquente multiplicité des intervenants qui opèrent simultanément et/ou successivement. Ces différents intervenants (médicaux, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, enseignants, etc.) ont des statuts variés au regard du secret professionnel, ce qui nécessite des règles précises et explicites pour les échanges d'informations nécessaires à la coordination et à la continuité des soins.

Par ailleurs certaines prises en charge associent des professionnels hospitaliers et des professionnels du champ libéral ambulatoire ou du champ médico-social, social ou encore judiciaire. Au sein même du secteur de psychiatrie il est important de coordonner les prises en charge intra et extra-hospitalières ou entre secteurs (en fonction des spécificités de ceux-ci ou des changements territoriaux des patients).

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 associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

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 (sont) désigné(s) pour la prise en charge du patient.

E3 | Évaluer et améliorer

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.

R 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.

Cette procédure est remise et expliquée au patient et/ou à son entourage. **HAD**

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. **NA HAD**

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

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.

R Critère 19.a Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

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, dans la version 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 apporte 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.

Les personnes détenues :

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

- /// la polyconsommation de substances addictives augmente le risque iatrogénique et suicidaire. Conformément au Plan d'actions stratégiques 2010-2014 concernant les politiques de santé pour les personnes placées sous main de justice, la mesure 12.2 prévoit une prise en charge adaptée dans chaque établissement ;
- /// le risque suicidaire étant particulièrement élevé, les professionnels doivent être en situation de pouvoir repérer les patients à risque et de leur accorder une attention spécifique ;

- /// la prise en charge du patient détenu nécessite une prise en charge globale et un travail de coopération active avec le personnel pénitentiaire ;
- /// dans le cas d'hospitalisation, en hôpital de proximité ou en services spécialisés (UHSI, UHSA), tout élément du dossier médical doit être transmis à l'équipe médicale de l'UCSA rattachée à l'établissement pénitentiaire du détenu ;
- /// toutes les mesures relatives au respect de la liberté du patient s'appliquent de plein droit au patient détenu dans la limite des contraintes liées à la sécurité.

E1 | Prévoir

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé et comprend, notamment, un repérage et une évaluation des besoins.

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, la réadaptation et la réinsertion.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

R 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, l'adolescent 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, à l'admission, chez les patients adultes (poids, IMC, variation du poids avant l'hospitalisation).

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.

Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.

E3 | Évaluer et améliorer

La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

R Critère 19.c Risque suicidaire

La prévention du suicide est une priorité de santé publique.

Le risque suicidaire est présent dans de nombreuses situations d'hospitalisation et dans tous les services.

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 afin de prévenir le passage à l'acte.

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.

Ces recommandations et programmes d'audit concernent notamment tous les services où peuvent être admis des patients après un passage à l'acte suicidaire : urgences, réanimation, chirurgie, rééducation, psychiatrie, etc.

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.

Tout suicide ou tentative de suicide intervenant dans le temps de la prise en charge fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, formalisée.

Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

R 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 d'hospitalisation sans consentement sont mises en œuvre.

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée tout au long de son hospitalisation.

E3 | Évaluer et améliorer

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

La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement jusqu'à la levée de la mesure, et des visites de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

↳ **Champ d'application :**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement.

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 3

Parcours du patient

Référence 20

La prise en charge
médicamenteuse

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.

Ainsi, le travail en équipe, la double vérification avant l'exécution d'actes à risque, notamment dans les unités de soins, et les échanges réguliers entre les équipes de la pharmacie et des secteurs cliniques doivent être développés.

Pourront contribuer à la satisfaction de ce critère les actions réalisées dans le cadre du contrat de bon usage du médicament (CBU) entre l'établissement et l'ARS, le suivi de l'indicateur HAS sur la tenue du dossier du patient (deux items sur la trace écrite des prescriptions médicamenteuses), le bilan des erreurs médicamenteuses déclarées et analysées, les rapports d'audit interne ainsi que les actions d'amélioration en place.

R Critère 20.a Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

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.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

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.

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.

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.



MCO

PSY

SSR

SLD

HAD

R Critère 20.a bis Prise en charge médicamenteuse du patient 

E1 | Prévoir

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

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

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 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.).

R Critère 20.b Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Chez les personnes âgées, les modifications physiologiques, la polyopathie et la polymédication augmentent le risque iatrogénique. L'amélioration des pratiques de prescription permet de diminuer cette morbi-mortalité et la consommation de soins inappropriée.

Les classes médicamenteuses les plus impliquées dans les accidents iatrogéniques du sujet âgé sont les médicaments psychotropes - souvent trop prescrits (*overuse*) et pour lesquels une réévaluation du diagnostic et une révision de la prescription sont nécessaires, en particulier pour les neuroleptiques - et les médicaments

cardio-vasculaires – prescrits le plus souvent de façon appropriée mais dont le suivi doit être amélioré, en particulier pour les anticoagulants et les diurétiques.

La HAS et les professionnels de santé mettent à disposition des programmes professionnels comportant des indicateurs de pratique clinique d'alerte et de maîtrise sur l'ensemble de la PMSA (programme PMSA, www.has-sante.fr) et sur les neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer (programme AMI-Alzheimer, www.has-sante.fr). L'utilisation de ces programmes est contributive pour répondre aux exigences de ce critère.

E1 | Prévoir

L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

E2 | Mettre en œuvre

Des données de référence permettant une prescription conforme sont mises 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 leur suivi sont mis en œuvre.

↳ Champ d'application :

Ce critère est applicable 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

Le circuit du traitement des examens de laboratoire

R Critère 21.a Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats

La prescription, le prélèvement, le transport et la transmission des résultats sont des étapes déterminantes de la réalisation des examens de laboratoire.

La prescription doit assurer que chaque réalisation d'examen réponde à une question clinique, évitant ainsi les examens de laboratoire systématiques ou non adaptés à l'état de santé du patient.

La fiabilité du circuit de traitement des examens de laboratoire repose sur le respect à chaque étape des règles établies ainsi que sur l'implication de l'ensemble des acteurs. Il importe d'être vigilant aux différents maillons de la chaîne pour le traitement d'un examen de laboratoire : de l'information des prescripteurs à la qualification des préleveurs, du transport des examens au respect des modes d'acheminement, de la validation des résultats à la sécurité de leur transmission.

E1 | Prévoir

Des règles relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire. **NA HAD**

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale. **HAD**

E2 | Mettre en œuvre

Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.

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

E3 | Évaluer et améliorer

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

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

R Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

L'article L. 6221-1 du Code de la santé publique rend l'accréditation obligatoire pour les laboratoires de biologie médicale sur l'ensemble de l'activité qu'ils réalisent.

Cette accréditation est prévue au plus tard le 1^{er} novembre 2016 ; les laboratoires de biologie médicale devront prouver leur entrée effective dans la démarche dès le 1^{er} novembre 2013.

L'accréditation, délivrée par l'instance nationale d'accréditation : le Comité français d'accréditation en France (COFRAC), repose sur des normes européennes harmonisées, pour les laboratoires de biologie médicale la norme NF EN ISO 15189, pour les examens de biologie médicale dont la phase analytique est réalisée hors du laboratoire de biologie médicale la norme NF EN ISO 22870 (biologie dite délocalisée).

Les laboratoires de biologie médicale dont l'activité est liée aux centres de ressources biologiques doivent procéder à une évaluation de la qualité de la conservation des échantillons biologiques dans le respect des règles édictées par l'Inserm.

Au-delà des attentes précisées il convient d'intégrer d'autres éléments qui concourent à la qualité des résultats. Il s'agit de points sensibles en rapport direct et fort avec les activités de biologie médicale exprimés à travers d'autres critères du manuel V2010 : l'identitovigilance, la qualification des personnels, la santé, la sécurité et la qualité de vie au travail, le système d'information, la gestion des risques, la gestion des déchets, la démarche de DPC, l'EPP.

L'accréditation d'un laboratoire de biologie médicale reposant sur les exigences des normes 15189 et 22870 permet de répondre positivement à l'ensemble des éléments d'appréciation du critère 21.b.

E1 | Prévoir

Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.

E2 | Mettre en œuvre

La démarche qualité est mise en œuvre avec des échéances déterminées compatibles avec le respect de la réglementation.

E3 | Évaluer et améliorer

Des actions d'évaluation sont menées et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de laboratoire de biologie.

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

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

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'efficience.

L'enjeu de radioprotection, pour les examens irradiants, 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.

E1 | Prévoir

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

L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale. **HAD**

E2 | Mettre en œuvre

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

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

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier. **HAD**

E3 | Évaluer et améliorer

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

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

R Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie médicale

La réalisation des examens d'imagerie s'appuie sur une démarche d'assurance de la qualité fondée sur une politique et la déclinaison d'orientations stratégiques précisée dans un programme suivant la réglementation en vigueur. La formation des professionnels permet de développer cette démarche et s'impose pour prendre en compte les évolutions technologiques.

Si l'augmentation des performances des dispositifs d'imagerie médicale et donc l'amélioration du diagnostic pour une meilleure prise en charge thérapeutique des patients sont à souligner, la maîtrise de l'augmentation des doses demeure un objectif prioritaire pour la radioprotection des patients.

L'organisation de la radioprotection en imagerie médicale 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'exams 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.

Pour les technologies non irradiantes des contrôles de qualité volontaires que les professionnels de ce secteur ont mis en œuvre constituent aujourd'hui des bonnes pratiques à intégrer à toute démarche de management de la qualité et de la sécurité des soins. Les risques dus aux champs magnétiques intenses en IRM, par exemple, nécessitent la mise en place de dispositions organisationnelles et matérielles spécifiques à ces installations.

Ne sont pas traités dans le cadre de ce critère les examens d'imagerie relevant de la médecine nucléaire (critère 26.b).

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

Des actions d'évaluation sont menées et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.

↳ **Champ d'application :**

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de service d'imagerie.

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

R Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient

L'ETP concerne les maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance rénale, maladies cardio-vasculaires, schizophrénie, etc.) mais également les situations ou maladies de courte durée qui nécessitent une acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, comme les suites complexes de chirurgie, les prises de traitement comportant des adaptations de doses, une surveillance spécifique, des changements d'habitude de vie, etc.

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, le cas échéant, 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, proposition d'un programme personnalisé d'ETP, 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.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients et précise le cadre réglementaire pour le développement et la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique dans un souci de qualité et de proximité.

Une autorisation par les ARS est désormais obligatoire pour l'ensemble des programmes d'ETP, qu'ils soient portés par les établissements, la médecine de ville ou les associations de patients. Le décret n°2010-904 du 2 août 2010 précise les conditions de cette autorisation qui repose sur un cahier des charges national. Dans ce cadre, l'évaluation de l'ETP s'entend comme une évaluation de l'activité globale et du déroulement du programme d'ETP et si possible des résultats en lien avec les objectifs du programme et les critères de jugement choisis *a priori* par le promoteur et l'équipe.

Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 précisent les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Même si l'établissement de santé ne développe pas de programme autorisé, il lui est demandé de favoriser et faciliter l'inscription des patients dans un programme autorisé dans son environnement proche. En tout état de cause, l'existence de programmes autorisés n'exonère pas les équipes soignantes des actions éducatives inhérentes à la dispensation de soins de qualité, respectueuses des besoins d'informations, de conseils et d'explications à propos de soins que les patients et les proches peuvent mettre en œuvre seuls à domicile ou dans leur lieu de vie (prise de médicaments, réalisation de soins simples, autosurveillance, précautions particulières, etc.).

E1 | Prévoir

L'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé est identifiée.

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 extra-hospitaliers et les réseaux est organisée.

E2 | Mettre en œuvre

Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.

L'établissement définit dans son plan de formation une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé impliqués) 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 soins 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'urgences) ;
- /// 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.



R Critère 26.a Organisation du bloc opératoire 

Au bloc opératoire, le développement d'une culture partagée de la sécurité s'articule autour de la mise en œuvre de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire", des revues de morbidité-mortalité au bloc opératoire (RMM) et de la gestion des événements indésirables.

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » vise à prévenir les risques tels que la vérification du site, le positionnement du patient, le contrôle du bon fonctionnement du matériel et sa traçabilité (circuit de stérilisation), l'information et la communication inter-équipes, l'antibioprophylaxie si recommandée, le comptage des instruments, le signalement de dysfonctionnement éventuel, etc.

La check-list s'inscrit dans les évolutions organisationnelles visant à promouvoir la culture sécurité au bloc opératoire. Son mode d'action repose sur le partage des informations au sein de l'équipe et les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale.

Sa mise en œuvre quotidienne doit être intégrée au déroulement du programme opératoire, adaptée au contexte local et aux préconisations des organismes agréés

d'accréditation. Il ne doit pas s'agir d'un remplissage passif, voire *a posteriori*, mais d'un renseignement proactif réalisé au fur et à mesure de l'intervention de manière partagée.

La chirurgie ambulatoire, pratique en évolution constante qui autorise le retour à domicile le jour même de l'intervention, ne modifie pas la nature des actes réalisés ni les modalités de leur réalisation mais a une incidence notable sur l'organisation du travail au bloc et son fonctionnement. Cette prise en charge, centrée sur le patient, est appelée à devenir la prise en charge de référence. Elle impose l'adaptation des structures d'accueil et nécessite une formation spécifique des équipes. Le circuit emprunté par le patient doit être le plus court possible, confortable et sécurisant.

À compter de janvier 2011, un lien entre l'indicateur "Dossier d'anesthésie" et l'élément d'appréciation « L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique » est institué (voir le guide "Préparer et conduire", fiche 7).

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 (elle comprend l'ensemble des dimensions y compris la gestion des locaux et des équipements).

La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, 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, médico-technique, 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.

La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en œuvre pour toute intervention par 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.



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

L'établissement doit identifier ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfique/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus.

Cette démarche documentée et actualisée requiert l'engagement de la direction. Elle inclut la précision des responsabilités, 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 des équipements en termes de contrôles et de maintenance, la gestion de l'environnement (locaux, déchets, air le cas échéant), l'analyse des risques liés à l'activité afin d'établir les actions préventives adaptées, 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.

Le développement par les responsables et par les équipes d'une culture de sécurité est essentiel pour la prise de conscience partagée de la sécurité des soins et la création d'une dynamique collective en vue d'une organisation sûre. Cette culture fondée sur le partage de valeurs, de savoirs, de pratiques communes

d'amélioration de la sécurité des soins s'appuie sur la communication interne, les échanges et les réunions régulières autour de la maîtrise des risques évitables associés aux soins et l'apprentissage, notamment dans le cadre des RMM et du retour d'expérience suite à l'analyse collective et méthodique des causes profondes des événements indésirables incluant notamment les événements précurseurs déclarés.

Dans tous les cas, la standardisation des pratiques, la vérification de l'identité du patient aux étapes critiques, son information sur les soins incluant une présentation objective du rapport bénéfices/risques, le respect de sa dignité et de son intimité, son écoute, sa prise en charge globale (soins supports en cancérologie, mesures particulières avant les explorations...), son suivi et l'évaluation de son expérience des soins contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La HAS souhaite voir se développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques dans les secteurs à risque majeur, en cohérence avec les actions soutenues par l'INCa, l'ASN, etc.

Dans une perspective de mise en œuvre progressive, la présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie quel que soit le lieu de sa réalisation (y compris au bloc opératoire), le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

Les autres activités à risque feront l'objet d'un développement ultérieur.

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, médico-technique 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.

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

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 par l'Agence de la biomédecine d'audits des coordinations hospitalières pour le prélèvement d'organes et de tissus 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.

↳ Champ d'application :

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.

R 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 réhabilitation, 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, psychiatrie et SSR par le biais de conventions de coopération ;
- /// en aval, grâce à une coopération avec des structures sanitaires et médico-sociales 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 de réadaptation, activité clinique, médico-technique, 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.

R 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 médico-technique. Le déploiement attendu est la participation de chaque spécialité ou activité à une démarche correspondant à un enjeu d'amélioration.

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 pluridisciplinaires, 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 dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins seront prises en compte.

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

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 pluridisciplinaires).

E1 | Prévoir

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique 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 pluridisciplinaires 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 médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

L'engagement des 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 médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.

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

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 5

Évaluation des pratiques professionnelles

Référence 28

L'évaluation
des pratiques
professionnelles

R 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.

Dans la 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'examens 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, prise en charge ambulatoire ou à domicile), pertinence de la prescription d'examens 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 pluridisciplinaires 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 médico-technique 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/
- /// Haute Autorité de Santé. Guide expérimental - La méthode du patient-traceur en établissement de santé : méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Octobre 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/guide-experimental-la-methode-du-patient-traceur-en-etablissement-de-sante-methode-damelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
- /// 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 EQULP 5 standards, guidelines. Sydney : ACHS; 2013. <http://www.achs.org.au/>
- /// Conseil canadien d'agrément des services de santé. Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation (MIRE). Programme d'agrément. Ottawa : CCASS ; 2004.
- /// Agrément Canada. Programme Qmentum. <http://www.accreditation.ca/fr/>
- /// Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations. 2013. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH) : The Official Handbook. Oakbrook Terrace : JCAHO ; 2013. <http://store.jcrinc.com/2013-comprehensive-accreditation-manual-for-hospitals-camh/>

Sites Internet :

Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr/>
Établissements de santé : Accréditation & Certification.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249603/fr/accreditation-certification
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/>
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : <http://www.anap.fr/>
Portail des agences sanitaires : <http://www.sante.gouv.fr/les-agences-sanitaires,1695.html>

Référence n° 1

- /// IGAS 2012 Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000345/index.html>
- /// Couty E. Le pacte de confiance pour l'hôpital : synthèse des travaux. 2013. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000153-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital-synthese-des-travaux>
- /// 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/sites/default/files/publications/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://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000226/0000.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 des affaires Sociales et de la Santé. Le développement durable. <http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-durable.html>
- /// Occelli 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 Qual 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>
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. 2013. <http://www.leciss.org/sites/default/files/Guide%20CISS-du-RU-4e-edition.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/IMG/pdf/Rediger_le_rapport_annuel_de_la_CRU_-_recommandations_et_modele_type.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/IMG/pdf/guide_tbfeps.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Pilotage des pôles. Mise à jour 02/2009.

Référence n° 3

- /// Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Solidarité. Plans de santé au travail. 2010-2014. http://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/Table_Ronde_2_QVT_EP_Annexe_B_Plan_SanteauTravail.pdf
- /// Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante.pdf
- /// HAS Qualité de vie au travail. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
- /// IGAS. L'activité libérale dans les établissements publics de santé. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000216-l-activite-liberale-dans-les-etablissements-publics-de-sante>
- /// 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/IMG/pdf/tome2.pdf>
- /// Le Boterf G. L'ingénierie des compétences. Paris : Éditions d'Organisation ; 1999.

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.anap.fr/domaines-de-competences/finances/>
- /// IGAS. Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier - Tome I, Volume I et II. 2013-11-18. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000314-evaluation-du-financement-et-du-pilotage-de-l-investissement-hospitalier-tome-i-volume>

Site Internet :

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : <http://www.anap.fr/>

Référence n° 5

- /// AFNOR. Système documentaire en établissement de santé – Organisation et gestion des documents d'archives. 2003
- /// Guide pratique du projet DMP en établissement de santé. 2012. <http://www.dmp.gouv.fr/documentation/guide-dmp-en-es>
- /// ANAP Sécurité des systèmes d'information des établissements de santé 2004. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/securite-des-systemes-dinformation-des-etablissements-de-sante/>

Site Internet :

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux : <http://www.anap.fr/>
Ministère des affaires Sociales et de la Santé. <http://www.sante.gouv.fr/systemes-d-information.html>
Programme hôpital numérique. <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>

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 décembre 2013. <http://www.sante.gouv.fr/les-achats-hospitaliers.html>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Restauration : organisation de la fonction. Mise à jour mars 2009. <http://www.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>
- /// ANAP. Optimiser l'organisation de la maintenance dans les hôpitaux et cliniques. 2009. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Maintenance_Batiments.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Améliorer le transport interne de patients dans les hôpitaux et clinique. Février 2009. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/ameliorer-le-transport-interne-de-patients-dans-les-hopitaux-et-cliniques/>
- /// 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.ecoresponsabilite.environnement.gouv.fr/IMG/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 (HICP AC). MMW R 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-Est. Les catégories d'eau dans les établissements de santé. Typologie, traitements complémentaires, référentiels. Septembre 2010. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin/cclinSudEst/2010_eau_CCLIN.pdf
- /// 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
- /// Groupe permanent d'étude des marchés de produits divers de l'industrie chimique et parachimique. Guide pour le nettoyage des locaux. 1999. http://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/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. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_technique_de_l_eau_dans_les_etablissements_de_sante_-_edition_2005.pdf
- /// Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Secrétariat d'État à la Santé. Liste des matériaux et objets organiques entrant au contact d'eau destinée à la consommation humaine. Mise à jour juin 2010. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/acs0610.pdf>
- /// Plan national santé environnement (PNSE). Mise à jour août 2009. <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse,3480.html>

- /// Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier. Référentiel de certification HQE pour les établissements de santé. Juillet 2008. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/referentiel-hqe-pour-les-etablissements-de-sante/>
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Déchets. Mise à jour janvier 2009. <http://www.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>
- /// Réseau santé qualité. Les rejets liquides hospitaliers. Guide méthodologique. Janvier 2001. http://www.graie.org/graie/graiedoc/doc_telech/biblio_hors_graie/racc-biblio/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.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations-gr-air-2004.pdf
- /// Société française d'hygiène hospitalière. Liste positive des désinfectants 2009. Hygiènes 2009 ; 17(3). http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_LPD-2009.pdf
- /// Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières. 2009 <http://www.sante.gouv.fr/les-nouvelles-organisations-et-architectures-hospitaliere.html>

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://www.c2ds.com/>

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. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005407&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
- /// 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. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
- /// Michel P, Lathelize M, Quenon JL., Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M., Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports) – Mars 2011, Bordeaux. http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.cpm.aquisante.priv/files/ENEIS-RapportComparaison_2004-2009%20final-Mars2011.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, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, et al., Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Novembre 2010. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/Dossiers/SolidariteSante/2010/17/article201017.pdf>
- /// Michel P et al. Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. Juillet 2007. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13458/1/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 Result 2005 ; (398).
- /// Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Deuxième édition 2009. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000029/0000.pdf>
- /// Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Les infections nosocomiales. Guides et recommandations. Mise à jour mars 2009. <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales-guides-et-recommandations.html>
- /// Ministère de la Santé et des Sports. Infections nosocomiales. Le dossier. Janvier 2009. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier.pdf>
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. Édition n° 6, mise à jour mai 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_securite_sanitaire_2010.pdf
- /// 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. octobre 2009. <http://www.sante.gouv.fr/plan-blanc-et-gestion-de-crise.html>
- /// 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 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 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 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 2008 ; 5(2) : 106-15.
- /// Société française d'hygiène hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Hygiène 2010 ; 28(4). http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf
- /// Organisation Mondiale pour la Santé. Solutions pour la sécurité . Preambule. Mai 2007. http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf

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

- /// 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/plaintes-et-reclamations-dans-les-etablissements-de-sante-un-levier-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des-usagers_4056.html
- /// Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) : la 3ème campagne de recueil des données démarre. 2013.
<http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis-la-3eme-campagne-de-recueil-des-donnees-demarre.html>
- /// Présentation de l'indicateur de mesure de satisfaction des patients hospitalisés Dossier de presse Jeudi 4 novembre 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP_-_Presentation_de_l_indicateur_de_mesure_de_satisfaction.pdf
- /// 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://www.compahpst.fr/data/indicateurs/04_Fiche_signaletique_SAT.pdf

Référence n° 10

- /// Collectif interassociatif sur la santé. Usagers du système de santé : connaissez et faites valoir vos droits. Guide destiné aux usagers et à leur entourage. 2010-2011. http://www.leciss.org/sites/default/files/100304_GuideCissConnaissezFaitesValoirDroitsUsagersSante_BD_01.pdf
- /// Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi
- /// 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 médico-sociaux. 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/IMG/pdf/Anesm_elements-appropriation_maltraitanceetablissement06.pdf
- /// Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juillet 2008.
<http://www.lamaisondelautonomie.com/wp-content/files/definition%20et%20reperes%20bientraitance.pdf>
- /// 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 médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Janvier 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/
- /// Union nationale des associations familiales. Les chartes dans le domaine de la santé. Des outils pour les représentants des usagers. Décembre 2007.
http://www.unaf.fr/IMG/pdf/Chartes_sante.pdf

Référence n° 11

- /// Haute Autorité de Santé. Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique. Juin 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/format2 clics_info-patient.pdf
- /// Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Événement indésirable grave : parlons-en. Guide pratique à l'attention des équipes hospitalières. Septembre 2008.
http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/71/id_fiche/4371
- /// 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. A consensus statement of the Harvard hospitals. March 2006.
<http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>
- /// Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle. Février 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/
- /// Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. À paraître en 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/
- /// Guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient 2011.
http://www.cneh.fr/Portals/2/05-PUBLICATIONS/GUIDE-PATIENT/DOCS/Guide_Droit_Patient_2011_2012_ENTIER.pdf
- /// 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>

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 décembre 2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

Référence n° 13

- Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. Juin 2008. <http://www.sfap.org/pdf/0-K2-pdf.pdf>
- 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. Juin 2006. <http://www.sfar.org/article/122/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques-concernant-l-rsquo-application-de-la-loi-n-deg-2005-370-du-22-avril-2005-relative-aux-droits-des-malades-et-a-la-fin-de-vie>
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=407C3F0AB8B1379FAD812AC0A7F6A9C9.tpdjo03v_3?cidTexte=LEGITEXT000006051560&dateTexte=20110110#
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 2008. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie. Soins palliatifs et accompagnement. Repères pour votre pratique. Saint-Denis: Inpes ; 2009. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/933.pdf>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Soins palliatifs et accompagnement. Saint-Denis: Inpes ; 2009. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1255.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

- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Identification du patient. Avril 2002. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/identification-du-patient/>
- World Health Organization. Patient Identification. May 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>

- Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé 2009. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drass31/Rapports/2009/identitoJuil2009.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/IMG/pdf/Elaborer_et_diffuser_le_livret_d_accueil_des_personnes_hospitalisees_-_recommandations_et_propositions-2.pdf
- Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique. Référentiel Marianne. <http://www.modernisation.gouv.fr/la-qualite-des-services-publics-sameliore/en-fixant-des-referentiels/le-referentiel-marianne-socle-dengagement-interministeriel-en-matiere-de-qualite-daccueil>

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/
- ANESM Les attentes de la personne et le projet personnalisé. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

Référence n° 18

- 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.fcrrs.ca/publicationsandresources/researchreports/commissionedresearch/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>
- 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.sersante.com/charte-enfant/>
- 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 2011. 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>

- /// 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 protéino-énergétique 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 du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité. La nutrition en établissement de santé. Mise à jour avril 2009. <http://www.sante.gouv.fr/la-nutrition-en-etablissement-de-sante.html>
- /// Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité. Programme national nutrition santé. Mise à jour janvier 2011. <http://www.sante.gouv.fr/nutrition-programme-national-nutrition-sante-pnns,6198.html>
- /// 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. Mai 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf
- /// Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité. La prévention du suicide. Juillet 2009. <http://www.sante.gouv.fr/suicide.html>
- /// Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études Résultat 2006 ; (488). <http://www.sante.gouv.fr/suicides-et-tentatives-de-suicide-en-france.html>
- /// Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur la « Nutrition artificielle périopératoire en chirurgie programmée de l'adulte » 2011. http://www.sfnep.org/images/stories/pdf_referenciel/recosperiopncm2011.pdf

Référence n° 20

- /// 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/
- /// Haute Autorité de Santé. Recommandations sur les outils d'auto-évaluation et de sécurisation de l'administration des médicaments en établissements de santé. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946211/
- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé. Document de travail. 2004. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circuit_medic.pdf
- /// Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux. Outil - Cahier des charges-type : Circuit du médicament. Mise à jour décembre 2010. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/cahier-des-charges-type-circuit-du-medicament/>

- /// Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé. Sécurisation du circuit du médicament. Guide méthodologique. Mai 2006. http://www.synprefh.org/Data/upload/Images/Design/pdf/circmed_guide_synprefh_200605.pdf
- /// World Health Organization Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. May 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>
- /// Ministère des affaires sociales et de la santé 2012. Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans les établissements de santé. <http://www.sante.gouv.fr/qualite-de-la-prise-en-charge-medicamenteuse-du-patient-dans-les-etablissements-de-sante.html>
- /// Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/iatogenie_medicamenteuse.pdf
- /// Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bonnes pratiques de préparation. Décembre 2007. http://ansm.sante.fr/var/ansm_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. Juin 2009. [http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Le-Guichet-Erreurs-Medicamenteuses-de-l-Afssaps-bilan-de-30-mois-de-phase-pilote/\(language\)/fre-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/Le-Guichet-Erreurs-Medicamenteuses-de-l-Afssaps-bilan-de-30-mois-de-phase-pilote/(language)/fre-FR)

Site Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://ansm.sante.fr/>

Référence n° 21

- /// Haute Autorité de Santé. Activités de biologie médicale et certification des établissements de santé. Novembre 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/activite_biologie_medicale_certification.pdf

Site Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://ansm.sante.fr/>

Référence n° 22

- /// Haute Autorité de Santé. Indications de la radiographie du bassin. Février 2008. 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.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>

- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Guide pratique radioprotection. Services utilisant les RX. Juillet 2008. <http://www.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>
- /// 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 2013. <http://gbu.radiologie.fr/>
- /// Société française de radiologie. Guide des Procédures Radiologiques : Critère de Qualité et Optimisation des Doses. Mise à jour août 2010. <http://www.sfrnet.org/sfr/professionnels/5-referentiels-bonnes-pratiques/guides/guide-procedures-radiologiques/index.phtml>

Sites Internet :

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : <http://ansm.sante.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/upload/docs/application/pdf/education_asthmatique_adulte_synthese.pdf
- /// 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/
- /// Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient 2008. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf
- /// Compétences en éducation thérapeutique du patient 2013. <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/index.asp>

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/jcms/c_447513/fr/sortie-du-patient-hospitalise

Référence n° 25

- /// Haute Autorité de Santé. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_reco_transfert_en_urgence.pdf
- /// Engender Health, 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-emocfrench.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.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>
- /// Société française de médecine d'urgence. Référentiels SFMU : <http://www.sfmou.org/fr/ressources/referentiels>
- /// Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000662/0000.pdf>

Référence n° 26

26.a - Bloc opératoire

- /// Haute Autorité de Santé. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire". Mise à jour janvier 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire
- /// World Health Organization. Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge. Mise à jour 2009. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- /// 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
- /// Haute Autorité de Santé, Collège français des anesthésistes-réanimateurs, Société française d'anesthésie et de réanimation. Antibioprophylaxie périopératoire. Référentiel de pratiques professionnelles. Juin 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Antibio_Periooperatoire_ref.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Bloc opératoire. Gestion, organisation et performance. Mise à jour juillet 2008. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Blocs_Rapport_final_chantier_approfondissement_juin2008.pdf
- /// Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations de la SFAR. <http://www.sfar.org/categorie/8/recommandations-de-la-sfar/1>

26.b - Autres secteurs d'activité à risque

Radiothérapie :

- /// Autorité de sûreté nucléaire. Guide d'auto-évaluation des risques encourus par les patients en radiothérapie externe. Janvier 2009. <http://classique.asn.fr/index.php/S-informer/Publications/Guides-pour-les-professionnels/>

Activités médicales :

- /// Autorité de sûreté nucléaire. Guide de management de la sécurité et de la qualité des soins de radiothérapie. Avril 2009.
<http://classique.asn.fr/index.php/S-informer/Publications/Guides-pour-les-professionnels/>
- /// 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/
- /// 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.sfpn.fr/download/fichiers/docs_sfpn/200810_guide_dosi_in_vivo.pdf
- /// Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Organisation et sécurité des services de radiothérapie. Mise à jour mars 2009.
<http://www.anap.fr/domaines-de-competences/organisation/>

Médecine nucléaire :

- /// The European Association of Nuclear Medicine (EANM). Publications - Guidelines.
<http://www.eanm.org/publications/guidelines/index.php?navId=37&PHPSESSID=cho2aggnr4l4k6hucf5h45e8t1>

Endoscopie :

- /// Ministère de la Santé et des Solidarités. Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie. 2007.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/microbio_endoscopes-2.pdf
- /// Société française d'endoscopie digestive. Recommandations.
<http://www.sfed.org/Recommandations/Recommandations.html>
- /// Société française d'endoscopie digestive, Haute Autorité de Santé. Check-list "Sécurité du patient en endoscopie digestive". 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1357134/fr/check-list-securite-du-patient-en-endoscopie-digestive
- /// Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Sud-Est. J. Fabry. Gestion des risques en endoscopie digestive. 2009.
http://www.sfed.org/documents_sfed/files/mediatheque/jr09_maitrisqinf_gestrisq.pdf

- /// Boustière C, Tailleux A, Sautereau D. Organisation optimale d'un centre d'endoscopie. 2009.
http://www.sfed.org/documents_sfed/files/mediatheque/vd09_centrendoorgaopti.pdf
- /// Febvre M, Trosini-Desert V, Atassi K, et al. Les bonnes pratiques de la bronchoscopie souple diagnostique, en 2007. *Rev Mal Respir* 2007; 24(10) : 1363-92
- /// Trosini-Désert V, Vergnon JM, J.P. Collet JP, et al. Bronchoscopie souple et antiagrégants plaquettaires : analyse du rapport bénéfices-risques. *Rev Mal Respir* 2007; 24(1) : 48-56.

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 médico-sociaux 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. Développement Professionnel Continu.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/
- /// Haute Autorité de Santé. EPP, DPC et Certification V2010.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_482859/
- /// Haute Autorité de Santé. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans la certification. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_989344/

Sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
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 médicoteknique
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre 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
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée inter-régionale
USLD	Unité de soins de longue durée

Index

accréditation (médecins et équipes médicales)	19,37,73,76
accréditation du laboratoire	67
accueil	49,50
activité à risque	24,74
achat	31
air	34
anatomo-cytopathologie	67
antibiotiques	41, 42
approvisionnements	30, 31,32
atténuation	39
bénéfice-risque	50,57
bienveillance	48,50
biologie médicale	67
bloc opératoire	26,56, 73,65
bonnes pratiques	19,48,50,53,62,63,66,69,75,78
<i>check list</i>	73
compétences	24,38,70,72,74
confidentialité	31,48, 49,51,71
consentement	50,51, 52,57,64,73
continuité des soins	55, 59,71,75
crise (cellule, gestion, situation de)	40,54
culture (de qualité, d'évaluation)	19, 20,23,69,78
danger	39
déchets	36
démarche palliative	54
développement durable	16,34
dialogue social	22
dignité	31,48, 49,50
dispositifs médicaux	38,73,75
dons d'organes	75
dossier (du patient)	42,53,55,62,66
douleur	53,60
droits des patients	18,48,54
eau	33
éducation thérapeutique	60,62, 70
efficacité	19, 26,67,60,64,69,73
effluents	33,36
endoscopie	74
énergie	34
équipement	32,44
éthique	17,48,50,54
évaluation des pratiques professionnelles	19,50,76,77,78
événements indésirables	20,25, 40,45,73,74
fin de vie	54
formation	17, 24,29,36,41,42,52,53,59,61,63,64,66,67,68,70,74
gestion documentaire	28
handicap	54, 60
hygiène	17,30,31, 35,36,41,49
identification du patient	7,50,84
imagerie médicale	68,69
indicateurs	18,23,24,41,42,55,56,62,65,66,67,73,74,75,78
information	
du patient	51,52
système (d')	15, 28,65,73,75
infrastructures	29
instances	18,19,22,23,26,36,37,38,46,48
intégration (du personnel)	24
intimité (du patient)	49
laboratoire	56, 67
linge	30
locaux (hygiène des)	35
maintenance	27,29,32,33,34,44,74
maladies chroniques	60,70
maltraitance	45, 48
management	16,19, 24,37,38,40,60,67
médecine nucléaire	74

médicament	38, 65,66
orientations stratégiques	15,16,18,19,24,25,27,48,67,69
pertinence	43, 66,77
plaintes	40, 45,48
population	60,61
prescription	42,44,50,62, 65,66,67,68,77
prevention	25,29,39,41,45,51,56,63,73,74
projet personnalisé	52, 57,75
radiothérapie	74
recupération	39,44
restauration	30
retour d'expérience	40,43,74
réunions de concertation pluridisciplinaire	76,77
revue de mortalité-morbidité	40,66,73,76
risque	
infectieux	34,36, 41
professionnels	25
suicidaire	63
transfusionnel	43
risques <i>a priori</i>	39
risques (gestion des)	16, 38,40,73
santé	25
satisfaction	
personnels (des)	25
usagers (des)	46
patient (du)	23,32,51,73,74

sécurité	
biens et personnes (des)	26
établissement (dans l')	20
soins (des)	15, 18,19,20,21,23,37,38,40,43,46,56,74
système d'information (du)	28
signalement	20,40,41,43,45,48
soins de suite et de réadaptation	75
somatique (prise en charge)	58
sortie	55, 71
stratégie	15,16,19,23,53
tableaux de bord	23
transport	30, 31,55,67,73
urgence(s)	26,29,31,40,56, 59,67,68,72,73,75,77
usagers	18, 21,23,33,40,45,48,51,72
valeurs	15,74
veille réglementaire	38
veille sanitaire	43
vie (qualité de)	25
vigilances	43

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.

Accréditation des laboratoires de biologie médicale : reconnaissance formelle de la compétence d'un laboratoire de biologie médicale à réaliser des examens de biologie médicale.

Accréditation partielle d'un laboratoire de biologie médicale : accréditation pour une partie de l'activité du laboratoire de biologie médicale, c'est-à-dire au moins un examen de biologie médicale de la phase préanalytique à la phase postanalytique.

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 – art. 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 développement¹. 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 L. 236-2), 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.

Dommage : blessure physique ou atteinte de la santé des personnes, ou atteinte aux biens ou à l'environnement (ISO/CEI 51, 1999).

Données de référence pour la prescription médicamenteuse (projet d'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé) :

1. Données réglementaires

- /// résumé des caractéristiques du produit ;
- /// arrêtés pris en application de l'article L. 162-17-2-1 du Code de la sécurité sociale ;
- /// s'agissant de spécialités autorisées dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation dites "de cohorte", le résumé des caractéristiques du produit du pays d'origine de la spécialité ainsi que le protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations ;
- /// s'agissant de spécialités autorisées dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation dites "nominatives", le résumé des caractéristiques du produit du pays d'origine de la spécialité, la brochure pour l'investigateur ou la note d'information thérapeutique et le protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations le cas échéant ;
- /// protocoles thérapeutiques temporaires ;
- /// s'agissant des médicaments expérimentaux, la brochure pour l'investigateur et le protocole de l'essai clinique.

2. Documents d'information sur l'état de la science

- /// recommandations de bonnes pratiques de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, de la Haute Autorité de Santé et de l'Institut national du cancer ;
- /// mises au point de l'Agence française de sécurité sanitaire ;
- /// fiches de bon usage du médicament éditées par la Haute Autorité de Santé ;
- /// avis de la commission de la transparence et synthèse d'avis de la Haute Autorité de Santé ;

¹ 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.

- /// guides "affection de longue durée" et protocoles nationaux de diagnostic et de soins édités par la Haute autorité de santé.

3. Documents non institutionnels

- /// recommandations de bonnes pratiques produites par les sociétés savantes, les collèges professionnels.

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 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).

Examen de biologie médicale délocalisée : examen de biologie médicale dont la phase analytique est réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale lorsqu'elle est rendue nécessaire par une décision thérapeutique urgente. Le biologiste médical conserve la responsabilité de la validation des résultats obtenus.

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 références (documentation source) ;
- /// l'élaboration de critères d'identification et de classification ;
- /// la rédaction de procédures 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 : affection de longue durée qui, en règle générale, évolue 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 de 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.

Politique qualité : orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des bénéficiaires.

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 personnalisé : 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.

N.B. : 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.

Radioprotection : ensemble des règles, des procédures et des moyens de prévention et de surveillance visant à empêcher ou à réduire les effets nocifs des rayonnements ionisants produits sur les personnes directement ou indirectement.

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. L'HAD constitue une unité d'œuvre. Elle est par conséquent, au sein de ce manuel, considérée comme un secteur d'activité.

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-, addicto-, 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 spécifiés.

Remerciements

Contributeurs à la révision 2011 du manuel de certification V2010

Groupe de travail Biologie médicale

Experts :

Mme le Dr Odette AGULLES, correspondant de biovigilance et de réactovigilance, pôle laboratoires, CHU, Vandœuvre-lès-Nancy.

M. le Dr Pierre-Jean BARGNOUX, pharmacien-biologiste, centre Jean-Perrin, Clermont-Ferrand. Chargé de mission du groupe de travail.

Mme le Dr Claude BOUYER, biologiste, chef du service de biochimie, centre Antoine-Lacassagne, Nice.

M. Régis CAILLAUD, cadre de santé, direction du pôle médecine physique et réadaptation, CHU, Nantes.

Mme le Dr Danielle DUCHASSAING, biologiste, chef du service de biochimie, centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil.

M. le Dr Jean-Marc GIANNOLI, biologiste, laboratoire médical des Charpennes, Villeurbanne.

Mme Martine GIORDANO, cadre supérieur de santé, responsable qualité, direction qualité gestion des risques, AP-HM, Marseille.

M. le Dr Bernard GOUGET, biologiste, conseiller santé publique, Fédération hospitalière de France (FHF), Paris.

Mme le Dr Anne GRUSON, biologiste, chef de service, laboratoire de biochimie-toxicologie, centre hospitalier, Arras.

M. le Dr Patrice LEFEVRE, hématologue, chef de service, hôpital de la Conception, Marseille.

Mme le Dr Line LEGRAND, pharmacien, bureau de la qualité des pratiques et recherches biomédicales, ministère de la Santé, Direction générale de la santé, Paris.

M. le Dr Jean-Michel LE MAUFF, représentant des usagers, Vineuil.

Mme Hélène MEHAY, responsable de la section santé humaine, Comité français d'accréditation (COFRAC), Paris.

M. Frédéric ROSSBAND, attaché de direction qualité communication-sécurité, centre Bouffard-Vercelli, Cap Peyrefite, Cerbère.

M. le Dr Éric VALLÉE, biologiste, centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, Poissy.

Mme le Dr Anne VASSAULT, biologiste, laboratoire de biochimie métabolique, pôle de biologie et produits de santé, hôpital-Necker-Enfants malades, Paris.

M. le Dr Michel VAUBOURDOLLE, biologiste, chef de service, service biochimie, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Membres de la HAS :

Mme Dominique FERRÉOL, chef de projet, pilote du groupe de travail biologie médicale, service développement de la certification, DAQSS.

Groupe de travail Hospitalisation à domicile

Experts :

Mme Sylvie CHAPUIS-JOUE, directrice des soins, groupe Saint-Vincent, Strasbourg.

Mme Anne COUSTETS, médecin-directeur, santé service Bayonne et Région, Bayonne.

Mme le Dr Florence ELOY, pharmacienne, SANTELYS, Parc Eurasanté, Loos.

M. Stéphane FRAISSE, directeur adjoint, soins et santé, Caluire et Cuire. Chargé de mission du groupe de travail.

Mme Martine GILLER, responsable assurance qualité, Santé Service Ile-de-France, Puteaux.

M. David DELPERIE, responsable adjoint de la filière soins, HAD de Rodez, Rodez.

Mme Catherine DUBREUCQ, directeur, SANTELYS - Parc Eurasanté, Loos.

Mme le Dr Anne FOURQUIER, médecin coordonnateur, HAD de Nantes, Nantes.

M. Éric GARCIA, ingénieur qualité, maître de conférences associé, IFROSS, université Lyon 3, HAD soins et santé Lyon, Solaize.

Mme Nathalie JAN, cadre de santé coordonnateur, AUB SANTE - HAD centre Bretagne, Pontivy.

M. le Dr Éric LABADIE, médecin généraliste, gériatre, Toulouse.

M. Jérôme LEMAI, qualitatif, HAD de Lens, Lens.

Mme Danièle MARANDE, directrice des soins, HAD de l'AP-HP, Paris.

M. le Dr Pierre PERUCHO, délégué régional FNEHAD, coordonnateur HAD hôpital public, CH Saint-Jean, Perpignan.

M. Nicolas PIPART, qualitatif, SANTELYS, Parc Eurasanté, Loos.

Membres de la HAS :

Mme Fabienne MENOT, conseiller technique, pilote du groupe de travail HAD, DAQSS.

Mme Yasmine SAMI, chef de projet, pilote du groupe de travail HAD, service développement de la certification, DAQSS.

Mme le Dr Isabelle RULLON, 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.

Groupe de travail Santé mentale

Experts :

M. le Pr Jean-François ALLILAIRE, psychiatre, président du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, chef de service, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris.
M. le Dr Jean-Marie BOBILLO, pédopsychiatre, Perpignan.
M. le Dr Roland BOUET, psychiatre, président de CME, CHS Henri-Laborit, DIM, Poitiers. Chargé de mission du groupe de travail.
Mme le Dr Marie-Christine CABIÉ, psychiatre, hôpital Esquirol, Saint-Maurice.
M. Bernard CANAC, responsable qualité, CH Sainte-Marie, Rodez.
Mme Aude CARIA, psychologue, responsable maison des usagers, CH Sainte-Anne (Paris), chargée de mission centre collaborateur OMS, Lille.
M. Alain DEBETZ, directeur, CH de Saintonge, Saintes.
M. Antoine DE RICCARDIS, directeur, CH Charles-Perrens, Bordeaux.
Mme Claude FINKELSTEIN, présidente, FNAPSY, Paris.
M. François GÉRAUD, directeur, association l'Élan retrouvé, Paris.
M. le Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, EPS de Ville-Évrard, Neuilly-sur-Marne.
M. Alain LONGONE, représentant FHP-UNCPSY, directeur, clinique Saint-Didier.
Mme Maud PAPIN-MORARDET, ingénieur, coordinatrice du projet d'établissement, responsable communication, présidente de l'Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ANRQ-PSY), CH des Murets, La Queue-en-Brie.
M. le Dr Ricardo SCHABELMAN, médecin directeur, président de l'ANHDJ, hôpital de jour Gombault-Darnaud, Paris.
M. le Dr François TORRES, psychiatre, clinique les Sophoras, Nîmes.
M. Alain VALLET, cadre supérieur de santé, CHS, La Charité-sur-Loire.
Mme Marie-Françoise VALOIS, responsable qualité et des relations avec les représentants d'usagers, Société parisienne d'aide à la santé mentale, Paris.
M. le Dr Patrice VAN AMERONGEN, médecin, Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), Noisy-le-Roi.

Membres de la HAS :

M. Philippe LALY, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, pilote du groupe de travail santé mentale, DAQSS.
M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, pilote du groupe de travail santé mentale, DAQSS.

Groupe de travail Exigences de la certification en matière de prise en charge et droits des patients en fin de vie

Experts :

M. le Dr Régis AUBRY, responsable du département douleur soins palliatifs, président de l'Observatoire national de la fin de vie, coordonnateur du programme national de développement des soins palliatifs, CHU, Besançon.
Mme Hélène ANTONINI-CASTERA, directrice d'établissement, institut Robert-Merle-d'Aubigné, Valenton.
Mme Marie-Noëlle BELLOIR, cadre de santé, CHU, Rennes.
M. Nicolas BRUN, représentant des usagers, chargé de mission santé, UNAF, Paris.
M. Alain CHALOCHE, directeur d'établissement, expert-visiteur HAS, direction de l'organisation, de la qualité et des relations avec les usagers, Hospices civils de Lyon, Lyon.

M. le Dr Bernard DEVALOIS, médecin de soins palliatifs, unité de soins palliatifs, centre hospitalier, Puteaux.

Membres de la HAS :

M. le Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service développement de la certification, DAQSS.
Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, conseiller technique, pilote du groupe de travail exigences de la certification en matière de prise en charge et droits des patients en fin de vie, DAQSS.
Mme Véronique GHADI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Anne-Sophie GROSSEMY, chef de projet, service certification des établissements de santé, unité d'information sur la certification des établissements de santé, DAQSS.
M. Philippe LALY, adjoint au chef de service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS.

Autres membres de la HAS ayant participé à la révision 2011 du manuel

Mme le Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Isabelle ALQUIER, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS.
Mme Emmanuelle BLONDET, chef de projet, service documentation, DCIP.
M. le Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, DAQSS.
M. le Dr Philippe CABARROT, conseiller technique, DAQSS.
Mme Renée CARDOSO, chef de projet, service documentation - information des publics, DCIP.
Mme Sabine COHEN-HYGOUNENC, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, pôle information sur la certification, DAQSS.
Mme le Dr Sophie de CHAMBINE, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, DAQSS.
Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Christine GARDEL, chef de service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS.
Mme Véronique GHADI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
M. le Dr Cédric GROUCHKA, membre du Collège.
M. Jean-Paul GUÉRIN, membre du Collège, président de la commission de certification des établissements de santé.
Mme Muriel JAKUBOWSKI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
M. Raymond LE MOIGN, directeur, DAQSS.
Mme Michèle LENOIR-SALFATI, chef de service certification des établissements de santé, DAQSS.
M. le Dr Philippe LOIRAT, conseiller technique, DAQSS.
M. Bruno LUCET, adjoint au chef du service certification des établissements de santé, pôle méthodes et organisation, DAQSS.
M. le Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS.
Mme Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, DAQSS.

M. le Dr Patrice PAPIN, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS.

Mme Frédérique POTHIER, chef du service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS.

Mme le Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Relecteur externes - Manuel révision 2011

M. le Pr Jean-François ALLILAIRE, psychiatre, président du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, chef de service, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris.

Mme Cécile ANGLADE, ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau 02, Paris.

M. le Dr Charles ARICH, réanimateur, pôle anesthésie-réanimation douleur et urgence, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

M. Didier BARON, président de la Conférence des présidents de CME-Privée, fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.

Mme Maella BEDDOU, chargée de mission, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

Mme Samah BEN ABDALLAH, conseiller santé social, pôle santé-social, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.

M. le Dr Pierre-Jean BÉNEZET, médecin coordonnateur régional UGECAM-PACA, Marseille.

Mme Cécile BENEZET-DUTEIL, conseiller santé social, pôle santé-social, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.

Mme le Dr Sylvia BENZAKEN, praticien hospitalier, vice-présidente de CME, laboratoire central d'immunologie, CHU Nice-Larchet, Nice.

M. François BÉRARD, délégué national, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Paris.

Mme le Dr Marie-Lise BISCAY, pharmacien des hôpitaux, membre de la CCES/HAS, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.

M. Philippe BURNEL, délégué général, Fédération de l'hospitalisation privée, Paris.

M. le Dr Michel CAZABAN, praticien hospitalier, pôle pharmacie santé publique évaluation, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

M. René CAILLET, adjoint au délégué général, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, Fédération hospitalière de France, Paris.

M. Jean CANNEVA, président de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), président du comité de suivi du plan santé mentale et psychiatrie, Paris.

M. Paul CASTEL, président de la Conférence des directeurs généraux de CHRU, directeur général, Hospices civils de Lyon, Lyon.

M. David CAUSSE, coordonnateur du pôle santé-social et directeur du secteur sanitaire, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif (FEHAP), Paris.

M. Antoine DE RICCARDIS, directeur, CH Charles-Perrens, Bordeaux.

M. Alain DEBETZ, directeur, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.

M. Alain DESTÉE, président de la Conférence des présidents de CME de CHU, commission médicale d'établissement CHRU, hôpital Roger-Salengro, Lille.

M. le Dr Laurent DEFROMONT, pôle département d'information et de recherche médicale (DIRM), EPSM Lille-Métropole, Armentières.

M. Julien DELONCA, ingénieur qualité, direction qualité et gestion des risques, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

M. Philippe DOMY, président de la commission qualité, risques, usagers de la Conférence des directeurs généraux de CHU, directeur général, CHU d'Amiens, Amiens.

Mme Anne-Marie DORÉ, directrice des soins, Fédération hospitalière de France (FHF), Paris.

M. Guillaume du CHAFFAUT, directeur de la qualité et de la clientèle, pôle support, CHU d'Amiens-Picardie, Amiens.

Mme le Dr Édith DUFAY, chef du service pharmacie, centre hospitalier, Lunéville.

M. Xavier DUPONT, secrétaire général, contrôleur général des lieux de privation de liberté, Paris.

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.

M. Francis FELLINGER, président de la Conférence des présidents de CME de CH, centre hospitalier, Haguenau.

Mme Evelyne FOURNIÉ, responsable de la mission radiothérapie, direction des soins et de la vie des malades, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.

M. Vincent FRANCHI, chargé d'affaire, pôle expositions médicales, direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de sûreté nucléaire, Paris.

M. Denis FRÉCHOU, président de la Conférence des directeurs de CH, direction des hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice.

Mme le Dr Diane FUZ, praticien hospitalier, service hospitalisation à domicile, pôle médecines spécialisées, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

M. Didier GAILLARD, président de la Conférence des présidents de CME-PSPH, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris.

Mme le Dr Isabelle GASQUET, direction de la politique médicale, AP-HP, Paris.

M. le Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, EPS de Ville-Évrard, Saint-Denis.

M. Jean-Luc GODET, directeur, direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de sûreté nucléaire, Paris.

Mme Catherine GRENIER, directrice, département qualité indicateurs, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Paris.

Mme Claude GUELDRY, directrice, BAQIMEHP, Paris.

M. Yvan HALIMI, président de la Conférence nationale des présidents de CME de CHS, hôpital Sud, La Roche-sur-Yon.

M. Joseph HALOS, président de l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM), EPSM Lille-Métropole, Armentières.

Mme Élisabeth HUBERT, ancien ministre, présidente, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Paris.

M. le Dr Jean-Marc ISRAËL, médecin nucléaire, expert-visiteur et coordonnateur auprès de la HAS, clinique du Diaconat, Mulhouse.

M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.

Mme le Dr Paule KUJAS, adjointe au chef de bureau, bureau PF2, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

M. le Pr Eric LARTIGAU, président de la société française de radiothérapie oncologique (SFRO), directeur de la recherche et des relations avec l'université, chef du département universitaire de radiothérapie, centre Oscar-Lambret, Lille.

Mme le Dr Sophie LAZARETH, psychiatre, pôle psychiatrie, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

M. Dominique LE DU, président de la Société française de physique médicale (SFPM), service d'oncologie - radiothérapie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

M. Yannick LE GUEN, sous-directeur, sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère de la Santé et des Sports, Paris.

Mme le Dr Hélène LOGEROT, conseiller médical, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.

M. Alain LONGONE, représentant FHP-UNCPSY, directeur, clinique Saint-Didier.

Mme le Dr Bertrice LOULIÈRE, pharmacien, inspecteur général de santé publique, coordonnateur de l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) auprès de l'agence régionale de santé d'Aquitaine, Bordeaux.

M. Roland LUBEIGT, président de l'Association des établissements participant au service public de santé mentale(ADESM), directeur de l'EPS B. Durand, Étampes.

M. Dominique MAIGNE, président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Paris.

Mme Carole MARCHAL, adjointe au directeur, direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de sûreté nucléaire, Paris.

Mme Catherine MARINO, responsable qualité, direction qualité et de la gestion des risques, centre hospitalier universitaire Carêmeau, Nîmes.

Mme le Dr Laetitia MAY, adjointe au chef de bureau, bureau PF2, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

M. François MEILLIER, délégué général, UNCPSY, Paris.

M. Marc MOREL, directeur du CISS, Paris.

Mme le Dr Linda MORISSEAU, présidente, Association nationale des hôpitaux de jour (ANDJ), Paris.

M. le Pr Olivier MUNDLER, médecin nucléaire, président de la Société française de médecine nucléaire, hôpital La Timone, AP-HM, Marseille.

M. Gérard PARMENTIER, secrétaire général, UNHPC, Pontoise.

Mme Michèle PERRIN, chargée de mission, bureau PF2, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

M. le Dr Pierre PERUCHO, médecin coordonnateur, chirurgie ambulatoire et HAS, centre hospitalier, Perpignan.

Mme Stéphanie PIERSON-CROUILLERE, secrétaire général, groupe UGECAM, Paris.

Mme Claude RAMBAUD, présidente, association Le Lien, Courtabœuf.

M. le Dr Denys RIBAS, pédopsychiatre, président, Fédération des associations gérant des hôpitaux de jour en pédopsychiatrie en Île-de-France, hôpital de jour Entraide universitaire, Paris.

M. le Dr Jean-Luc ROELANDT, directeur du centre collaborateur le l'OMS, EPSM Lille-Métropole, Mons-en-Barœul.

Mme le Dr Valérie SALOMON, chef de bureau, bureau qualité et sécurité des soins (PF2), sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

M. Christian SAOUT, président du CISS, Paris.

M. le Dr Ricardo SCHABELMAN, médecin directeur, hôpital de jour Gombault-Darnaud, Paris.

Mme Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, représentante d'usagers, expert-visiteur HAS, cadre de santé retraité, Paris.

Mme Sylvie THELLIER, ergonome, expert facteurs humains, service d'étude des facteurs humains, direction de la sûreté des réacteurs, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Fontenay-aux-Roses.

M. le Dr François TORRES, psychiatre, clinique les Sophoras, Nîmes.

Mme Marie-Françoise VALOIS, responsable qualité et de la gestion des risques, responsable des relations avec les représentants d'usagers, Société parisienne d'aide à la santé mentale, Paris.

Mme Nelly VAN DAMME, directeur adjoint, direction qualité et gestion des risques, CHU Carêmeau, Nîmes.

Mme le Dr Vanessa VANROSEMMAGNANI, bureau PF2, chargée de mission, direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

M. le Dr Emmanuel VAUCHER, gastro-entérologue, expert-visiteur auprès de la HAS, centre hospitalier, Narbonne.

M. Stéphane VAZILLE, ingénieur qualité, direction qualité et de la clientèle, centre hospitalier, Cannes.

M. Gérard VINCENT, délégué général, Fédération hospitalière de France, Paris.

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-DEMAY, 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 la 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 cervico-faciale, 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 médico-psychologique 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 LOMBRAIL, 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.

M. le Pr Gilles BOUVENOT.

M. Raoul BRIET.

M. Étienne CANIARD.

M. le Pr Jean-Michel DUBERNARD.

M. Jean-Paul GUÉRIN.

M. le Dr Claude MAFFIOLI.

Mme le Pr Lise ROCHAIX.

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.

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 médico-sociale (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 Parray-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 retraitée, 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 Gatiens-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, CMCR 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 (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.
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.

Assistantes :

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 médico-sociale, 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 du 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-Près.

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 BLED, responsable qualité, centre hospitalier Georges-Mazurelle, EPSM Hôpital-Sud, La Roche-sur-Yon.

M. le Dr Patrice BLONDEL, président, Association française des gestionnaires de risques 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, Étaples.

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 médico-sociale (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 CHALLOCHET, 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-Soleils, 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, CEPPRAL, 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 biomédecine, 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-accréditation, hôpital local, Sartène.

M. Olivier DEBAY, directeur général, clinique du Sud, Carcassonne.

M. Jacques DEFER, directeur adjoint, expert-visiteur 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-visiteurs, 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 Synpreffh, 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-visiteurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

M. le Pr Étienne DORVAL, président, évaluation et accréditation des hépato-gastro-entérologues (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 (SNPHAR), 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, qualitiennne, 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 de l'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 médico-psychologique 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, techniciennne 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 médico-économique 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 (CNPMEHP), 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 HANQUAUT, 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 HUIIN, 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 médico-économique 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 Carémeau, 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 LATHELIZE, 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 LECLLET, 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 Héléne LOGEROT, conseiller médical, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.

M. le Dr Jean-François LORIFERNE, anesthésiste-réanimateur, expert-visiteur 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-ment hospitalier universitaire Nord, Liancourt.

Mme Annick MACREZ, vice-présidente de l'Association française des gestionnaires de risques 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 psychothérapeutique 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-visiteur 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 de l'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 de l'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-visiteur 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-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre Antoine-Lacassagne, Nice.

Mme Aline MERCIER, directrice, expert-visiteur 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-Atilly.

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-visiteur 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 Leila 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-visiteurs, 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 professionnelles, 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, qualificateur, 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 SEGALLEN, 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 (SNPHAR), 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 THIBAUT, 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 – Castelnaud-le-Lez (34)
Centre psychopathologique 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 psychopathologique 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 – Cambo-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 Châtilhon-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 psychothérapeutique 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 Lentral – 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 aux lettres dédiées : 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