



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**MANUEL DE CERTIFICATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

V2010

Novembre 2008

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

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

Laurent DEGOS
Président de la Haute Autorité de Santé

François ROMANEIX
Directeur de la Haute Autorité de Santé

INTRODUCTION

1 – L'évolution du dispositif de certification portée par la V2010

La démarche de certification, désormais installée dans le paysage sanitaire français, est l'objet de nombreuses attentes de son environnement. La Haute Autorité de Santé a souhaité, dans le cadre du développement de la 3^e version, entreprendre un important travail de refonte avec un triple souci :

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

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

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

a) Le positionnement de la certification V2010

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 – Le manuel de certification V2010

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

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

a) La structure du manuel

Les choix retenus pour la structure du manuel sont :

- **un plan en deux chapitres**
 - chapitre I : Management de l'établissement
 - chapitre II : Prise en charge du patient

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

- **une organisation des éléments d'appréciation selon les étapes d'une démarche d'amélioration.**

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

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

Colonne	E1	E2	E3
Étape	Prévoir	Mettre en œuvre	Évaluer et améliorer
Nature des éléments d'appréciation	Définir une politique, organiser une activité, définir le plan d'actions, etc.	Réaliser une activité, respecter des exigences, mettre en œuvre un plan d'actions, former, sensibiliser, etc.	Évaluer l'activité, mettre en œuvre des actions d'amélioration, s'assurer de leur efficacité, etc.

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

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

b) Évolution par thèmes

Les développements thématiques du manuel ont concerné :

- le management des établissements
 - o Renforcement des exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité et au développement d'une culture de sécurité.
 - o Développement d'exigences sur des mécanismes d'évaluation et d'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles ; il s'agit de poursuivre les démarches engagées en V2 en les consolidant par leur institutionnalisation, leur déploiement adapté et intégré dans la pratique dans tous les secteurs d'activité, dans le cadre d'une interrogation élargie aux notions d'équité d'accès aux soins et d'analyse de la pertinence des soins.
 - o Sensibilisation aux évolutions du pilotage des établissements, à travers :
 - la promotion de modalités de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et par le suivi des activités d'évaluation et d'amélioration donnant une place primordiale à la concertation ;
 - l'intégration d'exigences relatives au développement durable.
- les droits des patients
 - o Nouveau positionnement des exigences relatives aux démarches éthiques.
 - o Sensibilisation à la notion de bientraitance. Dans le prolongement d'un mouvement qui a vu le jour au sein du secteur médicosocial, il a paru nécessaire, dans le cadre des travaux sur la V2010, d'aller au-delà d'exigences en matière de prévention de la maltraitance, limitées aux faits délictuels et individuels, en incitant les établissements à mettre en place des démarches permettant de rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes.
 - o Renforcement des exigences relatives au respect des droits des patients en fin de vie et aux soins palliatifs.
- la prise en charge du patient
 - o L'affichage d'objectifs prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins.
 - o Le renforcement de l'évaluation du fonctionnement des blocs opératoires.
 - o La valorisation de la prise en compte des maladies chroniques et de l'éducation thérapeutique des patients.
 - o Le renforcement de l'évaluation des activités à risque.

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

La complémentarité est également recherchée avec les différents mécanismes d'évaluation externe de la qualité rencontrés dans les établissements. En effet, pour répondre à des enjeux spécifiques ou dans le cadre d'une stratégie de développement de la qualité, les établissements s'engagent dans des dispositifs complémentaires à la certification HAS (certification de service sur un domaine, certification ISO 9001 de secteur ou d'établissement, accréditation JACIE sur

une activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques, audit par l'Agence de la Biomédecine de l'activité de prélèvement, labellisation professionnelle de secteurs spécialisés, etc.). Pour ces dispositifs, la HAS met en œuvre une politique de reconnaissance des différents systèmes afin d'établir des synergies avec la certification HAS, de valoriser les dynamiques d'amélioration de la qualité et d'éviter les redondances entre les différentes procédures.

c) La définition de pratiques exigibles prioritaires

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

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

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

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

d) les indicateurs

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

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

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

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

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

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

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

Une annexe spécifique détaille en fin de document la place des indicateurs dans la V2010.

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

3 – La procédure de certification V2010

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

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

Une plus grande liberté est laissée à l'établissement pour organiser ses travaux de préparation de l'auto-évaluation et de la visite. Il est cependant demandé à l'établissement de santé de continuer à travailler de manière pluriprofessionnelle et de faire participer l'ensemble de ses parties prenantes, en particulier les usagers. La rédaction de l'auto-évaluation est allégée avec une rédaction globale par critère hormis pour les PEP et les critères dont le champ a fait l'objet de recommandations dans le rapport de certification précédent. Pour ces derniers, une auto-évaluation par élément d'appréciation reste exigée.

L'auto-évaluation sur la partie « processus de prise en charge du patient » continue d'être réalisée par type de prise en charge (MCO, santé mentale, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, HAD). Les règles relatives à l'application ou non des critères du manuel, en fonction de la catégorie d'établissements, sont également précisées.

La visite de certification, elle, est recentrée sur des points essentiels : les PEP, les thèmes de recommandations de la V2, les champs sur lesquels les indicateurs sont disponibles, les critères cotés C ou D par l'établissement et les critères relatifs à l'EPP. La visite comprend également quelques critères aléatoirement sélectionnés. Le renoncement à une étude exhaustive des critères durant la visite permet un recentrage sur des sujets essentiels.

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

Pour mieux répondre aux situations de non-conformités patentes sur des points essentiels, la non-certification pourra être décidée sans étape préalable de certification conditionnelle.

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

4 – Les perspectives d'évolution de la certification

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

La HAS a arrêté à cet effet trois orientations :

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

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

V2010@has-sante.fr

SOMMAIRE

Avant-propos	3
Introduction	4
Sommaire	12

CHAPITRE 1 MANAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT. 17

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE. 18

RÉFÉRENCE 1	LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT.	18
Critère 1.a	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement.	18
Critère 1.b	Engagement dans le développement durable.	19
Critère 1.c	Démarche éthique.	20
Critère 1.d	Politique des droits des patients.	21
Critère 1.e	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	21
Critère 1.f	Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). PEP	22
Critère 1.g	Développement d'une culture qualité et sécurité.	23
RÉFÉRENCE 2	L'ORGANISATION ET LES MODALITES DE PILOTAGE INTERNE.	23
Critère 2.a	Direction et encadrement des secteurs d'activité.	23
Critère 2.b	Implication des usagers, de leurs représentants et des associations.	24
Critère 2.c	Fonctionnement des instances.	24
Critère 2.d	Dialogue social et implication des personnels.	24
Critère 2.e	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement. IND	25

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES. 26

RÉFÉRENCE 3	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.	26
Critère 3.a	Management des emplois et des compétences.	26
Critère 3.b	Intégration des nouveaux arrivants.	26
Critère 3.c	Santé et sécurité au travail.	27
Critère 3.d	Qualité de vie au travail.	27

RÉFÉRENCE 4	LA GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES.	28
Critère 4.a	Gestion budgétaire.	28
Critère 4.b	Amélioration de l'efficacité.	28
RÉFÉRENCE 5	LE SYSTEME D'INFORMATION.	29
Critère 5.a	Système d'information.	29
Critère 5.b	Sécurité du système d'information.	29
Critère 5.c	Gestion documentaire.	29
RÉFÉRENCE 6	LA GESTION DES FONCTIONS LOGISTIQUES ET DES INFRASTRUCTURES.	30
Critère 6.a	Sécurité des biens et des personnes.	30
Critère 6.b	Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux).	30
Critère 6.c	Qualité de la restauration.	31
Critère 6.d	Gestion du linge.	31
Critère 6.e	Fonction transport des patients.	32
Critère 6.f	Achats écoresponsables et approvisionnements.	32
RÉFÉRENCE 7	LA QUALITE ET LA SECURITE DE L'ENVIRONNEMENT.	33
Critère 7.a	Gestion de l'eau.	33
Critère 7.b	Gestion de l'air.	33
Critère 7.c	Gestion de l'énergie.	34
Critère 7.d	Hygiène des locaux.	34
Critère 7.e	Gestion des déchets.	35
PARTIE 3	MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.	36
RÉFÉRENCE 8	LE PROGRAMME GLOBAL ET COORDONNE DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES.	36
Critère 8.a	Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.	36
Critère 8.b	Fonction « gestion des risques ». PEP	36
Critère 8.c	Obligations légales et réglementaires.	37
Critère 8.d	Évaluation des risques <i>a priori</i> .	37
Critère 8.e	Gestion de crise.	38
Critère 8.f	Gestion des événements indésirables. PEP	38
Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux. PEP IND	39
Critère 8.h	Bon usage des antibiotiques. IND	40
Critère 8.i	Vigilances et veille sanitaire.	41
Critère 8.j	Maîtrise du risque transfusionnel.	41
Critère 8.k	Gestion des équipements biomédicaux.	42

RÉFÉRENCE 9	LA GESTION DES PLAINTES ET L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS.	43
Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations. PEP	43
Critère 9.b	Évaluation de la satisfaction des usagers.	43
CHAPITRE 2	PRISE EN CHARGE DU PATIENT.	44
PARTIE 1	DROITS ET PLACE DES PATIENTS.	45
RÉFÉRENCE 10	LA BIENTRAITANCE ET LES DROITS.	45
Critère 10.a	Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance.	45
Critère 10.b	Respect de la dignité et de l'intimité du patient.	45
Critère 10.c	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	46
Critère 10.d	Accueil et accompagnement de l'entourage.	46
Critère 10.e	Gestion des mesures de restriction de liberté.	47
RÉFÉRENCE 11	L'INFORMATION, LA PARTICIPATION ET LE CONSENTEMENT DU PATIENT.	48
Critère 11.a	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés.	48
Critère 11.b	Consentement et participation du patient.	49
Critère 11.c	Information du patient en cas de dommage lié aux soins.	49
RÉFÉRENCE 12	LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.	50
Critère 12.a	Prise en charge de la douleur. PEP IND	50
RÉFÉRENCE 13	LA FIN DE VIE.	51
Critère 13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie. PEP	51
PARTIE 2.	GESTION DES DONNÉES DU PATIENT.	53
RÉFÉRENCE 14	LE DOSSIER DU PATIENT.	53
Critère 14.a	Gestion du dossier du patient. PEP IND	53
Critère 14.b	Accès du patient à son dossier. PEP	53
RÉFÉRENCE 15	L'IDENTIFICATION DU PATIENT.	54
Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. PEP	54

PARTIE 3	PARCOURS DU PATIENT.	55
RÉFÉRENCE 16	L'ACCUEIL DU PATIENT.	55
Critère 16.a	Dispositif d'accueil du patient.	55
RÉFÉRENCE 17	L'EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE DU PATIENT ET LE PROJET DE SOINS PERSONNALISE.	55
Critère 17.a	Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés.	55
RÉFÉRENCE 18	LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS.	56
Critère 18.a	Continuité et coordination de la prise en charge des patients.	56
Critère 18.b	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement.	56
RÉFÉRENCE 19	LES PRISES EN CHARGE PARTICULIERES.	57
Critère 19.a	Populations nécessitant une prise en charge particulière.	57
Critère 19.b	Troubles de l'état nutritionnel. IND	58
Critère 19.c	Risque suicidaire.	58
Critère 19.d	Hospitalisation sous contrainte.	59
RÉFÉRENCE 20	LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.	60
Critère 20.a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. PEP IND	60
Critère 20.b	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.	62
RÉFÉRENCE 21	LA PRISE EN CHARGE DES ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE.	62
Critère 21.a	Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats.	62
Critère 21.b	Démarche qualité en laboratoire.	63
RÉFÉRENCE 22	LA PRISE EN CHARGE DES EXAMENS D'IMAGERIE.	63
Critère 22.a	Prescription d'examen et transmission des résultats.	63
Critère 22.b	Démarche qualité en service d'imagerie.	64
RÉFÉRENCE 23	L'EDUCATION THERAPEUTIQUE A DESTINATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE.	64
Critère 23.a	Éducation thérapeutique du patient.	64
RÉFÉRENCE 24	LA SORTIE DU PATIENT.	65
Critère 24.a	Sortie du patient. IND	65

PARTIE 4	PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES.	66
RÉFÉRENCE 25	LA PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DES URGENCES.	66
Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés. PEP	66
RÉFÉRENCE 26	LE FONCTIONNEMENT DES SECTEURS D'ACTIVITE INTERVENTIONNELLE.	67
Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire. PEP	67
Critère 26.b	Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur.	68
Critère 26.c	Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique.	69
RÉFÉRENCE 27	LES ACTIVITES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.	69
Critère 27.a	Activités de soins de suite et de réadaptation.	69
PARTIE 5.	ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.	70
RÉFÉRENCE 28	L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.	70
Critère 28.a	Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).	70
Critère 28.b	Pertinence des soins.	71
Critère 28.c	Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique. IND	72
Sigles utilisés		73
Lexique		74
Annexe : Indicateurs généralisés et certification V2010		81
Remerciements		85

CHAPITRE 1 Management de l'établissement.

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE.		
RÉFÉRENCE 1 La stratégie de l'établissement.		
Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement.		
E1	E2	E3
Les orientations stratégiques sont élaborées en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques.	La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.
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.	L'établissement met en place des partenariats en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	

Critère 1.b Engagement dans le développement durable.

Le développement durable est généralement défini comme « la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins » (rapport de la commission Brundtland).

Le développement durable apporte une vision globale et à long terme en conciliant 3 dimensions :

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

Au total :

- les valeurs, les missions et les activités d'un établissement de santé doivent incorporer les enjeux du développement durable et notamment les notions de responsabilité sociale et environnementale ;
- la démarche d'amélioration continue de la qualité doit s'inscrire dans une perspective de continuité et de durabilité ;
la gestion des risques doit être élargie aux 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).

L'objectif dans la V2010 est d'engager les établissements à promouvoir le développement durable dans leur stratégie et dans leur management.

E1	E2	E3
Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.	La stratégie liée au développement durable est déclinée dans un programme pluriannuel.	Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.
Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.	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.	

Critère 1.c

Démarche éthique.

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

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

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

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

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

E1	E2	E3
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 professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.	Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.
Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.	Les questions éthiques, se posant au sein de l'établissement, sont traitées.	

Critère 1.d Politique des droits des patients.		
E1	E2	E3
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	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 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.
	Des formations aux droits des patients destinées aux professionnels sont organisées.	

Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.		
E1	E2	E3
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	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.
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

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

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

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

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

Pour développer l'EPP, l'établissement doit mettre en place un système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient. Il doit favoriser le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement.

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

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

E1	E2	E3
La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches EPP.	La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie en fonction des résultats obtenus.
Les missions et les responsabilités sont définies pour organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médicotéchnique.	Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité.		
E1	E2	E3
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	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.	La direction suit le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.
	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.).	

RÉFÉRENCE 2 L'organisation et les modalités de pilotage interne.		
Critère 2.a Direction et encadrement des secteurs d'activité.		
E1	E2	E3
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.
Les circuits de décision et de délégation sont définis.		

Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations.		
E1	E2	E3
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	

Critère 2.c Fonctionnement des instances.		
E1	E2	E3
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leur compétence.	Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).
	Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels.		
E1	E2	E3
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Des actions favorisant l'implication et l'expression des personnels sont mises en œuvre au sein des secteurs d'activité.	Le dialogue social est évalué à périodicité définie.

Critère 2.e

Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement.

IND

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, tels que :

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

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

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

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

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

E1	E2	E3
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances et réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.	L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES.		
RÉFÉRENCE 3 La gestion des ressources humaines.		
Critère 3.a Management des emplois et des compétences.		
E1	E2	E3
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	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'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.
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	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.
Les compétences spécifiques pour les activités à risque ou innovantes sont identifiées.	Un plan de formation est mis en œuvre.	

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants.		
E1	E2	E3
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

Critère 3.c Santé et sécurité au travail.		
E1	E2	E3
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	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.
Le document unique est établi.	Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.		
<p>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.</p>		

Critère 3.d Qualité de vie au travail.		
E1	E2	E3
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre.	Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.		La satisfaction des personnels est évaluée.

RÉFÉRENCE 4 La gestion des ressources financières.		
Critère 4.a Gestion budgétaire.		
E1	E2	E3
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes, selon une procédure formalisée.	L'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement et donnent lieu si nécessaire à des décisions de réajustement.
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).		

Critère 4.b Amélioration de l'efficience.		
<p>Les ressources investies dans les établissements de santé doivent se traduire par les résultats les plus satisfaisants possibles sur le plan de la qualité et de la productivité.</p> <p>Cette exigence, qui s'impose avec acuité dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, doit conduire les responsables des établissements de santé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conduire des analyses fines du fonctionnement de l'établissement et de l'utilisation des ressources afin de permettre le repérage des sources d'inefficience ; - mettre en œuvre des solutions d'optimisation des organisations telles que celles préconisées par la MeaH (facturation, achat, délais d'attente aux urgences, optimisation du bloc opératoire, etc.). <p>Cette mise en œuvre doit être concertée avec les équipes concernées, suivie et portée par la direction.</p>		
E1	E2	E3
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	L'établissement conduit des études et/ou des audits sur ses principaux processus de production.	Les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

RÉFÉRENCE 5 Le système d'information.		
Critère 5.a Système d'information.		
E1	E2	E3
Un schéma directeur du système d'information est défini en cohérence avec les orientations stratégiques et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.	Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.	Le système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.
	Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.	

Critère 5.b Sécurité du système d'information.		
E1	E2	E3
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.

Critère 5.c Gestion documentaire.		
E1	E2	E3
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Le dispositif est connu par les professionnels.	Le dispositif est évalué et fait l'objet d'actions d'amélioration.
	Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	
	Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	

RÉFÉRENCE 6 La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures.		
Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes.		
E1	E2	E3
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Les situations identifiées font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.		

Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux).		
E1	E2	E3
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Les opérations de maintenance (curatives et préventives) assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées et permettent un suivi des opérations.	Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	

Critère 6.c Qualité de la restauration.		
E1	E2	E3
Il existe une organisation permettant dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Les préférences des patients sont prises en compte.	La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	

Critère 6.d Gestion du linge.		
E1	E2	E3
Le circuit du linge est défini.	La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les besoins par secteur sont quantifiés et incluent les demandes en urgence.	Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	
	Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	

Critère 6.e Fonction transport des patients.		
E1	E2	E3
La fonction transport des patients est organisée.	Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	La satisfaction et les délais d'attente sont évalués à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements.		
E1	E2	E3
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif en associant les utilisateurs.	Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.
La politique d'achat et de relations avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits et/ou services.	

RÉFÉRENCE 7 La qualité et la sécurité de l'environnement.		
Critère 7.a Gestion de l'eau.		
E1	E2	E3
Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie et validée par l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Un plan de maintenance préventif et curatif des installations élaboré avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) est mis en œuvre.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.	Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et tracés.	
	Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	
	Un suivi des différents types de rejets est assuré.	

Critère 7.b Gestion de l'air.		
E1	E2	E3
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air en concertation avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents) et le CHSCT sont mis en œuvre.	Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.		

Critère 7.c Gestion de l'énergie.		
E1	E2	E3
Un diagnostic énergétique est réalisé.	Un plan de maintenance des installations est mis en œuvre.	Un suivi périodique est réalisé.
Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.	Un programme d'actions hiérarchisé de maîtrise de l'énergie est mis en œuvre.	Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.

Critère 7.d Hygiène des locaux.		
E1	E2	E3
Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).	Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH et/ou le CLIN (ou équivalents).
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies.		

Critère 7.e Gestion des déchets.		
E1	E2	E3
L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.	Le tri des déchets est réalisé.	Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.
La politique en matière de déchets est définie en concertation avec les instances concernées.	Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont organisées.	Des actions d'évaluation et d'amélioration sont conduites relatives à la gestion des déchets.
Les procédures de gestion des déchets sont établies.	Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.

PARTIE 3 MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.		
RÉFÉRENCE 8 Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques.		
Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.		
E1	E2	E3
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.		L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.		Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.
Le programme est soumis aux instances.		

<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 8.b Fonction « gestion des risques ». PEP		
La gestion des risques en établissement de santé est un projet collectif, animé, coordonné, mis en œuvre et évalué. La transversalité de la fonction gestion des risques permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme ; cette fonction peut être mutualisée entre plusieurs établissements (circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004).		
E1	E2	E3
Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.	L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.	Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.

Critère 8.c Obligations légales et réglementaires.		
E1	E2	E3
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires en fonction du plan de priorisation.	La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.
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.		

Critère 8.d Évaluation des risques <i>a priori</i> .		
E1	E2	E3
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques <i>a priori</i> .	L'analyse de leur efficacité est réalisée.

Critère 8.e Gestion de crise.		
E1	E2	E3
Les situations de crise sont identifiées.	Une cellule de crise est opérationnelle.	L'appropriation des procédures est évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Il existe un système de retour d'expérience suite à ces exercices.
Les plans d'urgence sont établis.		

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE		
Critère 8.f Gestion des événements indésirables. PEP		
E1	E2	E3
Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux analyses.
	Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.
	L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	L'efficacité des actions correctives est vérifiée.

<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 8.g Maîtrise du risque infectieux. PEP IND		
E1	E2	E3
Une politique, une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec le CLIN ou équivalent et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.	Des 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.	Le dispositif de maîtrise du risque infectieux est évalué notamment à l'aide d'indicateurs.
Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont établis.	L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison interétablissements notamment <i>via</i> les programmes des CCLIN.	Des actions d'amélioration sont mises en place.
	La formation des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux est assurée.	

Critère 8.h Bon usage des antibiotiques. IND		
E1	E2	E3
Une organisation générale pluriprofessionnelle de la prescription antibiotique est en place.	Un système de dispensation contrôlée est utilisé.	Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi d'indicateurs.
	Un programme de formation continue des professionnels de santé est en place dans l'établissement.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	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.	

Critère 8.i Vigilances et veille sanitaire.		
E1	E2	E3
Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.	Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
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.		

Critère 8.j Maîtrise du risque transfusionnel.		
E1	E2	E3
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en œuvre.	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.
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle.</p>		

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux.		
E1	E2	E3
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en œuvre sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	La gestion des équipements biomédicaux est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.
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.	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.	

RÉFÉRENCE 9 La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers.		
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE		
Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations. PEP		
E1	E2	E3
La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	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.
Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	

Critère 9.b Évaluation de la satisfaction des usagers.		
E1	E2	E3
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.
	Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	La politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.

CHAPITRE 2 Prise en charge du patient.

PARTIE 1 DROITS ET PLACE DES PATIENTS.		
RÉFÉRENCE 10 La bientraitance et les droits.		
Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance.		
E1	E2	E3
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	

Critère 10.b Respect de la dignité et de l'intimité du patient.		
E1	E2	E3
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.	Les soins, y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.
	Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	

Critère 10.c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient.		
E1	E2	E3
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	L'établissement évalue 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.	Des actions d'amélioration en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont menées.
	Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	

Critère 10.d Accueil et accompagnement de l'entourage.		
E1	E2	E3
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	L'accès aux secteurs d'hospitalisation, est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.	

Critère 10.e Gestion des mesures de restriction de liberté.		
E1	E2	E3
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.).	Les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrant la réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient.	Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).
	Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Des actions d'amélioration sont mises en place.

RÉFÉRENCE 11 L'information, la participation et le consentement du patient.		
<p>L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
Critère 11.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés.		
<p>L'information du patient en établissement de santé n'est pas l'affaire d'un seul professionnel mais doit faire l'objet d'un travail d'équipe et d'une organisation. Cette organisation doit être mise en place pour tous les patients et prend une dimension particulière en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé.</p> <p>Le dispositif d'information comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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	E2	E3
Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie.	Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave, d'aggravation de l'état de santé et en fonction du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	L'évaluation de la satisfaction du patient quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	L'accès à des ressources d'information diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	

Critère 11.b Consentement et participation du patient.		
<p>Tout professionnel de santé a l'obligation, d'informer le patient « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus » (article L. 1111-2 du Code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement « libre et éclairé » à l'acte médical (article L. 1111-4 du Code de la santé publique). Le recueil du consentement doit se faire au cours d'un entretien individuel. Sauf dans certains cas prévus par la loi (certains prélèvements, recherche biomédicale, etc.), il n'est pas requis que le recueil du consentement prenne la forme d'un écrit signé par le patient.</p>		
E1	E2	E3
Une organisation est définie permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.	La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre de projet personnalisé de soins est favorisée.	L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.
	Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soin proposé sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soin.	

Critère 11.c Information du patient en cas de dommage lié aux soins.		
E1	E2	E3
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.
	Les professionnels mettent en œuvre cette démarche.	

RÉFÉRENCE 12 La prise en charge de la douleur.		
<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 12.a Prise en charge de la douleur. PEP IND		
E1	E2	E3
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 formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.
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.	Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.
	La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Des actions d'amélioration sont mises en place.
	Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.
	Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	

RÉFÉRENCE 13 La fin de vie.		
PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE		
Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie. PEP		
<p>La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.</p> <p>Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).</p> <p>Le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie la mise en place de dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.</p> <p>La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (DHOS/02/2008/99) précise à nouveau les fondements de la démarche palliative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés ; - réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches ; - mise en place de réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades ; - soutien des soignants en particulier en situation de crise ; - mise en place de formations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins ». 		
E1	E2	E3
Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.	La démarche palliative est mise en œuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.	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.).
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.	Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.

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.	L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en œuvre.	
Champ d'application : Ce critère ne s'applique pas : <ul style="list-style-type: none">- aux pouponnières, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, centres de post-cure et appartements thérapeutiques psychiatriques, structures psychiatriques ambulatoires et d'accueil de jour ;- et aux autres établissements qui n'accueillent pas de patients en fin de vie.		

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT.		
RÉFÉRENCE 14 Le dossier du patient.		
<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 14.a Gestion du dossier du patient. PEP IND		
E1	E2	E3
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 14.b Accès du patient à son dossier. PEP		
E1	E2	E3
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.
	L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

RÉFÉRENCE 15 L'identification du patient.		
<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. PEP		
E1	E2	E3
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	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.	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.
	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.	

PARTIE 3 PARCOURS DU PATIENT.		
RÉFÉRENCE 16 L'accueil du patient.		
Critère 16.a Dispositif d'accueil du patient.		
E1	E2	E3
Des modalités d'accueil du patient sont définies.	Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour.	Le dispositif d'accueil du patient est évalué.
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.
En l'absence de service d'urgence, des dispositions sont prises pour assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.	Le temps d'attente prévisible est annoncé.	

RÉFÉRENCE 17 L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé.		
Critère 17.a Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé.		
E1	E2	E3
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'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Des actions d'évaluations sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.
	Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.
	La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	
	Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.	

RÉFÉRENCE 18 La continuité et la coordination des soins.		
Critère 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients.		
E1	E2	E3
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures/24.	Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Les événements indésirables relatifs à la continuité des soins sont évalués et des actions d'amélioration sont menées.
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.	Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.	
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Un ou des professionnel(s) référent(s) est désigné pour la prise en charge du patient.	

Critère 18.b Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement.		
E1	E2	E3
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	
	La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	

RÉFÉRENCE 19 Les prises en charge particulières.		
Critère 19.a Populations nécessitant une prise en charge particulière.		
<p>La prise en charge de certaines populations dont les besoins sont spécifiques représente un enjeu important en termes d'amélioration de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes âgées ; - les enfants et adolescents ; - les patients porteurs de maladies chroniques ; - les populations vulnérables (personnes atteintes d'un handicap, personnes démunies, personnes majeures sous tutelle, personnes privées de liberté). <p>L'établissement doit prendre en compte dans sa politique et son organisation les spécificités de la prise en charge de ces populations. Cette prise en compte s'impose pour la prise en charge de tous les patients concernés y compris en dehors des services qui leur sont dédiés (exemple : prise en charge des personnes âgées hors service de gériatrie).</p> <p>Il appartient à chacun des établissements d'identifier les situations pour lesquelles il est concerné ; il réalisera une auto-évaluation de ce critère autant de fois que de situations pour lesquelles il est concerné.</p> <p>Des dispositions spécifiques, détaillant la nature des attentes de la HAS, seront introduites dans les documents d'accompagnement de la certification.</p>		
E1	E2	E3
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé.	La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en œuvre.	Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
	La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins.

Critère 19.b Troubles de l'état nutritionnel. IND		
E1	E2	E3
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès des patients et de leur entourage.	La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Le poids et l'IMC à l'admission sont tracés dans le dossier du patient.	Des actions d'amélioration sont mises en place.

Critère 19.c Risque suicidaire.		
E1	E2	E3
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
	Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé mentale et à la prise en charge des patients présentant des troubles de l'humeur ou des troubles du comportement dans les autres établissements de santé.</p>		

Critère 19.d Hospitalisation sous contrainte.		
E1	E2	E3
L'information de toute personne hospitalisée sous contrainte (HDT ou HO) sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours est organisée.	Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	Les modalités des hospitalisations sous contrainte sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les procédures d'hospitalisation sous contrainte sont définies.	Des procédures sont mises en œuvre.	
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé agréés pour recevoir des patients en hospitalisation sous contrainte (établissements publics et ceux liés par convention). Deux modalités sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ; - l'hospitalisation d'office (HO). 		

RÉFÉRENCE 20 La prise en charge médicamenteuse.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

Critère 20.a

Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.



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

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

Pour apprécier la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé, la HAS s'appuie notamment sur la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments (CBU) passé avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dont les objectifs d'amélioration convergent avec les attentes de la certification. Le programme d'actions prévu dans le CBU comprend :

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

Le rapport d'étape annuel ou final de l'établissement compilant les indicateurs de suivi et de résultats au regard des objectifs quantitatifs et qualitatifs requis dans ce cadre est utilisé par la HAS. La prise en compte du suivi de l'item « trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation » de l'indicateur HAS sur la tenue du dossier du patient (bien que contenu dans le CBU) permettra de mieux appréhender le degré de satisfaction à cette exigence. L'établissement doit :

- en cas d'écarts entre les objectifs réalisés et les objectifs fixés, analyser la situation avec les professionnels en vue de définir et de mettre en œuvre les actions d'amélioration appropriées puis d'en suivre l'impact ;
- en cas d'atteinte des objectifs, démontrer la pérennité des efforts d'amélioration par le maintien de bons résultats.

E1	E2	E3
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.	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	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 projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).
Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	

Critère 20.b Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.		
<p>La polypathologie et la polymédication des personnes âgées augmentent le risque iatrogénique. Cette iatrogénie n'est pas inéluctable et le degré d'évitabilité est lié à la classe médicamenteuse impliquée. L'adhésion au traitement est plus complexe chez le sujet âgé du fait de ses comorbidités et de ses comédications. Des améliorations dans ce domaine sont possibles pour diminuer la morbi-mortalité et la consommation de soins induite. L'ensemble des prescripteurs prenant en charge le sujet âgé est concerné.</p>		
E1	E2	E3
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.
	Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mises en œuvre.
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge de patients âgés de plus de 65 ans.</p>		

RÉFÉRENCE 21 La prise en charge des analyses de biologie médicale.		
Critère 21.a Prescription d'analyses, prélèvement et transmission des résultats.		
E1	E2	E3
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les laboratoires de biologie médicale (y compris coopération et sous-traitance).	Des outils d'aide à la prescription et au prélèvement, actualisés et validés, sont mis à disposition des professionnels.	Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	
	Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire.		
E1	E2	E3
Les secteurs développent un système de management de la qualité.	Le guide de bonne exécution des analyses est mis en œuvre.	Les activités de biologie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.
		Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activités, efficience, etc.) et qualitatifs (événements sentinelles, délais, non-conformités), est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

RÉFÉRENCE 22 La prise en charge des examens d'imagerie.		
Critère 22.a Prescription d'examen et transmission des résultats.		
E1	E2	E3
Des règles de fonctionnement sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à disposition des professionnels.	Les pratiques sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	
	Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie.		
E1	E2	E3
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	Les activités d'imagerie font l'objet d'une procédure d'évaluation externe de la qualité.
		Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais, non-conformités, est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

RÉFÉRENCE 23 L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage.		
Critère 23.a Éducation thérapeutique du patient.		
E1	E2	E3
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.	Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en œuvre.	L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	
	Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	
	Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	

RÉFÉRENCE 24 La sortie du patient.		
Critère 24.a Sortie du patient. IND		
E1	E2	E3
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 informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.	La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.
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.	Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.	La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Des actions d'amélioration sont mises en place.

PARTIE 4 PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES.		
RÉFÉRENCE 25 La prise en charge dans le service des urgences.		
<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés. PEP		
E1	E2	E3
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.	La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.
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.).	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).	Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.</p>		

RÉFÉRENCE 26 Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle.		
<u>PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE</u>		
Critère 26.a Organisation du bloc opératoire. PEP		
<p>Le bloc opératoire, haut lieu de technicité, nécessite la réunion au moment voulu de tous les éléments nécessaires pour la réalisation du geste thérapeutique. Cela suppose d'avoir introduit en temps utile, au bloc opératoire, le patient, préparé et informé muni de son dossier complet, d'avoir réuni à l'heure donnée les acteurs (chirurgiens, IBODE, anesthésistes, IADE, aide-soignant, etc.) et de disposer des équipements de la salle d'opération en état de fonctionnement et du matériel chirurgical et anesthésique adapté et stérilisé dans le respect des normes. Cette organisation, formalisée dans des documents rédigés en concertation suppose une coordination étroite entre les professionnels des différents secteurs d'activité.</p> <p>Afin de réduire les risques chirurgicaux, l'OMS propose une procédure de vérification à effectuer par les équipes chirurgicales pour toute intervention. Les grands axes de cette procédure sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avant l'induction anesthésique : consentement du patient, exactitude de l'identité du patient, du site, du côté et du type de l'intervention, marquage du site (si applicable), sécurité anesthésique, etc. ; - avant l'incision cutanée : confirmation par chacun des professionnels de la réalisation de l'acte prescrit, revue des éléments critiques pour le bon déroulement de l'intervention, antibioprophylaxie dans l'heure qui a précédé ; - avant que le patient ne quitte la salle d'opération : enregistrement de la nature de l'intervention, décompte exact des instruments, compresses, aiguilles, étiquetage des prélèvements incluant le nom du patient, signalement de tout dysfonctionnement d'équipement, et in fine, points clés de la prise en charge postopératoire et de la convalescence, etc. <p>Le suivi de la qualité des soins utilise des indicateurs tels que l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) qui s'intègre dans le tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales.</p>		
E1	E2	E3
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).	Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les locaux, l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, medicotechnique, technique et logistique.	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.		
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.</p>		

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

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

Les établissements disposant d'une activité de :
- **radiothérapie** ;
- **médecine nucléaire** ;
doivent réaliser obligatoirement une auto-évaluation de ce critère pour chacune de ces deux activités.

Les établissements disposant des activités suivantes :
- salle de naissance ;
- techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale (cardiologie interventionnelle, neuroradiologie interventionnelle, etc.) ;
- électroconvulsivothérapie ;
doivent obligatoirement réaliser une auto-évaluation de ce critère sur l'une de ces activités au choix.

Un établissement qui dispose à la fois d'activité de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'une ou plusieurs autres activités interventionnelles doivent réaliser une auto-évaluation sur la radiothérapie, la médecine nucléaire et une activité interventionnelle au choix.

Pour la radiothérapie, l'établissement se conformera aux critères qualité définis par l'INCa et à la décision de l'ASN.

E1	E2	E3
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.	Un responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	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.
Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	La réalisation d'audit et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médicotechnique et logistique.	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.		

Champ d'application :

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

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 greffes avec une issue fatale pour certains d'entre eux, justifie la promotion en établissement de santé du don à visée thérapeutique, qui s'appuie notamment sur l'information du public, la sensibilisation des professionnels et la participation aux réseaux de prélèvements. Les audits des coordinations hospitalières pour le prélèvement d'organes et de tissus réalisés par l'Agence de la biomédecine participent à la satisfaction de ce critère.		
E1	E2	E3
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés notamment en matière d'information des familles.	Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
	Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en œuvre.	
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable aux établissements de santé pratiquant des prélèvements d'organes ou de tissus et aux établissements susceptibles de prendre en charge des patients en état de mort cérébrale.</p>		

RÉFÉRENCE 27 Les activités de soins de suite et de réadaptation.		
Critère 27.a Activités de soins de suite et de réadaptation.		
E1	E2	E3
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et réadaptation, activité clinique, médicotechnique, technique et logistique.	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.	Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
<p>Champ d'application : Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une activité de soins de suite et de réadaptation.</p>		

PARTIE 5. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.		
RÉFÉRENCE 28 L'Évaluation des pratiques professionnelles.		
Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).		
<p>L'objectif de ce critère est double :</p> <p>1°) Évaluer le déploiement effectif des démarches d'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique et médicotechnique. Toutes les démarches d'EPP menées par les professionnels permettent de satisfaire à ce critère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPP réalisées dans le cadre d'organisations intégrées à la pratique (staff EPP, revues de mortalité et de morbidité, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.) ou dans le cadre de programmes médicosoignants ; - mise en place de projets thématiques quelle que soit la méthode retenue (programme d'amélioration de la qualité, audit clinique, chemin clinique) ; - les démarches réalisées avec l'aide d'organismes agréés d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'accréditation seront prises en compte. <p>2°) Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs d'activité clinique ou médicotechnique :</p> <p>Il est demandé obligatoirement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une analyse de la mortalité-morbidité en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie selon une méthode validée par la HAS ; - des réunions de concertation pluridisciplinaires pour tous les secteurs assurant la prise en charge des patients de cancérologie. <p>(Les autres secteurs pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité et ou une mortalité, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaire.)</p> <p><i>Le renseignement d'un tableau descriptif des démarches d'EPP (qui sera proposé par la HAS) ainsi que la traçabilité des différentes étapes des démarches d'EPP (fiche descriptive des démarches EPP) seront demandés.</i></p>		
E1	E2	E3
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	L'engagement de tous les professionnels est effectif.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	

Critère 28.b Pertinence des soins.		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>En version 2 ou version 2007 de la certification, il était demandé des démarches d'EPP relatives à la pertinence des hospitalisations et des actes (prescriptions médicamenteuses, prescriptions d'actes à risque, prescription d'exams complémentaires).</p> <p>Dans la version 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.</p> <p>Exemple : pertinence des hospitalisations, pertinence des admissions aux urgences, pertinence du mode d'hospitalisation (hospitalisation complète versus prise en charge ambulatoire), pertinence de la prescription d'exams d'imagerie médicale, pertinence de la prescription des produits hors GHS.</p> <p>L'évaluation de la pertinence peut s'effectuer dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire notamment pour la cancérologie.</p>		
E1	E2	E3
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.
	Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	

Critère 28.c

Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique. IND

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	E2	E3
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	L'établissement révisé régulièrement la liste des indicateurs analysés.
	Une démarche d'amélioration est mise en œuvre à partir du recueil des indicateurs lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	

SIGLES UTILISES

ARH :	Agence régionale d'hospitalisation
ASN :	Autorité de sûreté nucléaire
CBU :	Contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CCLIN :	Comité de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CME :	Commission médicale (établissement public) et conférence médicale d'établissement (PSPH et privé)
CRU ou CRUQPC :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, rééducation et médicotexte
CSP :	Code de la santé publique
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins
EOH :	Équipe d'hygiène hospitalière
EPP :	Évaluation des pratiques professionnelles
ETP :	Éducation thérapeutique du patient
GHS :	Groupe homogène de séjour
HAD :	Hospitalisation à domicile
IMC :	Indice de masse corporelle
INCa :	Institut national du cancer
IND :	Indicateur
MeaH :	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MECSS :	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé
PEP :	Pratique exigible prioritaire
USLD :	Unité de soins de longue durée

LEXIQUE

Accréditation des médecins et des équipes médicales : démarche nationale de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux, l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations.

Action corrective : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité. Une action corrective est entreprise pour empêcher l'occurrence. Il convient de distinguer action curative, correction, et action corrective (NF en ISO 9000, 2005).

Action préventive : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle indésirable. Il peut y avoir plusieurs causes à une non-conformité potentielle. Une action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence, alors qu'une action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition (NF en ISO 9000, octobre 2005).

Amélioration continue : activité régulière permettant d'accroître la capacité à satisfaire aux exigences. Le processus de définition des objectifs et de recherche d'opportunités d'amélioration est un processus permanent utilisant les constatations d'audit et les conclusions d'audit, l'analyse des données, les revues de direction ou d'autres moyens, et qui mène généralement à des actions correctives ou préventives (NF en ISO 9000, 2005).

Amélioration de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire les exigences pour la qualité (NF en ISO 9000, 2005).

Assurance de la qualité : partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites (NF en ISO 9000, 2005).

Atténuation : limitation des conséquences négatives d'un événement particulier (ISO/CEI 73, 2002). Il existe trois mécanismes de réduction des effets : prévention/atténuation, réaction, récupération.

Benchmarking ou parangonnage : méthode d'évaluation consistant à comparer ses propres méthodes et résultats à ceux d'autres professionnels exerçant des activités similaires.

Bienveillance : La bienveillance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance (ANESM, 2008).

Compétence : aptitude démontrée à mettre en œuvre des connaissances et savoir faire (NF en ISO 9000, 2005).

Confidentialité : dans un système d'information, propriété d'une information qui n'est ni disponible, ni divulguée aux personnes, entités ou processus non autorisés (NF en ISO 7498-2). Plus couramment, maintien du secret des informations.

Les établissements de santé sont tenus de garantir la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes hospitalisées (informations médicales, d'état civil, administratives, financières). Néanmoins, l'application de ce principe ne doit pas être une entrave à la continuité et à la sécurité des soins. Ainsi, les informations à caractère médical sont réputées avoir été confiées par la personne hospitalisée à l'ensemble de l'équipe qui la prend en charge.

Conformité : accomplissement d'une exigence (NF en ISO 9000, 2005).

Consentement éclairé : accord qu'un malade doit donner au professionnel de santé pour l'autoriser à intervenir sur sa personne.

Déchet : tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon (loi du 15 juillet 1975 – L. 541-1 du Code de l'environnement).

L'activité de soins génère des déchets ménagers, des déchets à risque infectieux, à risque chimique ou à risque radioactif.

Démarche palliative : prise en charge des patients dont l'affection ne répond pas au traitement curatif et permettant de délivrer « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (article L110-10 du CSP).

Démarche qualité : ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.

La démarche qualité repose sur différents facteurs :

- prise en compte des besoins ;
- implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;
- réflexion collective sur les ressources nécessaires ;
- adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;
- mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives.

Développement durable : concept popularisé en 1987, lors de la publication du rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le 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.

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.

Document unique : document relatif à l'évaluation des risques pour la santé, la sécurité des professionnels. Ce document doit être mis à jour régulièrement et lors de toute décision importante d'aménagement modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité, ou les conditions de travail (art L236-2), ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque est recueillie.

Le document doit être daté et à disposition des salariés, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents de prévention de la sécurité sociale.

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

Écart : différence entre un fait observé et sa référence.

Ecoachats (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).

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).

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.

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.

Fiabilité : probabilité de fonctionnement sans défaillance d'un dispositif dans des conditions déterminées et pour une période de temps définie.

Gestion documentaire : ensemble de règles générales définissant principalement :

- le mode d'élaboration et d'évolution des documents ;
- la gestion de référence (documentation source) ;
- l'élaboration de critère d'identification et de classification ;
- la rédaction de procédure de vérification, de validation, de mise à disposition des documents ;
- les dispositions relatives à la sécurité du contenu des documents.

Pour mettre en œuvre la gestion documentaire, il convient d'établir une typologie fonctionnelle, de définir le plan de gestion documentaire et de spécifier le système d'information (NF X50-435, 1995).

Identification des risques : processus permettant de trouver, recenser et caractériser les éléments du risque. Les éléments peuvent inclure les sources ou les phénomènes dangereux, les événements, les conséquences et la probabilité (ISO/CEI 73, 2002).

Identification du patient : opération qui consiste à attribuer un identifiant ou à retrouver un ou plusieurs identifiants à partir des caractéristiques (nom, prénom, sexe, date de naissance, etc.) d'un patient afin de retrouver les informations liées à ce patient (GMSIH).

Indicateur : outil de mesure permettant de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à intervalles définis. Les indicateurs doivent être élaborés en relation avec les objectifs d'un projet.

Maintenance : ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un bien dans un état spécifié ou en mesure d'assurer un service déterminé (NF X 60-010).

Maîtrise du risque : actions de mise en œuvre des décisions de management du risque. La maîtrise du risque peut impliquer la surveillance, la réévaluation et la mise en conformité avec les décisions (ISO/CEI 73, 2002).

Maltraitance : « Tout acte ou omission, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou la liberté, etc. ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière » (Conseil de l'Europe, 1987).

Les travaux récents du ministère de la Santé, des fédérations hospitalières et de l'ANESM ont fait apparaître la nécessité de ne pas limiter la lutte contre la maltraitance à la répression d'actes de violence intentionnelle, individuelle et délictuelle.

La réflexion sur la maltraitance doit prendre en compte l'existence d'une maltraitance « ordinaire » (DREES – Ministère de la Santé) ou « passive » (FHF) incluant des négligences quotidiennes.

Management : ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent (NF en ISO 9000, 2005).

Management de la qualité : activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme (NF en ISO 9000, 2005).

Management des risques : activités coordonnées visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque. Le management du risque inclut généralement l'appréciation du risque, le traitement du risque, l'acceptation du risque et la communication relative au risque (ISO/CEI 73, 2002).

Parties prenantes (ou parties intéressées) : ensemble des publics concernés par l'entreprise. Internes ou externes, les parties prenantes regroupent les salariés, les actionnaires, les banques, les pouvoirs publics comme les consommateurs, les fournisseurs, les syndicats, les ONG, les médias et tous les publics auxquels l'entreprise a des comptes à rendre.

Dans une démarche développement durable, il s'agit de les identifier précisément, d'évaluer leurs influences sur la vie économique de l'entreprise, d'évaluer l'influence de l'entreprise sur chacune, de connaître et d'anticiper leurs attentes, de les hiérarchiser puis d'étudier leur intégration.

La personne de confiance :

La réglementation (article L. 1111-6 du CSP) attribue deux rôles à la personne de confiance :

- si le malade le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;
- elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

La consultation de la personne de confiance est requise pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté :

- dans les situations hors fin de vie : pour toute intervention ou investigation ;
- dans les situations de fin de vie : pour la limitation ou l'arrêt de traitement.

L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsqu'une personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable

Pertinence des soins (revue de) : méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des durées d'hospitalisation aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle vise à établir, dans la gestion d'un système de soins, un équilibre entre les besoins particuliers d'un patient et les ressources disponibles.

Plan de reprise : solution pour assurer la continuité en cas de panne.

Prévention : mesure visant à la réduction de la fréquence des risques.

Procédure : manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus (NF en ISO 9000, 2005).

Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (NF en ISO 9000, 2005).

Produits de santé : dans le cadre du présent manuel, ce sont : les médicaments, les produits sanguins labiles, les substances stupéfiantes ou psychotropes, les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, les organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes, les préparations magistrales, hospitalières, etc.

Projet de soins personnalisé : projet visant à définir une attitude de traitement et de soins adaptés à chaque patient qui « doit être dynamique, évolutive et consensuelle tout en tenant compte de l'avis du patient et de sa famille ». Le projet est individualisé, il prend en compte les besoins bio-psycho-socio-spirituels du patient.

NB : LE PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS) (mesure 31 du plan cancer) est un document simple et informatif permet d'exposer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Établi à un moment précis de cette dernière, il est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé. Il permet aussi une prise en charge optimale par un médecin ne connaissant pas la personne malade (quand le médecin traitant est indisponible, par exemple). Il prend la forme d'un document papier où sont indiqués au minimum :

- le plan théorique de traitement, c'est-à-dire la proposition thérapeutique acceptée par la personne malade et son organisation dans le temps ;
- les différents bilans prévus ;
- les noms et coordonnées du médecin responsable du traitement et de l'équipe soignante référente joignables par le médecin traitant, la personne malade ou encore ses proches ;
- les coordonnées des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact.

Protocole : descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer.

Recommandations de bonne pratique (ou recommandations professionnelles) : propositions développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé et le patient à rechercher les soins le plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles sont produites par la HAS, les agences sanitaires, les sociétés savantes et associations professionnelles, etc.

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 pluridisciplinaires (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 mortalité-morbidité : moment d'analyse des cas dont la prise en charge a été marquée par un événement imprévu et indésirable ayant entraîné des complications, voire le décès du patient. La revue de morbi-mortalité consiste à examiner et étudier ces événements afin d'en comprendre le mécanisme et d'en identifier les facteurs favorisants, sans rechercher à culpabiliser un individu ou une équipe. L'objectif est de mettre en place des actions correctrices préventives au niveau des protocoles, de la formation, de l'organisation, etc. C'est une méthode de gestion des risques.

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.

Secteurs d'activité : unités d'œuvre. Les secteurs d'activité sont définis par l'établissement.

Sécurité : état dans lequel le risque pour les personnes est réduit au minimum ; cet état est obtenu par une démarche de sécurité permettant d'identifier et de traiter les différentes sources de risques.

Signalement d'événements indésirables : action par laquelle tout incident ou événement indésirable est porté par un professionnel de santé à la connaissance de la structure de vigilance compétente pour le recueil, l'évaluation et la validation des cas.

Situation de crise : situation mettant en danger des personnes ou une organisation et nécessitant des prises de décisions adaptées dans l'urgence (échelle de crise : incident mineur, incident majeur ou accident grave, événement catastrophique).

Staff-EPP : réunions régulières (tous les 2 à 3 mois environ) entre professionnels qui, après une revue de dossiers associée à une revue bibliographique (ou *vice versa*), identifient un (ou des) enjeux d'amélioration à mettre en œuvre en intégrant les meilleures références disponibles, l'expertise des praticiens et les choix des patients.

Tableau de bord : un tableau de bord rassemble une sélection d'indicateurs clés renseignant périodiquement, sur plusieurs dimensions, une politique ou un programme. Son objectif est de pouvoir suivre le déploiement ou l'état d'avancement de cette politique ou de ce programme et d'évaluer la pertinence de cette politique ou de l'efficacité de ce programme. Les tableaux de bord ont pour objet de regrouper et synthétiser les indicateurs pour les présenter de façon exploitable par l'encadrement et faciliter la prise de décision.

Traçabilité : possibilité de retrouver, dans un système, une liste d'informations déterminées attachées à un ou plusieurs éléments du système pour expliquer ses défaillances.

Vigilance sanitaire : les vigilances sanitaires réglementaires concernent l'utilisation des produits de santé (pharmaco-, hémato-, matério-, 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.

ANNEXE : INDICATEURS GENERALISES ET CERTIFICATION V2010

La HAS s'est engagée dans la mise en œuvre progressive d'un recueil généralisé d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. En 2008, tous les établissements ayant une activité MCO sont concernés. Les autres secteurs et champs d'activité hospitaliers seront progressivement concernés : notamment, le SSR en 2009, la psychiatrie et l'hospitalisation à domicile en 2010.

Le recueil s'appuie pour la plupart des indicateurs sur une étude rétrospective réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de séjours. Le tirage au sort est standardisé et identique pour tous les établissements de santé sur l'ensemble du territoire national. Il s'effectue à l'échelle de l'établissement.

Un ensemble d'outils informatiques a été développé et mis au point par l'ATIH en partenariat avec la HAS pour faciliter et fiabiliser le recueil des données. L'accès à ces outils passe par une plate-forme Internet sécurisée « QUALHAS » (<https://qualhas.atih.sante.fr>) mettant à disposition des établissements : un logiciel de tirage au sort « LOTAS », un module de saisie en ligne, un module d'édition de grilles de recueil papier et un forum de questions. Le système prévoit également la restitution aux établissements de santé de résultats standardisés comportant des références régionales et nationales.

L'articulation entre la certification V2010 et le dispositif de généralisation des indicateurs intéresse neuf critères du manuel et mobilise quatorze indicateurs, y compris les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé (DHOS). Les modalités d'articulation sont, en règle générale :

- un ou plusieurs éléments d'appréciation du critère renvoie à l'indicateur concerné ;
- la valeur de l'indicateur est prise en compte pour apprécier l'étape « mise en œuvre » ;
- le recueil et la progression de l'indicateur sont pris en compte pour apprécier l'étape « évaluation/amélioration ».

La correspondance entre critères et indicateurs est présentée dans le tableau ci-après.

CRITERES	INDICATEURS
<p>Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement 2.e</p>	<p>L'ensemble des indicateurs généralisés.</p> <p><i>Le critère prévoit que parmi les indicateurs utilisés par l'établissement figurent les indicateurs généralisés par le ministère de la Santé et par la HAS.</i></p>
<p>Maîtrise du risque infectieux 8.g</p>	<p>Tableau de bord des infections nosocomiales Ministère de la Santé</p> <p><i>ICALIN : indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales</i> <i>ICSHA : indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques</i> <i>SURVISO : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire</i></p>

<p>Bon usage des antibiotiques 8.h</p>	<p>Tableau de bord des infections nosocomiales Ministère de la Santé <i>ICATB : indice composite du bon usage des antibiotiques – Ministère de la Santé</i></p>
<p>Prise en charge de la douleur 12.a</p>	<p>Traçabilité de l'évaluation de la douleur – Indicateur HAS Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient.</p> <p><i>Nombre de séjours pour lesquels il existe :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ;</i> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique.</i>
<p>Gestion du dossier du patient 14.a</p>	<p>Tenue du dossier du patient – Indicateur HAS Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, est calculé à partir de 10 critères au maximum.</p> <p>Éléments communs à tous les dossiers du patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Présence du document médical relatif à l'admission (si applicable)</i> 2. <i>Examen médical d'entrée noté</i> 3. <i>Trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)</i> 4. <i>Présence d'un courrier de fin d'hospitalisation ou d'un compte rendu d'hospitalisation</i> 5. <i>Trace écrite d'un traitement de sortie (si applicable)</i> 6. <i>Dossier organisé et classé</i> <p>Éléments dépendants de la prise en charge :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. <i>Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable)</i> 8. <i>Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)</i> 9. <i>Présence d'un dossier anesthésique (si applicable)</i> 10. <i>Présence d'un dossier transfusionnel (si applicable)</i>

<p>Troubles de l'état nutritionnel 19.b</p>	<p>Dépistage des troubles nutritionnels – Indicateur HAS Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes. Cet indicateur est composé de trois mesures distinctes montrant une gradation du niveau de qualité atteint.</p> <p><i>Nombre de dossiers de patients adultes pour lesquels, au cours des 48 premières heures du séjour :</i></p> <p>Premier niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ; <p>Deuxième niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure du poids ET un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ont été effectués et notés dans le dossier ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure du poids ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectuées et notées dans le dossier. <p>Troisième niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mesure du poids ET un calcul d'IMC ET une évolution du poids avant l'admission ont été effectués et notés dans le dossier.
<p>Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient 20.a</p>	<p>Tenue du dossier du patient – Indicateur HAS Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité, évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Un score de qualité est calculé à partir de 10 critères au maximum. L'un de ces critères est la trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation.</p>

<p>Sortie du patient 24.a</p>	<p>Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – Indicateur HAS</p> <p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.</p> <p><i>Cet indicateur comprend deux niveaux de mesure distincts montrant une gradation du niveau de qualité atteint.</i></p> <p>Niveau 1 : <i>Nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur ou égal à huit jours.</i></p> <p>Niveau 2 : <i>Nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés dans un délai inférieur ou égal à huit jours ;</i></p> <p>Et : <i>Dont le contenu est réputé complet.</i></p>
<p>Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique 28.c</p>	<p>Ce critère évalue l'utilisation des indicateurs de pratique clinique dans une perspective d'amélioration.</p> <p><i>Ce critère laisse à l'établissement le libre choix des indicateurs qu'il entend suivre dans le cadre de sa démarche d'évaluation des pratiques.</i></p> <p><i>Il a la possibilité d'utiliser les indicateurs généralisés présentés précédemment dans cette annexe et, pour les établissements concernés, les indicateurs relatifs au respect des bonnes pratiques de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë : Il s'évalue à travers 6 indicateurs HAS :</i></p> <p><i>La prescription d'aspirine et de clopidogrel à l'issue du séjour du patient ;</i> <i>La prescription de bêtabloquant à l'issue du séjour du patient ;</i> <i>La mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) et la prescription d'Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) à l'issue du séjour du patient ;</i> <i>La prescription de statine à l'issue du séjour du patient et le suivi à distance du bilan lipidique ;</i> <i>La sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques durant et à l'issue du séjour du patient ;</i> <i>La délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac durant ou à l'issue du séjour.</i></p>

REMERCIEMENTS

Comité de pilotage V2010

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).
Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.
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.
Dr Michèle HEBERT-DEMARY, chef du service communication institutionnelle, DCIP, HAS.
Mme Muriel JAKUBOWSKI, Chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
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.
Dr François MEYER, directeur, direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP), HAS.
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.
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).
Dr Nathalie RIOLACCI, chef de projet, Unité de programmes pilotes, DAQSS, HAS.
M. François ROMANEIX, directeur de Haute Autorité de Santé.
Mme Christiane ROSSATTO, directrice, direction de la communication et de l'information des publics (DCIP), HAS.
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

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 BELLARD, chef du service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière, DAQSS, HAS.

Remerciements

Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS.
Dr Charles BRUNEAU, conseiller technique, DAQSS, HAS.
Mme Sabine COHEN, 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.
Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS, HAS..
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).
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.
Mme Geneviève BAHEU, cadre supérieur de santé, centre hospitalier, Saumur.
Dr Sylvia BENZAKEN, PH, Laboratoire central d'immunologie, hôpital de l'Archet, CHRU, Nice.
Pr Patrice BEUTTER, médecin en chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire, Tours.
Mme Marie-Lise BISCAY, pharmacien des hôpitaux, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.
M. René CAILLET, directeur, CRF L'Espoir, Hellemmes.
M. Christian CAODURO, directeur, clinique Sainte-Odile, Strasbourg.
M. Olivier DEBAY, directeur général, clinique du sud, Carcassonne.
Mme Édith DUFAY, pharmacien, chef de service, centre hospitalier, Lunéville.
Mme Marie-Françoise DUMAY, chargée de mission qualité-gestion des risques, Agence régionale de l'hospitalisation d'île-de-France, Paris.
Pr Patrice FRANÇOIS, médecin en santé publique, chef du département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble.
Dr Jacques GLIKMAN, PH, psychiatre, centre médicopsychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.
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 privé du Centre-Alsace, Colmar.
Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
Mme Anne LAURIN-INIZAN, directeur adjoint, fondation hôpital Saint-Joseph, Paris.
Mme Marie-Claude LEFORT, directeur des soins, coordonnateur général des soins public, centre hospitalier universitaire, Angers.
Pr Pierre LOMBRIL, Laboratoire de santé publique et d'épidémiologie, hôpital Saint-Jacques, CHU, Nantes.
M. Bruno LUCET, directeur qualité risques, AP-HP, centre hospitalier universitaire Henri-Mondor, Créteil.
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.
M. Yvonnick MORICE, directeur général, centre hospitalier universitaire, Angers.
M. Jean-Philippe MOUSNIER, sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.
Dr Jean-Paul ORTIZ, néphrologue, polyclinique Saint-Roch, Cabestany.
M. Emmanuel RODRIGUEZ, secrétaire confédéral, vice-président du CISS usagers, Confédération syndicale des familles, Paris.
M. Jean-Daniel SIMON, président du directoire, spécialiste qualité, polyclinique Keraudren, Brest.
Mme Claude RAMBAUD, présidente, Association Le Lien, Courtabœuf.

Membres du Collège de la HAS

M. le Professeur Laurent DEGOS, Président de la Haute Autorité de Santé, HAS, Saint-Denis.
M. le Pr Gilles BOUVENOT, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
M. Raoul BRIET, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
M. Etienne CANIARD, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
M. le Pr Jean-Michel DUBERNARD, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
M. Jean-Paul GUÉRIN, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
M. le Dr Claude MAFFIOLI, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.
Mme le Pr Lise ROCHAIX, membre du Collège, Haute Autorité de Santé, Saint-Denis.

Membres des groupes de travail V2010

Dr Bernard ABRY, anesthésiste-réanimateur, Institut hospitalier Jacques-Cartier, Massy.
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 patients et des associations, direction des affaires juridiques, AP-HP, Paris.
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.
Dr Jean-Louis BLACHE, médecin, chef de département anesthésie-réanimation, Institut Paoli-Calmette, Marseille.
Dr Catherine BLACKER-SCHOLLER, AFNOR Compétences - DP2i, Saint-Denis.
Mme Marianne BLANC, sage-femme, expert-visiteur, responsable qualité - gestion des risques, CH, Annonay.
Dr Jean-Marie BOBILLO, pédopsychiatre, médecin chef de secteur, centre hospitalier Sainte-Marie, Privas.
Dr Henri BONFAIT, chirurgien - orthopédie – traumatologie, hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, Levallois-Perret.
Dr Stéphanie BORDES-COUECOU, praticien hospitalier en hygiène hospitalière, CH de la Côte Basque, Bayonne.
Mme Béatrice BORREL, représentante d'usagers, UNAFAM, Paris.
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.
Dr Véronique BUSSY MALGRANGE, médecin, coordinateur antenne régionale du CCLIN-Est, clinique de Champagne, CHU, Reims.
Mme Marie-Catherine CAMP, LA SHAM, Lyon.
M. Philippe CARALP, consultant en management et analyse des risques, Étapes.
Mme Aude CARIA, psychologue, chargée de mission, centre collaborateur OMS, responsable, maison des usagers, CH Sainte-Anne, Paris.
Mme Alice CASAGRANDE, chef de projet, Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale (ANESM), Saint-Denis.
M. Alain CHALOCHE, directeur, Groupement hospitalier de gériatrie, Hospices Civils de Lyon.
M. Jean-Robert CHEVALLIER, directeur général adjoint, centre hospitalier régional, Orléans.
M. Philippe CHOUPIN, directeur général, Nouvelles Cliniques Nantaises, Nantes.
Dr Roger CIAIS, cardiologue, directeur général, clinique des Trois-Luc, Marseille.
Mme Claire COMPAGNON, cabinet C. Compagnon Conseil, Paris.

Remerciements

Mme Laura d'ANCEZUNE, directeur, pôle qualité sanitaire, Groupe Korian, Paris.
Mme Marie-José DARMON, cadre supérieur de santé, anesthésiste, hôpital de Nice.
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 Isabelle DESQUERRE, ingénieur biomédical, direction de la qualité et de la gestion des risques, AP-HM, Marseille.
Dr Bernard DEVALOIS, chef de service, unité de soins palliatifs, centre hospitalier, Puteaux.
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 Nadine RAFFY-PIHAN, Fédération nationale des médecins radiologues, Paris.
Dr Fadila FARSI, médecin coordonnateur, réseau ONCORA, CRLCC Léon-Bérard, Lyon.
M. Stéphane FRAISSE, directeur adjoint, HAD soins et santé Lyon, Caluire.
M. Gilles GAEBEL, représentant d'usagers, AVIAM.
Dr Sylvie GARNAUD-TOUQUET, médecin, expert-visiteur, CHR, Orléans.
M. Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, directeur général, CHRU, Tours.
Dr Claire GATECEL, anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier, Béziers.
Mme Véronique GHADI, prestataire d'études en santé publique, Paris.
Pr Martine GILARD, cardiologue, CHU, Brest.
Dr Jean-Marie GOMAS, praticien hospitalier, groupe hospitalier Sainte-Perrine, Paris.
Dr Catherine GRENIER, médecin, directeur du département qualité indicateurs, FNCLCC, Paris.
M. Franck GUARNIERI, directeur du pôle cindyniques risques, École nationale des mines Paris, Sophia Antipolis.
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.
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.
Dr Joseph HAJJAR, médecin, chef de service hygiène et épidémiologie, centre hospitalier général, Valence.
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.
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.
Dr Pierre LEFRANC, urgentiste, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.
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'évolution, centre René-Gauducheau, Nantes.
Mme Marie-Paule MASSERON, représentante d'usagers, vice-présidente, FNAMOC, Paris.
Dr Marie-Christine MOLL, médecin délégué qualité risque, CHU, Angers.
Mme Maud MORARDET, ingénieur qualité gestion des risques, Groupe public de santé Perray-Vaucluse, hôpital Henri-Ey, Paris.
Mme Christel MOURAS, directeur, hôpital Local, Mauléon.
M. Jean-Philippe MOUSNIER, sociologue, Murart Areo, Boulogne-Billancourt.

Remerciements

Mme Martine NAUD, cadre infirmier, clinique psychiatrique MGEN, Rueil-Malmaison.
Mme Cherifa NIMAL, directrice adjointe des soins, hôpital Ambroise Paré, Marseille.
Dr Jean PETIT, médecin, responsable qualité, CHU de Rouen.
Dr Marie-Pascale POMEY, université de Montréal, Québec, Canada.
Dr Christiane PRIVAT, médecin, directeur médical, CMPR LAENNEC, Malakoff.
Dr Jean-François QUARANTA, médecin, président de la coordination des vigilances sanitaires et gestion des risques, hôpital de Cimiez, Nice.
Dr Jean-Luc QUENON, expert en gestion des risques, CCECQA, hôpital Xavier-Arnoz, Pessac.
M. Olivier RENAUDEAU, directeur, membre du Comité pour le développement durable (C2DS), clinique de la Reine Blanche, Orléans.
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.
Dr Sylvie ROSENBERG-REINER, pédiatre, hôpital Necker, Paris.
M. Frédéric ROSSBAND, attaché de direction qualité, communication, sécurité, Centre Bouffard-Vercelli, Cerbert.
Mme Martine SENE-BOURGEOIS, représentante d'usagers, cadre de santé retraité, expert-visiteur, Paris.
Mme Michèle SIZORN, présidente, SOS Hépatites Paris-Île-de-France, Paris.
Mme Catherine STAMM, pharmacien, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre Bénite.
M. Jean-Jacques STOLTZ, directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur, centre hospitalier, Lourdes.
Mme Catherine TARDY, directeur des soins, hôpital pédiatrique Gatien de Clocheville, CHRU, Tours.
M. Daniel TEISSONNIER, directeur, pôle oncologie région PACA, Générale de santé, centre de radiothérapie de Clairval, Marseille.
Mme Corinne TIBERGHEN-METZGER, directeur adjoint, CMCR Les Massues, Lyon.
Dr Clotilde WATELET, pharmacien, présidente de CME- CLIN, clinique Jeanne-d'Arc, Luneville.
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 :

Dr Nafissa ABDELMOUMÈNE, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service développement de la certification, DAQSS.
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 .
Dr Vincent MOUNIC, chef du service développement de la certification, DAQSS.
Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Yasmine SAMI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS.

Participants aux groupes de travail V2010 au sein de la HAS :

Mme Rose-Marie ANDRIEUX, adjointe au chef du service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS (jusqu'en décembre 2007).
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.
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.

Remerciements

Mme Anne-Sophie GROSSEMY, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.
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.
Dr Roger PESCHAUD, chargé de mission, service développement de la certification, DAQSS.
Mme Emilie PRIN-LOMBARDO, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS.
M. Stéphane THIBAUT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

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 Brasset - 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.

Remerciements

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. Yan BARREAU, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Marie-France BARREAU, directrice adjointe, centre hospitalier, Niort.
Mme Andrée BARRETEAU, responsable du pôle organisation sanitaire et médicosociale, Fédération Hospitalière de France (FHF), Paris.
Mme Yvette BARRIÈRE, cadre de santé, Clinique Chénieux, Limoges.
M. Remi BATIFOULIE, directeur adjoint, Polyclinique de Navarre, Pau.
Melle 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.
Dr Sylvia BENZAKEN, PH, Laboratoire central d'immunologie, hôpital de l'Archet, CHRU, Nice.
M. le Dr Éric BÉRARD, médecin, responsable qualité, centre médical de l'Argentière, L'Arbresle.
Mme Isabelle BERNARDI, qualitiennne, Vandœuvre.
M. le Dr Lucien BERTE, gériatre, centre hospitalier La Meynardie, Saint-Privat-des-Prés.
Mme Helena BEUDAERT-IZEL, assistante-gestionnaire, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Michèle BILLING-GRIMA, MCU-PH, directeur, responsable qualité, CHU, Strasbourg.
Mme Véronique BINET-DÉCAMPS, chargée de mission certification, AP-HP, direction de la politique médicale, DAM, Paris.
M. Alexandre BIOSSE-DUPLAN, mission relation avec les associations de patients et d'usagers, HAS, Saint-Denis.
Mme Marie-Lise BISCAY, pharmacien des hôpitaux, centre hospitalier des Pyrénées, Pau.
Mme Caroline BIZET, responsable qualité, CH Lannion-Trestel, Lannion.
Mme Marianne BLANC, sage-femme, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, responsable qualité gestion des risques, centre hospitalier, Annonay.
Mme Frédérique BLAREL, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. Didier 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 risque sanitaires (AFGRIS), hôpital Delafontaine, Saint-Denis.
M. le Dr Jean-Marie BOBILLO, pédopsychiatre, médecin chef de secteur, centre hospitalier Sainte-Marie, Privas.
Mme Nathalie BOCQUILLON, directrice adjointe chargée de la qualité et de l'évaluation des performances, centre hospitalier universitaire, Amiens.
M. le Dr Henri BONFAIT, chirurgien – orthopédie – traumatologie, hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours, Levallois-Perret.
Mme Corinne BONNETAUD, assistante qualité, hôpital de jour Baudin, Limoges.
M. Bernard BONNICI, conseiller général des établissements de santé, DHOS, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 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.

Remerciements

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, Étampes.
Mme Aude CARIA, psychologue, chargée de mission au centre collaborateur OMS, responsable, Maison des usagers, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.
Mme Dominique CARTRON, présidente, Soleil AFELT (Amis et Familles d'Enfants Atteints de Leucémies ou Tumeurs), Doué-la-Fontaine.
Mme Alice CASAGRANDE, chef de projet, Agence nationale d'évaluation sociale et médicosociale (ANESM), Saint-Denis.
Mme Marie CASTAGNE, responsable qualité, hôpital de jour Baudin, Limoges.
M. Paul CASTEL, président de la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux et universitaires, directeur général, Hospices civils, Lyon.
Mme le Dr Anne CASTOT, médecin en santé publique, chef du service de l'évaluation, de la surveillance du risque et de l'information sur le médicament, direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, (AFSSAPS), Saint-Denis.
M. le Dr Maxime CAUTERMAN, médecin en santé publique, responsable des chantiers pilotes, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), Paris.
M. le Dr Gilles CEBE, médecin, DIM, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.
M. Gérard CETTOUR-BARON, directeur, direction des usagers, de la qualité et de la communication, pôle expertise, centre hospitalier régional, Orléans.
M. Alain CHALOCHE, directeur, groupement hospitalier de gériatrie, hospices civils de Lyon.
Mme Christel CHAMBET, responsable qualité, Clinique Saint-Odilon, Moulins.
M. le Pr Alain CHANTEPIE, président, société française de pédiatrie (SFP), CHU, Tours.
M. Michel CHANTEUR, directeur, CMCR des massues, Lyon.
M. le Dr Serge CHARMION, service de médecine interne, hôpital Nord, CHU de Saint-Etienne.
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, 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, anesthésiste, 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 DEFOSSÉ, 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, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.

Remerciements

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 Synpreph, 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 hépatogastroentérologues (EA-HGE), CHU Trousseau, Tours.
Mme Christiane DOSSEH, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Claudine DROUIN, cadre soignant, directrice des soins qualité, Groupe Médipsy – Générale de santé, Rennes.
M. le Dr Michel DRU, président, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPH@R), Hôpital Henri Mondor, Créteil Cedex.
M. Fabrice DUBOST, consultant, direction technique Rhône-Alpes, SOGETI, Villeurbanne.
M. Hugues DUFEY, directeur, Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), Paris.
Mme Marie-Françoise DUMAY, présidente, Société française de gestion des risques en établissements de santé (SoFGRES), chargée de mission qualité-gestion des risques, Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, Paris.
Mme Claire DUPONT, responsable qualité, AURA Paris, Paris.
Mme le Pr Isabelle DURAND-ZALESKI, responsable de l'unité évaluation-études, directeur scientifique à l'Institut d'étude des politiques de santé, hôpital Henri-Mondor, Créteil.
M. le Pr Alain DUROCHER, anesthésiste-réanimateur, service d'urgence respiratoire, réanimation médicale et médecine hyperbare, hôpital Calmette, CHRU, Lille.
Mme Martine DUTOIT, représentant d'usagers, Advocacy, Paris.
M. le Dr Mounir EL MHAMDI, chef de projet, Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Fabienne EMPEREUR, praticien hospitalier, responsable de l'unité évaluation, service épidémiologie et évaluation cliniques, EVALOR, hôpital Marin, Nancy.
M. Claude ETHUIN, représentant des usagers, président de l'association Nord-Mentalités, membre de la conférence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais, Tourcoing.
Mme Christine FABRY, directrice des relations avec les usagers, hospices civils, Lyon.
M. le Pr Jean-Yves FAGON, directeur de la politique médicale, AP-HP, Paris.
Mme le Dr Fadila FARSI, médecin coordonnateur, réseau ONCOR, CRLCC Léon-Bérard, Lyon.
Mme Élodie FAURE, qualicienne, centre hospitalier Les genêts d'or, Évaux-les-Bains.
Mme Christine FEISTHAMMEL, directrice des soins, maternité catholique de Provence l'Étoile, Puyricard.
M. le Dr Francis FELLINGER, cardiologue, président de la conférence des présidents de CME de CH, commission médicale d'établissement, centre hospitalier, Haguenau.
Mme Claude FINKELSTEIN, présidente, fédération nationale des associations de patients en psychiatrie (FNAP-Psy), Paris.
M. Pascal FORCIOLI, directeur, agence régionale d'hospitalisation de Picardie, Amiens.
Mme Gabriele-Hélène FRADIN, Groupement des retraités éducateurs sans frontières (GREF), administrateur du Cofrade, Paris.
M. Vincent FRANCHI, chargé d'études, Autorité de Sécurité Nucléaire, Paris.
Pr Patrice FRANÇOIS, médecin en santé publique, chef du département de veille sanitaire, centre hospitalier universitaire, Grenoble.
Mme le Dr Marie-France FRUTOSO, présidente de CME, centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès.
M. le Dr Pierre GABACH, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département hospitalisation, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.
M. Gilles GAEBEL, représentant d'usagers, AVIAM.
M. le Pr Rémi GAGNAYRE, professeur en sciences de l'éducation, laboratoire de pédagogie de la santé, UFR SMBH Léonard-de-Vinci, Université Paris-13 XIII, Villetaneuse.
Mme Christine GARDEL, conseiller technique indicateurs et mesures d'impact des programmes, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. le Pr Laurent GERBAUD, service de santé publique, membre du GREQUAU (Groupe régional pour la qualité en Auvergne), Hôtel-Dieu, CHU, Clermont-Ferrand.
M. Christophe GHIO, directeur, centre hospitalier Henri-Mondor, Aurillac.
Mme Monique GIBERT, directeur des soins, directeur des ressources humaines, responsable qualité, maison de santé, Épinay.
Mme Doris GILLIG, directrice de la qualité et de la gestion des risques, centre hospitalier, Mulhouse.
M. Patrice GIRAUD, responsable assurance qualité, ALURAD, Limoges.
Mme le Dr Alexandra GIRAUD, GREQUAU Auvergne, CMRE Auvergne, service de santé publique, Hôtel-Dieu, CHU, Clermont-Ferrand.
Mme Bernadette GIROL, qualicienne, centre hospitalier Esquirol, Limoges.
Dr Jacques GLIKMAN, PH, psychiatre, centre médicopsychologique Tagore, Épinay-sur-Seine.
M. Jean-Luc GODET, directeur, direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de Sécurité Nucléaire, Paris.

Remerciements

Mme Fanny GONCALVES, responsable qualité, centre hospitalier gériatrique, Cornil.
Mme Laurence GRASMAGNAC, CSI, clinique du Colombier, Limoges.
M. Marcel GRAZIANI, président, Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Limousin, Limoges.
Mme Cécile GRELOU, technicienne qualité, centre hospitalier, Tulle.
Mme le Dr Catherine GRENIER, directeur, département qualité - indicateurs, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), Paris.
Dr Anne GRUSON, biologiste, chef de service, centre hospitalier, Arras.
Mme Claude GUELDREY, directrice, bureau de l'assurance qualité et de l'information médicoéconomique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP), Paris.
M. le Dr Jean-Pierre GUÉRAUD, chirurgien, CTRRF et clinique Saint-Pierre, Perpignan.
Mme Geneviève GUÉRIN, directrice des soins, CLCC Nantes atlantique, Saint-Herblain.
M. le Dr Marc GUERRIER, directeur adjoint, Espace éthique, AP-HP, CHU Saint-Louis, Paris.
M. Patrick GUEZ, délégué qualité et risques, centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre.
Mme Gwenn GUICHAOUA, médecin spécialisé, responsable qualité, centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodio, Pontchâteau.
M. le Pr Henri GUIDICELLI, Montesquieu-des-Albères.
Mme Béatrice GUILLOU, responsable qualité, centre hospitalier du Pays d'Eygurande, Monestier-Merlines.
Mme Françoise HAFFEMAYER, directrice coordonnatrice des soins, retraitée, Le Mans.
M. le Dr Joseph HAJJAR, médecin, chef de service hygiène et épidémiologie, président, Société française d'hygiène hospitalière (SFHH), centre hospitalier général, Valence.
M. le Dr Jean HALLIGON, président, conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée (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 HUIN, PSPH, directeur organisation des soins et qualité, groupe hospitalier privé du Centre-Alsace, Colmar.
Mme Monique HULIN, cadre supérieur de santé, hôpital Édouard-Herriot, Hospices civils de Lyon, Lyon.
Mme le Dr Béatrice JANVOIE-OUILLET, pneumologue, centre hospitalier, Blois.
Mme Geneviève JEAN-LOUIS, cadre socio-éducatif, responsable du service social et conseillère technique, EPS de Maison-Blanche, Paris.
M. Philippe JEANNE, directeur, clinique MGEN, Établissement de soins spécialisés, Rueil-Malmaison.
Mme le Dr Laure JONCA, médecin DIM, médecin chargé des affaires médicales, coordonnateur des vigilances, hôpital Joseph-Ducuing, Toulouse.
Mme Audrey JONCOUR, chargée de projet, bureau de l'assurance qualité et de l'information médicoéconomique de l'hospitalisation privée (BAQIMEHP), Paris.
M. le Dr Laurent JOUFFROY, anesthésiste-réanimateur, clinique des Diaconesses, Strasbourg.
Mme Joëlle JOUNEAU, pharmacien, responsable du département qualité, hygiène et gestion des risques, Institut Bergonie, Bordeaux.
M. le Dr Patrick JOURDAIN, président de la Commission en charge de la qualité et de la sécurité des soins, CH de Pontoise, Pontoise.
M. le Dr Jacques JOURDAN, PU-PH spécialisé en médecine interne, chef de service, responsable de pôle, groupe hospitalo-universitaire Carêmeau, Nîmes.
M. le Dr Mikhaël KASSAB, chirurgien vasculaire, président de CME, médecin habilité HAS EPP, polyclinique de Poitiers.
Mme le Dr Irène KAHN-BENSAUDE, présidente de la section santé publique et démographie médicale, Ordre national des médecins, Paris.
Mme Chantal KLEIN, cadre de santé, polyclinique de l'Atlantique, Saint-Herblain.
Mme Valérie KOZYREFF-VALLIN, Pompignac.
M. Jean-Pierre LACROIX, président, Collectif interassociatif sur la santé Languedoc-Roussillon (CISS Languedoc-Roussillon), Nîmes.
Mme Marie-Alexandrine LAGARDE, responsable qualité, Centre rééducation réadaptation fonctionnelle André-Lalande, Noth.
Mme Corinne LAHORGUE POULOT, ingénieur qualité, association AURA Auvergne (association régionale d'hémodialyse à domicile), Chamalières.
Mme Laurence LAINE, directeur des ressources humaines, clinique du Colombier, Limoges.
M. Philippe LAMOUREUX, directeur général, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
Mme le Dr Monique LATHÉLIZE, praticien hospitalier, membre du GIP-REQUASS, CHU, Limoges.
M. Jean-Claude LAURENS, chargé de mission, coordonnateur certification, direction qualité, centre hospitalier de Toulouse, Hôtel-Dieu, Toulouse.
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.

Remerciements

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, qualificateur, CH Henri-Mondor, Aurillac.
Mme Gaëlle LE GALLAIS, responsable qualité, Centre de lutte contre le cancer René-Huguenin, Saint-Cloud.
Mme Dr Corinne LE GOASTER, médecin épidémiologiste, cellule de coordination des alertes, Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice.
Mme le Dr Catherine LE GOUHIR, PH, département d'information médicale, Centre René-Gauducheau, Nantes.
M. Francis LE JEUNE, cadre supérieur de santé, responsable qualité, mission qualité accréditation, centre hospitalier Montperrin, Aix-en-Provence.
M. Alain LE HENAFF, responsable administratif, Centre René-Gauducheau, Nantes.
M. Gilbert LE PICHON, directeur, CSI Logis des Francs, Cherveux.
M. le Dr Hervé LECLET, Conseil professionnel de la radiologie, Institut Calot, Berck.
M. le Dr Jean-Alain LEFOLL, psychiatre, chef de service, président de PME, centre hospitalier Guillaume-Régnier, Rennes.
Mme Marie-Claude LEFORT, directeur des soins, coordonnateur général, centre hospitalier universitaire, Angers.
M. le Dr Pierre LEFRANC, urgentiste, société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), Lyon.
M. le Dr Michel LEGMANN, président, Ordre national des médecins, Paris.
Mme Dominique LEYGNAC, vice-président, Association nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (ANGT/ANMJPM), Montpellier.
M. Dominique LIBAULT, directeur, direction de la sécurité sociale, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.
M. le Dr Pierre LIOT, chef de projet, service qualité de l'information médicale, HAS, Saint-Denis.
Mme le Dr Hélène LOGEROT, conseiller médical, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.
M. le Dr Jean-François LORIFERNE, anesthésiste-réanimateur, expert-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 du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.
M. Gérard MACHET, pharmacien hospitalier, AP-HP, hôpital Villemin Paul-Doumer, groupement hospitalier universitaire nord, Liancourt.
Mme Annick MACREZ, vice-présidente de l'Association française des gestionnaires de risque sanitaires (AFGRIS), directeur de la qualité, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.
Mme Isabelle MAHÉGALISSON, coordinatrice qualité, bureau du développement de systèmes qualité DQRD, réseau qualité en santé 44, CHU de Nantes-PIMESP, Nantes.
M. Antoine MAHIEUX, responsable administratif, centre 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.
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, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.
M. Michel MARTIN, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département hospitalisation, département hospitalisation, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Paris.
M. Yannick MARTIN, consultant en sécurité sanitaire, membre du comité scientifique du LIEN, Paris.
M. le Dr Michel MARTY, directeur, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de l'hospitalisation, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.
Mme Aline MASERAK, cadre infirmier retraitée, ancien membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), expert-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 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, centre des gestions scientifiques, Paris.
Mme Anne MONTARON, directeur des soins, centre médical de Forcilles, Férolles-Attilly.
Mme Maud MORARDET, ingénieur qualité gestion des risques, chargée du suivi du projet d'établissement, groupe public de santé Perray-Vaucluse, hôpital Henri-Ey, Paris.
Mme Élisabeth MOREAU, cadre de santé, responsable qualité gestion des risques, expert-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.

Remerciements

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 NOTHING, 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, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.
M. Ronald PONTEFRACT, 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.
Melle 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, Aveyron.
M. le Dr Jean-François REY, président, Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE), Paris.
M. le Dr Gilles RIBÉIL, 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.

Remerciements

Mme Béatrice SCHMITT, directeur des ressources humaines, clinique Chénieux, Limoges.
M. le Dr Christophe SCHMITT, PH, pédopsychiatre, président de la CME, responsable du pôle Information médicale, Président du CLIN, centre hospitalier de Jury-lès-Metz, Metz.
M. Hervé SEGALIN, président, Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Île-de-France, Bobigny.
M. le Dr Christophe SEGOIN, chef de service, service de santé publique et économie de la santé, AP-HP, groupe hospitalier Lariboisière – Fernand-Widal, Paris.
Mme Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, cadre de santé retraitée, représentante d'usagers, Collectif interassociatif sur la santé (CISS), expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, Paris.
Mme Andrée SFEIR, déléguée générale, ÉVEIL Association, Croissy-sur-Seine.
M. le Dr Christian SICOT, secrétaire général, Le Sou Médical, Groupe MACSF, La Défense.
M. Grégory SIERADZKI, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle démarches de certification, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme Michèle SIZORN, présidente, SOS Hépatites Paris-Île-de-France, Paris.
Mme le Dr. Nicole SMOLSKI, vice-présidente, Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPH@R), hôpital de la Croix-Rousse, Lyon.
Mme le Pr Annick STEIB, présidente, Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR), Paris.
M. Jean-Jacques STOLTZ, directeur du service de soins infirmiers, expert-visiteur auprès de la Haute Autorité de Santé, centre hospitalier, Lourdes.
M. Jean-Claude STUTZ, coordonnateur du réseau de prélèvement de Haute-Alsace, CSS, CH de Mulhouse, Mulhouse Cedex.
Mme le Dr Catherine TAINURIER, président de CME, chef de service de médecine nucléaire, président de CME, hôpital Foch, Suresnes.
Mme Sophie TARDIEU, pharmacien en santé publique, cellule d'évaluation médicale, Assistance publique hôpitaux de Marseille, Marseille.
Mme Valérie TARNAUD, responsable administratif, clinique du Colombier, Limoges.
M. Stéphane THIBAULT, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle experts-visiteurs, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. Emmanuel THOMAS, ingénieur qualité-gestion des risques, centre hospitalier Alphonse-Guérin, Ploërmel.
Mme Corinne TIBERGHEN METZGER, directeur adjoint, CMCR Les Massues, Lyon.
M. Olivier TOMA, directeur, président du Comité pour le développement durable (C2DS), Clinique Champeau, Béziers.
M. Nicolas TOUCHON, responsable qualité, CRRF La Châtaigneraie, Menucourt.
Mme le Dr Bénédicte TOULOUSE, coordinatrice du CEPPrAL, Hospices civils de Lyon, Lyon.
Mme le Dr Sandrine TOUZET, PH en santé publique, responsable, unité d'étude des pratiques professionnelles, pôle Information médicale évaluation recherche, Hospices Civils, CEPPrAL, Lyon.
M. Loïc TURBEL, responsable organisation et méthodes, clinique Saint-Yves, Rennes.
M. le Pr Guy VALLANCIEN, Institut Montsouris, Paris.
M. le Dr Patrice VAN AMERONGEN, UNAFAM, Paris.
M. Frédéric VAN ROEKEGHEN, directeur général, Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, Paris.
Mme Stéphanie VAZILLE, ingénieur qualité et gestionnaire des risques, centre hospitalier Pierre-Nouveau, Cannes.
Mme Catherine VERGELY, présidente, Association ISIS, Villejuif Cedex.
Mme Christine VERMEL, chef de projet, service certification des établissements de santé, pôle méthode et organisation, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
Mme 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, Durtole.
Mme Barbara WALTER, présidente, Conseil français des associations pour les droits de l'enfant (COFRADE), Paris.
Mme le Dr Clotilde WATELET, pharmacien, présidente de CME – CLIN, clinique Jeanne d'Arc, Lunéville.
M. le Dr Patrick WERNER, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS, Saint-Denis.
M. Jean WILS, chargé des droits des usagers, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.
Mme Françoise WOLF, directrice des soins, centre hospitalier universitaire, Limoges.
M. le Dr Sébastien WOYNAR, conseiller médical, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH), Paris.

Établissements de santé relecteurs du manuel

Clinique de Verdaich – Gaillac-Toulza (31)
Clinique de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle Les Grands Chênes -
Bordeaux (33)
Centre hospitalier de Béziers (34)
Centre Maguelone – Castelnau-le-Lez (34)
Centre Psychothérapie 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 psychothérapeutique de Nancy (54)
ALPHA Santé – Hayange (57)
Hôpitaux privés de Metz (57)

Remerciements

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-Perrrens – Bordeaux (33)
Centre hospitalier de Compiègne (60)
Centre hospitalier de La Rochelle (17)
Centre hospitalier de Niort (79)
Centre hospitalier de Poitiers (86)
Centre hospitalier de Rouffach (68)
Centre hospitalier de Saint-Junien (87)
Centre hospitalier de Tulle (19)
Centre hospitalier départemental Les Oudairies – La Roche-sur-Yon (85)
Centre hospitalier des Pyrénées – Pau (64)
Centre hospitalier du Mans (72)
Centre hospitalier du Pays d'Apt (84)
Centre hospitalier Émile Roux – Le Puy-en-Velay (43)
Centre hospitalier Esquirol – Limoges (87)
Centre Hospitalier Intercommunal Châtillon-Montbard – Montbard (21)
Centre hospitalier Intercommunal de Cornouaille – Quimper (29)
Centre hospitalier régional d'Orléans – Orléans (45)
Centre hospitalier René Dubos – Pontoise (95)
Centre hospitalier Valvert – Marseille (13)
Centre médical MGEN Action sanitaire et sociale Pierre-Chevalier – Hyères (83)
Centre psychothérapique de Nancy – Laxou (54)
Centre René Gauducheau – Nantes (44)
Centre hospitalier d'Ardèche méridionale – Aubenas (07)
Centre hospitalier régional d'Orléans (45)
Centre hospitalier universitaire d'Angers (49)
Centre hospitalier universitaire de Nice (06)
Centre hospitalier universitaire de Reims (51)
Clinique Champeau – Béziers (34)
Clinique de l'Espérance – Rennes (35)
Clinique du Docteur Vignoli – Générale de santé – Salon-de-Provence (13)
Clinique du Pré – Théza (66)
Clinique du Val de Loire – Beaumont-la-Ronce (37)
Clinique Les Émailleurs – Limoges (87)
Clinique Mon Repos – Marseille (13)
Clinique Pasteur – Toulouse (61)
Clinique Sainte-Odile – Strasbourg (67)
CMC Ambroise-Paré et Pierre-Cherest – Neuilly-sur-Seine (92)
CRF Léopold-Bellan – Chaumont-en-Vexin (60)
CRFF Le Brassat – Meaux (77)
CSSRA Marienbronn – Lobsann (67)
EPSM Lille-Métropole – Armentières (59)
Foyer de la Résidence des Boisseaux – Monéteau (89)
Hôpital de l'Institut Curie – Paris (75)
Hôpital Georges Clemenceau – Champcueil (91)
Hôpital Intercommunal des Monts et Barrages – Saint-Léonard-de-Noblat (87)
Hôpital Lenval – 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)

Remerciements

Internautes

Nous remercions les internautes qui ont apporté leurs avis, leurs suggestions et leurs remarques sur le manuel pilote *via* la boîte à lettre dédiée : V2010@has-sante.fr

Rectifications

Dans le cas où vous souhaiteriez porter à notre connaissance une anomalie ou une omission dans la liste des relecteurs, nous vous remercions de bien vouloir nous le signaler *via* notre boîte e-mail : V2010@has-sante.fr