



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Certification
des établissements
de santé pour
la qualité des soins**



Les critères impératifs

Témoignages de professionnels

Janvier 2025





Les 21 critères impératifs

Parmi l'ensemble des critères utilisés par les experts-visiteurs mandatés par la HAS pour évaluer la qualité des soins au sein d'un établissement de santé, 21 sont des critères impératifs. Ces critères constituent l'une des exigences prioritaires pour être certifié.

1 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé

2 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

3 Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante

4 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

5 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte

6 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

7 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

8 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

9 Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène

10 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

11 L'établissement impulse la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents

12 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

13 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

Enfants et adolescents

14 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté



Psychiatrie et santé mentale

- 15** Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
- 16** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement

Maternité

- 17** Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né
- 18** Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs

Chirurgie et interventionnel

- 19** Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles
- 20** Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient »

Personnes âgées

- 21** L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées



Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé

Je suis brancardier, le respect de l'intimité physique des patients que je transporte est une problématique quotidienne dans mon métier et je veille en toutes circonstances à ce que ceux-ci circulent dans l'enceinte de l'établissement, quel que soit leur âge, pathologie ou discernement dans un état qui leur permette de préserver leur intimité et leur dignité.

Je peux citer l'exemple de ce patient que j'ai eu à prendre en charge il y a quelques jours, il s'agissait d'un monsieur âgé qui devait avoir 90 ans et qui était hospitalisé en gériatrie. J'étais chargé de le conduire en fauteuil roulant de sa chambre située au 4^e étage, jusqu'au rez-de-chaussée pour un examen de radiologie. Lorsque j'ai pénétré dans sa chambre, j'ai constaté qu'il portait un système de sondage urinaire qui ne lui permettait pas d'avoir de sous-vêtement ni de pantalon.

Dans sa chambre individuelle, le transfert depuis son lit jusqu'au fauteuil ne posait pas de problème d'autant que la porte était fermée et le store rabattu, mais il m'était impossible de le transporter dans le couloir dans ce contexte. J'ai appelé une aide-soignante qui m'a fourni un drap et une couverture que nous avons bordés autour du patient et nous nous sommes rendus en radiologie.

Une fois sur place, j'ai averti l'équipe radio de l'arrivée du patient et de sa situation pour qu'ils aient une vigilance particulière, d'autant plus qu'il avait tendance à vouloir se lever de son fauteuil. Respecter l'intimité et la dignité des patients se traduit aussi pour nous, professionnels de santé, dans nos paroles. Quand on s'adresse à un patient sur son état de santé par exemple, on doit le faire en toute discrétion et s'attacher à ce que les patients autour n'entendent pas ces informations qui sont personnelles.



Jérémy, brancardier

Pour en savoir plus

Critère 1.1-01





Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Dans l'unité de chirurgie orthopédique et traumatologique, nous recevons le plus souvent des patients ayant des maladies dégénératives comme l'arthrose, mais aussi des patients accidentés. Nous recevons surtout des adultes mais il peut arriver que nous soyons amenés à accueillir des mineurs, voire de très jeunes enfants par moments.

Dans la mesure du possible quand il s'agit d'opérations programmées, on essaye toujours de les organiser le mercredi, c'est la journée des enfants ! On sait bien que l'hôpital, ça n'est pas forcément très joyeux, d'autant que nous ne sommes pas un service de pédiatrie, mais on fait de notre mieux pour accueillir les petits patients dans les meilleures conditions quand ils arrivent. Nous avons deux chambres individuelles qui ont été rénovées récemment et un peu isolées des autres, c'est toujours là que nous plaçons les enfants en pré et post-chirurgie, par sécurité et aussi parce qu'elles sont colorées et offrent un environnement sûrement plus rassurant. Nous avons aussi quelques jouets qui passent le plus clair de leur temps rangés dans un placard mais que nous sortons quand un enfant passe dans le service.

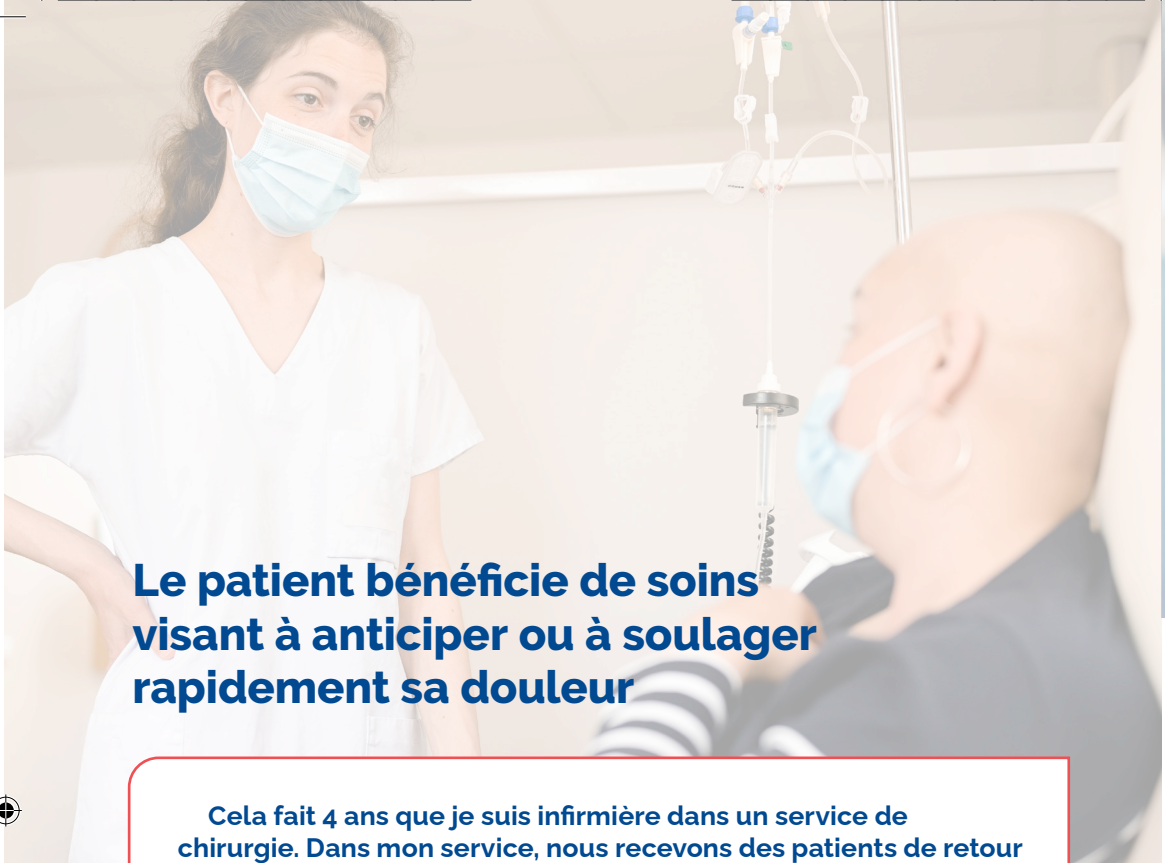
Quand je suis arrivé dans cette unité il y a 2 ans, j'avais bénéficié avec d'autres collègues d'une formation avec le chef de service et la psychologue de pédiatrie, ils nous avaient transmis des clefs pour communiquer avec les enfants, les rassurer, se faire comprendre quand ils ne parlent pas, etc. J'avais trouvé ça super intéressant car en tant que papa, je pensais avoir de bonnes bases, mais il y a beaucoup de choses auxquelles je n'avais pas forcément pensé. Maintenant, je sais que chaque nouvel arrivant du service bénéficie de ce temps de formation sur la prise en charge des enfants, ce temps est partagé avec d'autres services de l'hôpital.



Luc, aide-soignant en chirurgie orthopédique et traumatologique

Pour en savoir plus
Critère 1.1-02





Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

Cela fait 4 ans que je suis infirmière dans un service de chirurgie. Dans mon service, nous recevons des patients de retour de bloc opératoire. Ils sont souvent algiques et la durée de leurs douleurs post-opératoires peut varier de quelques heures à quelques jours.

Un après-midi il y a quelques jours, j'ai justement accueilli en hospitalisation dans mon service une patiente en situation de vulnérabilité. Elle présentait visiblement un état douloureux et n'était pas en état de communiquer. J'ai alors utilisé l'échelle ALGO PLUS pour évaluer sa douleur. J'ai ensuite immédiatement transmis les informations au médecin qui a prescrit des antalgiques que j'ai pu lui administrer pour la soulager. Lors de mon tour de médicaments avant la relève de nuit, j'ai réévalué la douleur de cette patiente en lui demandant de la coter.

Je voulais m'assurer qu'elle n'était plus algique et j'ai transmis à mes collègues de nuit les informations relatives à cette patiente, notamment qu'elle avait une prescription « si besoin » du médecin mentionnant le seuil de douleur qui conditionne la prise du traitement en cas de retour des douleurs. Cet exemple est un exemple parmi d'autres, la prise en charge de la douleur fait partie du quotidien en chirurgie.



Maillys, infirmière dans un service de chirurgie

Pour en savoir plus
Critère 1.1-05





Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

Hématologue dans un hôpital parisien, nous recevons dans notre service de nombreux patients atteints de cancers du sang ou d'autres maladies graves du sang. L'annonce de la maladie et notamment d'un cancer est toujours une étape difficile, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une leucémie dont la prise en charge est particulièrement lourde.

J'ai appris au fil des années à roder mon discours, à l'adapter à mon interlocuteur, à son âge, à son niveau de compréhension, à l'écouter et considérer ses émotions en étant aidé par mes collègues mais également par des formations et outils mis en place par mon établissement. La communication dans ce genre de moment est un exercice difficile qui nécessite écoute, analyse et empathie, surtout que chaque patient est différent. Un adolescent n'aura pas forcément la même perception des choses qu'un adulte, ou qu'une personne dont le français n'est pas la langue maternelle par exemple.

J'ai été marqué par un jeune patient il y a quelques temps, il avait 16 ans. Plus un enfant donc, mais pas encore tout à fait un adulte. Nous lui avons annoncé qu'il avait une leucémie et je le recevais à ce moment-là pour lui expliquer avec sa maman, les différentes étapes du projet thérapeutique avec chimiothérapies, phases d'isolement en chambre stérile, aplasie et greffe de moelle osseuse. Sans grande réaction jusqu'alors, il est entré dans un état de tristesse et s'est mis à pleurer en disant qu'il « ne voulait pas ».

J'ai cru au départ, et sa maman aussi, qu'il paniquait à l'idée des traitements lourds qui allaient lui être administrés. En laissant passer un peu de temps et en discutant avec lui, j'ai compris que son angoisse première venait du fait qu'il allait être isolé de ses amis pendant une longue période. L'isolement social le tétanisait. J'ai dédramatisé la situation en lui expliquant tous les outils dont nous disposons pour y palier : il aurait droit de garder son téléphone, d'utiliser un écran pour faire des visios avec ses amis et certains d'entre eux pourraient même venir le voir en respectant les règles d'hygiène. J'en ai profité pour lui remettre une BD qui a été réalisée par une association avec laquelle nous travaillons et qui reprend de manière pédagogique toutes ces étapes et les dédramatise. Cet échange a semblé apaiser une partie de ses craintes et il a alors consenti et adhéré au projet de soin que nous avons envisagé pour lui. Il est ressorti de cette discussion plus serein, et moi aussi.



Maxime, hématologue

Pour en savoir plus
Critère 1.3-01





La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte

Je suis responsable qualité dans un établissement de santé et, au fil des années, j'ai vu les patients exprimer le souhait que leur expérience soit prise en considération. Nous avons fait le choix de développer une dynamique collective qui implique les professionnels de santé et les patients. La valorisation de l'expérience des patients est un sujet majeur et nous partageons régulièrement les résultats issus d'e-satis et des questionnaires de satisfaction pour informer les équipes et discuter des actions d'amélioration des pratiques.

Le mois dernier, j'ai rencontré la cadre du service de chirurgie pour évoquer avec elle les résultats du trimestre passé, lui signalant que des réclamations avaient été enregistrées sur cette même période.

À l'examen, nous avons constaté que les patients manquaient d'information à leur sortie et plus particulièrement concernant la consultation post-opératoire et la continuité des soins. Après avoir envisagé les actions d'amélioration, nous avons présenté les résultats aux professionnels du service, en présence d'un représentant des usagers (RU). Toutes les idées d'actions possibles ont été discutées. Certaines d'entre elles étant plus difficiles à mettre en œuvre à court terme, nous avons collectivement identifié deux actions prioritaires : mettre en place une checklist de sortie pour s'assurer que toutes

les informations nécessaires ont été communiquées au patient (les rendez-vous de suivi, les prescriptions, les recommandations de soins, etc.) et proposer un numéro d'appel permettant de répondre à d'éventuelles questions après la sortie.

Ces propositions ont été présentées aux différentes commissions institutionnelles (CME, CSIRMT et CDU) en associant les RU qui les ont validées. Les membres de la CDU ont été associés à l'élaboration et au suivi de ces deux actions.



**Valérie,
responsable qualité**

**Pour en savoir plus
Critère 1.4-02**





Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

©Direction des soins HNIA PERCY

Je m'appelle Jonathan, infirmier dans un service de médecine. Un patient hyperalgique suivi dans le cadre de son cancer, présent depuis quelques jours, se voit prescrire un matin une pompe à morphine (PCA) dans le cadre d'un protocole de soins, avec une dose basale de 125 mg sur 24h.

La prescription écrite ne mentionnait cependant pas le débit en mg/h qui devait être de 1. N'ayant pu joindre le médecin parce qu'interrompu dans la préparation, je prends l'initiative à partir d'une situation récemment vécue (patient en fin de vie) de placer le débit à 3 mg/h.

Quelques heures plus tard, lors de ma tournée, je constate que le patient est anormalement somnolent et je ne parviens pas à le stimuler. Je fais donc appel au médecin qui s'interroge sur le paramétrage de la PCA : le patient se serait-il administré un bolus trop important ? Faute de preuves, nous nous orientons notamment sur le débit et les interdoses. Après quelques minutes, nous constatons que le débit mis en place n'est pas celui souhaité initialement : la PCA est reparamétrée. Le patient est mis sous surveillance et en fin d'après-midi je constate que celui-ci a repris conscience.

Nous décidons, après information du malade sur ce dommage, de faire avec le médecin une déclaration d'évènement indésirable commune étant acté que la prescription incomplète et l'interruption de tâches avaient conduit à cette prise d'initiative et donc à cette erreur médicamenteuse. Suite à l'analyse, nous décidons en équipe de la sensibilisation des prescripteurs à la bonne complétude des ordonnances, la mise en place de la double vérification des préparations, une surveillance renforcée des patients et leur bonne information sur l'usage de la PCA.



Jonathan, infirmier dans un service de médecine

Pour en savoir plus

Critères 2.2-02 – 2.2-05 – 2.2-06





Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

Infirmière dans un centre hospitalier d'une ville du sud de la France, je fais partie depuis 5 ans de l'équipe tournante, ce qui me permet d'appréhender différentes spécialités et de prendre en charge aussi bien des enfants que des adultes dans des situations plus ou moins difficiles.

Encore il y a quelques jours, j'ai dû faire face à un patient en arrêt cardio-respiratoire, je me suis immédiatement saisie du chariot d'urgence, j'ai composé le numéro d'appel dédié aux urgences vitales du CH avec mon DECT pour lancer l'alerte et j'ai pratiqué les gestes de premier secours, le réanimateur est arrivé très vite. Il y a quelques années, en cas d'urgence vitale, nous avions trois numéros différents, selon le type d'urgence et le moment auquel on appelait (jour ou nuit).

Je trouve cela plus simple maintenant que nous n'en avons plus qu'un : le 3535, c'est devenu un réflexe dans toutes les situations. C'est d'ailleurs après la crise sanitaire que ce changement a eu lieu.



**Cynthia,
infirmière**

**Pour en savoir plus
Critère 2.2-12**





Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène

Oncologue depuis 10 ans, je travaille dans un univers où le risque de sepsis est très élevé, car nous travaillons auprès de patients immunodéprimés. J'observe depuis le début de ma carrière les évolutions et le renforcement constant des mesures de prévention du risque infectieux, cela protège nos patients, mais nous-mêmes également, ne l'oublions pas !

Ce travail s'opère en lien avec l'équipe d'hygiène, et j'attache une importance particulière à ce que toute l'équipe prenne l'exercice au sérieux, même si certaines techniques se veulent pédagogiques et presque amusantes, nous devons sans cesse savoir nous remettre en question.

Un exemple très concret : il y a quelques mois, l'équipe d'hygiène est passée dans notre service avec la « boîte à coucou », que nous avons tous testée les uns après les autres après avoir procédé à la friction des mains avec le SHA. Malgré une pratique quotidienne de la friction des mains, certains résultats nous ont étonnés car quelques-uns d'entre nous n'avaient pas

appliqué le produit correctement sur toute la surface des mains et portaient du vernis et des bijoux. Une formation a ensuite été organisée dans le service pour nous rappeler les règles de bonnes pratiques de nettoyage des mains. L'objectif était vraiment de sensibiliser l'ensemble des équipes, aussi bien les anciens collaborateurs que les nouveaux arrivants. C'est un acte de prévention fort et essentiel qui s'adresse en plus à tout le monde : patients, visiteurs et professionnels.



Mohamed, oncologue

Pour en savoir plus
Critère 2.3-06





Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list* « Sécurité du patient »

Je m'appelle Thierry, je suis infirmier de bloc opératoire depuis plusieurs années dans un établissement spécialisé en chirurgie orthopédique. La sécurité des patients est ma priorité absolue dans mon travail quotidien. La mise en place d'une *check-list* rigoureuse avant et tout au long de chaque intervention chirurgicale permet de sécuriser toutes les étapes. C'est un outil que nous utilisons systématiquement et que nous évaluons régulièrement.

Ces derniers mois, dans le service de chirurgie où je travaille, nous avons été confrontés à un nombre important d'opérations qui n'ont pas pu être réalisées par défaut de matériel disponible. Cette situation a contraint à la reprogrammation de plusieurs interventions, générant pour le patient incompréhension et stress. Nous avons remarqué que les déprogrammations d'opération étaient fréquentes. Ces situations étaient non seulement frustrantes pour les patients, avec un impact majeur sur leur parcours et leur programme de soins mais aussi pour toute l'équipe médicale. En analysant comme chaque trimestre les *check-lists* réalisées, nous avons essayé de comprendre les raisons de ces no go. Nous avons alors constaté qu'il arrivait fréquemment que certains instruments ou équipements nécessaires ne soient pas disponibles le jour J, du fait d'une mauvaise articulation des circuits entre la pharmacie, la stérilisation et le bloc, notamment pour les commandes, le traitement et l'acheminement des ancillaires.

Nous avons partagé ces conclusions avec mes collègues et avec le conseil du bloc opératoire associant les responsables de la pharmacie et de la stérilisation. Plusieurs actions ont été mises en place pour remédier à ce problème, par exemple une meilleure communication entre les différents services impliqués dans la gestion des stocks, une révision de la procédure de commande de matériels jusqu'à l'acheminement au bloc opératoire en passant par la stérilisation. La mise en place d'une *check-list* matériel à réaliser 48 h avant toute intervention programmée fait désormais l'objet d'un suivi mensuel qui est présenté trimestriellement au conseil de bloc.

Depuis, le taux de no go a considérablement diminué et les opérations programmées sont désormais beaucoup plus fiables. Cette expérience montre à quel point l'analyse régulière des indicateurs au bloc opératoire est utile.



Thierry, IBODE

Pour en savoir plus
Critère 2.3-09





Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs



Je suis sage-femme depuis 3 ans dans un service de maternité de niveau 2, qui accueille des mamans ayant une grossesse *a priori* à risques modérés. Nous mettons en place au sein de notre service des précautions et des mesures préventives de routine afin de nous assurer du respect des bonnes pratiques. Mais cela n'empêche pas toujours la survenue de risques majeurs obstétricaux pour lesquels nous nous préparons grâce notamment à la formation par simulation.

Récemment, j'ai été associée à la prise en charge d'un accouchement d'une parturiente avec une grossesse gémellaire. Toute l'équipe médicale avait été mobilisée. Nous étions parfaitement conscients des risques et des complications qui pouvaient survenir chez la mère et les enfants lors de l'accouchement.

À l'arrivée de la parturiente, le travail avait déjà démarré mais la phase de dilatation du col a duré plusieurs heures et j'ai dû utiliser une perfusion d'ocytocine en phase active du travail pour stimuler les contractions. L'accouchement de cette grossesse gémellaire a été long et difficile. Une fois que la délivrance a été réalisée après administration préventive d'utérotoniques, les placentas vérifiés et les sutures finalisées, l'obstétricien a quitté la salle d'accouchement, me laissant avec la patiente pour compléter les soins. Quelques minutes plus tard, j'ai remarqué une atonie utérine ainsi qu'une perte massive de sang.

En application de notre procédure en cas d'HPPI, j'ai appelé l'obstétricien et l'anesthésiste et l'infirmière est allée chercher le kit d'urgence HPPI. J'ai immédiatement procédé à un sondage vésical et à une révision utérine tout en poursuivant la perfusion d'ocytocine. De son côté, l'obstétricien a réalisé un examen pour écarter une déchirure du col. Nous avons réussi à maîtriser l'hémorragie sans avoir eu besoin de recourir à des mesures plus invasives. La patiente a été surveillée pendant les heures qui ont suivi et a reçu les soins appropriés pour éviter toute complication supplémentaire.

Ce sont des événements stressants, mais la réactivité, la réalisation régulière d'exercices de simulation et la coordination en équipe permettent de gérer de manière efficace ces situations.



Sofia, sage-femme

Pour en savoir plus
Critère 2.3-10





La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Je suis pneumologue depuis 4 ans et avec mon équipe nous sommes régulièrement sensibilisés sur le bon usage des antibiotiques. Ces dernières années, l'équipe opérationnelle d'hygiène et la pharmacie à usage intérieur (PUI) ont constaté une hausse de leur consommation et une augmentation de la résistance des germes aux antibiotiques de première ligne, comme l'amoxicilline. C'est une situation qui nous inquiète collectivement pour la prise en charge de nos patients.

La semaine dernière, j'ai pris en charge un patient âgé souffrant d'une infection pulmonaire. Après 3 jours d'un traitement par amoxicilline, l'état du patient s'est significativement dégradé et son médecin traitant l'a orienté vers notre établissement. Dès l'arrivée du patient dans mon service, j'ai réalisé un examen clinique et demandé un bilan biologique complet, incluant un examen cytot bactériologique des crachats (ECBC). Les résultats m'ont amené à solliciter l'avis du référent antibiothérapie pour revoir au plus juste la prescription d'antibiotiques. Lorsque l'infirmière de pneumo est arrivée à la PUI, elle a précisé au pharmacien qu'il s'agissait d'un changement de traitement. Dans l'urgence, je n'avais pas eu le temps de tracer dans le DPI l'indication et la réévaluation de l'antibiothérapie pour ce patient et le pharmacien a demandé à échanger avec moi avant de dispenser le traitement.

Je suis rapidement revenu vers lui pour lui donner les informations nécessaires à la dispensation et en lui précisant que le choix de l'antibiothérapie faisait suite à l'avis du référent, le temps de les tracer dans le DPI.

Dans le contexte actuel et compte tenu de l'ampleur du phénomène d'antibiorésistance, toutes les équipes sont sensibilisées sur ce sujet et elles participent à la mise en œuvre d'un plan d'action articulé autour de la formation des praticiens, du recours à un référent antibiothérapie et du suivi d'indicateurs. L'ensemble de ces mesures permettent d'améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques et participent ainsi à la lutte contre l'antibiorésistance.



Camille, pneumologue

Pour en savoir plus
Critère 2.4-02





L'établissement impulse la déclaration des événements indésirables, dont les presque-accidents

Je suis interne dans un hôpital de jour d'un service de médecine. En étroite collaboration avec l'équipe médicale, j'ai la responsabilité de fournir des soins médicaux aux patients sous la supervision d'un médecin senior.

J'ai récemment vécu une situation qui aurait pu être un événement indésirable grave pour la sécurité du patient. Ce jour-là, une patiente souffrant de la maladie de Crohn avait été hospitalisée pour une perfusion d'infliximab. Il s'agissait de sa 5^e perfusion et les précédentes s'étaient réalisées sans problème. Peu de temps après le début de la perfusion, la patiente a présenté une rougeur avec un gonflement du visage. L'infirmière a alors stoppé immédiatement la perfusion et procédé à l'application des protocoles standards permettant d'amender les symptômes.

Le médecin senior et moi-même avons jugé tout de même nécessaire de garder la patiente en observation. Quelques heures plus tard, j'ai constaté que la patiente manifestait de nouveau des symptômes et qu'il s'agissait d'une situation d'urgence. J'ai alors demandé oralement aux infirmières présentes d'injecter un flash de 20 microgrammes d'adrénaline et de mettre en route une oxygénothérapie haute concentration. J'ai ensuite entendu une des infirmières demander la préparation de « 20 d'adré » en s'adressant à sa collègue. Juste avant le passage du flash, j'ai demandé à l'infirmière de vérifier le dosage et c'est

là que l'erreur a été constatée : le flash contenait 20 milligrammes d'adrénaline. L'injection a été stoppée in extremis et le dosage a été corrigé. Ma prescription orale n'avait pas été bien comprise par l'une des infirmières et les règles d'administration d'un médicament à risque qui nécessite une double vérification n'avaient pas été respectées.

Cette erreur médicamenteuse aurait pu être grave pour la patiente. Cela nous a poussés à faire la déclaration de ce presque-accident et d'en faire une analyse collective. Des actions correctives ont été mises en œuvre et notamment un rappel sur l'usage des prescriptions orales en situation d'urgence.

Dans ces cas-là, le stress impacte toute l'équipe. Le retour d'expérience et l'analyse des causes profondes permettent de mettre en œuvre des actions préventives et correctrices.



Jérôme, interne en médecine

Pour en savoir plus
Critère 3.1-04





Pour en savoir plus sur la **qualité des soins**

- contactez-nous par email à **certification.es@has-sante.fr**
- ou consultez le site de la HAS **www.has-sante.fr**
- consultez **www.has-sante.fr/QualiScope** pour vous informer sur le niveau de qualité et de sécurité des hôpitaux et des cliniques,



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Patients, soignants, un engagement partagé



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous
à l'actualité de la HAS : **www.has-sante.fr**

