



Certification des établissements de santé pour
la qualité des soins

Les critères impératifs

Témoignages
de professionnels

Maï 2023

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les 17 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, 17 sont des critères impératifs. Ces critères constituent l'une des exigences fondamentales pour être certifié. Ne pas les respecter entraîne des conséquences qu'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé.

1. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités
2. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité
3. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
4. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque
5. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires
6. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés
7. L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein
8. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins
9. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée
10. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement
11. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

Enfant et adolescent

12. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Psychiatrie et santé mentale

13. La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée
14. Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

Chirurgie et interventionnel

15. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la *check-list* « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Maternité

17. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du *post-partum* immédiat (HPPI)

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 1.1-03

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

○ 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 1.2-01



Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

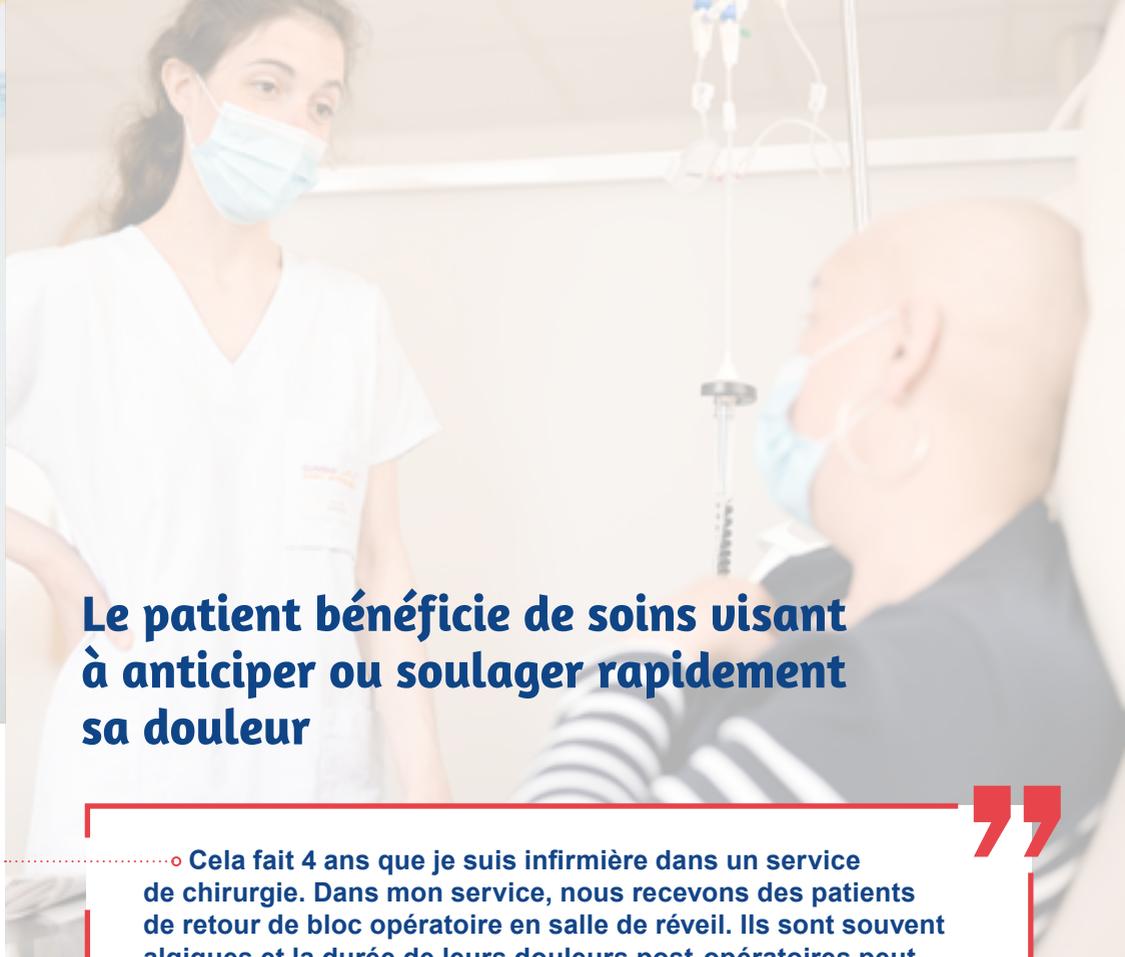
”
○ Dans l'unité de chirurgie orthopédique et traumatologique, nous recevons le plus souvent des patients ayant des maladies dégénératives comme l'arthrose, mais aussi des patients accidentés. Nous recevons surtout des adultes mais il peut arriver que nous soyons amenés à accueillir des mineurs, voire 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 1.2-02



Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou 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 en salle de réveil. 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 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 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.

○ **Maïlys, infirmière dans un service de chirurgie**

Pour en savoir plus
Critère 1.2-08



Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

« Je suis infirmier en unité d'hospitalisation fermée de psychiatrie. Nous prenons souvent en charge des patients agités, atteints de troubles psychiatriques lourds à qui nous devons administrer des médicaments à risque nécessitant une formation et une attention particulière dans leur utilisation.

Récemment, nous avons traité un patient psychotique agité à qui nous devons administrer un neuroleptique. Nous avons par erreur réalisé deux injections de neuroleptique à action prolongée (NAP) en 24 heures au lieu du neuroleptique à action immédiate qui était prescrit. En fait, des ampoules de NAP restantes car non utilisées chez un autre patient la semaine précédente avaient été placées par erreur dans le casier du neuroleptique à action immédiate dans l'armoire à pharmacie. En plus, au moment de l'injection, nous avons vérifié trop rapidement la concordance entre le produit et la prescription. Les NAP sont pourtant identifiés comme médicaments à risque. En cas de non-utilisation, ils auraient normalement dû être retournés à la pharmacie, et non pas stockés dans notre service.

L'état de sédation prolongée du patient nous a alertés et après en avoir discuté en équipe, nous avons compris que cela était lié à la confusion entre les deux formes du médicament. Nous avons immédiatement réagi et un suivi strict du patient a été mis en place sous la

surveillance directe du médecin. Nombreux sont ceux à avoir été bouleversés par cette erreur. Par la suite, nous avons déclaré un événement indésirable, ce qui a permis de formaliser la mise en place d'un calendrier de sensibilisations régulières sur les médicaments à risque, élargi à l'ensemble des professionnels. En parallèle, la gouvernance a déclaré l'EIG à l'ARS. Les conséquences de notre erreur ont été importantes, mais avec le recul et a posteriori, nous réalisons que toutes ces étapes n'avaient aucune valeur punitive, au contraire. Remettre en question nos pratiques après cet événement était nécessaire, cela nous a permis de nous reposer ensemble les bonnes questions, revoir les process et surtout faire en sorte que ça n'arrive plus. Fort heureusement, le patient va bien aujourd'hui.

« Nicolas, infirmier en psychiatrie

Pour en savoir plus
Critère 2.3-06



Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

« 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 2.3-11



L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein

Je travaille au sein d'un service qualité et j'ai pour mission de centraliser et étudier les retours des usagers, notamment les éventuelles plaintes et réclamations ainsi que les fiches d'évènement indésirable des professionnels.

Sur le sujet de la maltraitance, nous avons recensé l'année dernière plusieurs situations de patients ou proches mal à l'aise avec l'attitude de certains soignants. Je réalise chaque jour à quel point le sujet est complexe et l'équilibre difficile à trouver dans les relations patients-soignants. Cela peut sembler anodin, mais les cas les plus fréquents portent sur des paroles dévalorisantes, inappropriées ou infantilissantes à l'égard de patients, âgés bien souvent, par des soignants qui n'adaptent pas forcément adroitement leur communication à chaque patient pris en charge.

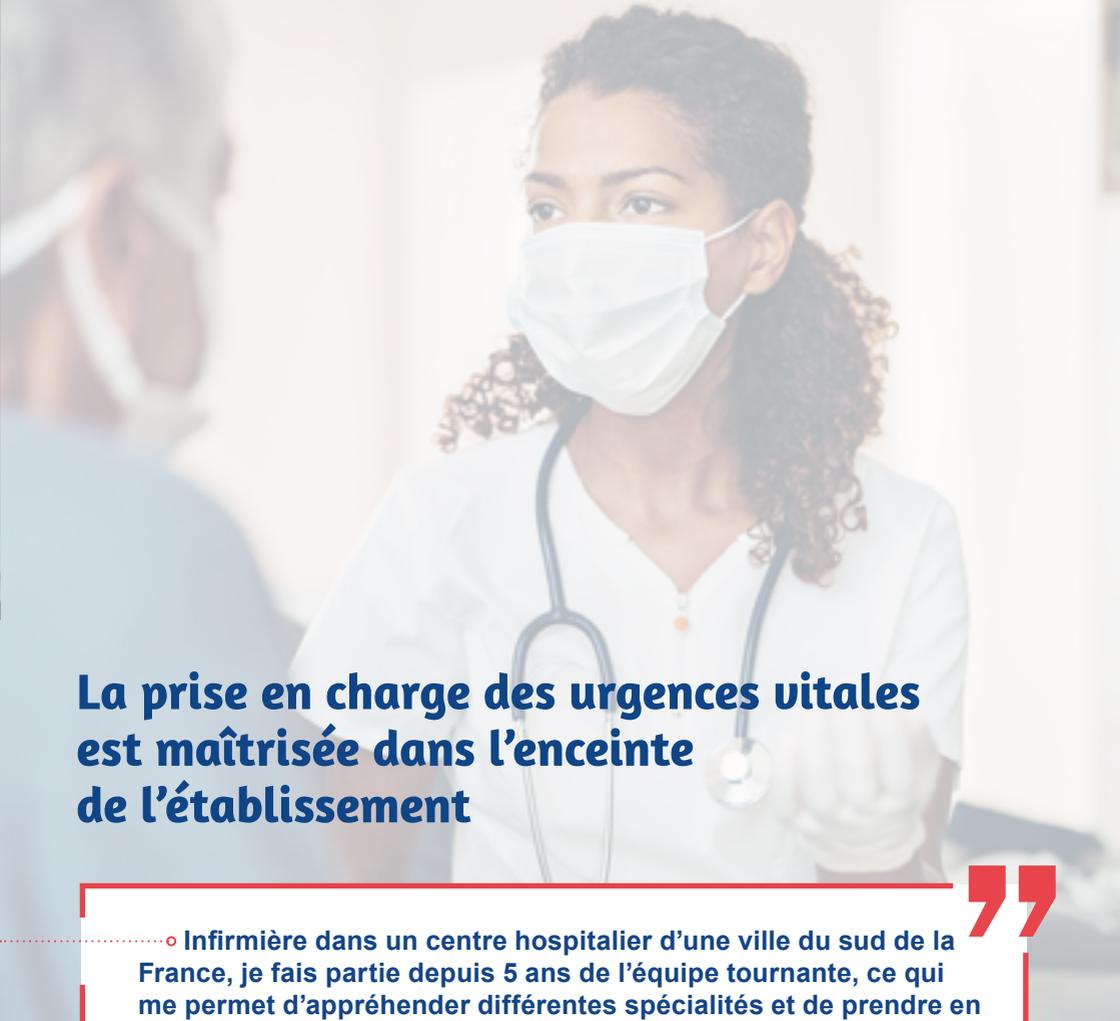
Par exemple, ce n'est pas parce qu'un patient est âgé qu'il n'est pas en mesure de comprendre son traitement médicamenteux. Expliquer le traitement au proche en ignorant le patient qui est à côté peut paraître dévalorisant pour le patient. De même, certaines maladresses, pouvant partir d'une bonne intention pourtant, comme donner des surnoms aux patients, aussi gentils soient-ils, peuvent être humiliantes dans le sens où cela les infantilise et ne les aide pas à rester dans une posture

d'acteur de leur prise en charge. C'est un exercice qui demande de l'habileté au personnel de l'établissement, j'en ai parfaitement conscience, mais il est important d'avoir ces détails en tête.

Après l'analyse de ces situations, nous avons mis en place des sessions de sensibilisation et de formation spécifiques à la prise en charge du sujet âgé en médecine gériatrique, mais également pour tout professionnel amené à prendre en charge des patients âgés. En parallèle, un rappel de la charte de la bientraitance a également été réalisé par les cadres. L'information aux patients sur la possibilité de saisir la commission des usagers est également renforcée dans le livret d'accueil.

Victoire, responsable qualité

Pour en savoir plus
Critère 3.2-06



La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

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. 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 3.6-05



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

- scannez le QR code



- ou contactez-nous par e-mail à certification.es@has-sante.fr
- ou consultez le site de la HAS : www.has-sante.fr

Pour vous informer sur le niveau de qualité et de sécurité des hôpitaux et des cliniques consultez QualiScope, le service d'information en ligne de la HAS : www.has-sante.fr/QualiScope