

# Certification des établissements de santé - HAS



## FICHE MEMO CRITERE IMPERATIF



### Critère 2.3-20

## Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post- partum immédiat

Cette fiche a été élaborée par la FORAP et construite sur la base des éléments du **manuel de certification** Elle a été révisée au regard du manuel V2024.

### Elle a pour objectifs de :

- **Faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation du critère impératif** sur la maîtrise des risques lié à l'hémorragie du post-partum immédiat.
- **Présenter une vision globale des attendus** du manuel de certification **concernant la maîtrise des risques lié à l'hémorragie du post-partum immédiat** en analysant les attendus des critères associés.

Elle s'adresse aux professionnels en charge de cette thématique au sein de l'établissement (CLUD...), aux professionnels en charge du pilotage de la démarche de certification et aux professionnels de terrain.

### Que trouve-t-on dans cette fiche ?

- En préambule : le critère impératif et la liste des critères en lien avec la thématique
- Le critère impératif : les objectifs et les attendus du critère, les éléments d'évaluation, complétés par le regard de la FORAP
- Les critères en lien avec la thématique douleur, complétés par le regard de la FORAP.
- Des annexes : les références bibliographiques et les outils développés par la FORAP sur cette thématique.

Le « regard porté par la FORAP » sur les différents éléments d'évaluation s'appuie sur l'expertise des professionnels des structures régionales d'appui et ne présente pas de caractère exhaustif ni opposable. Cette fiche fera l'objet d'actualisation le cas échéant.

**La FORAP remercie le Dr Hélène Heckenroth, Gynéco-Obstétricien, CHU La Conception, AP-HM, Réseau de périnatalité MEDITERRANEE PACA Corse et le Réseau de périnatalité OREHANE des Hauts-de France pour la relecture de cette fiche.**


## Liste des critères en lien avec le critère impératif


|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Critère 1.1-01</b> | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur   |
| <b>Critère 1.1-07</b> | Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse   |
| <b>Critère 1.2-08</b> | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques |
| <b>Critère 2.2-12</b> | Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace                                |
| <b>Critère 2.3-09</b> | Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle  |
| <b>Critère 2.4-04</b> | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés                             |
| <b>Critère 3.1-01</b> | L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours   |
| <b>Critère 3.4-01</b> | La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe  |
| <b>Critère 3.4-02</b> | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe   |
| <b>Critère 3.4-03</b> | Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et développées   |


## 1. LE CRITERE IMPERATIF

|  |   |
|--|---|
| <b>CRITERE 2.3-20</b>                    | <b>Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat</b>   |
| <b>Chapitre 2</b><br><b>Objectif 2.3</b> | <b>Les équipes de soins</b><br><b>Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques</b>   |
|  | <p>La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) sont réalisées.</p> <p><b>Prévention et diagnostic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vérification du dossier avant la naissance (carte de groupe sanguin complète, bilan d'entrée en salle d'accouchement et RAI à jour)</li> <li>→ Délivrance dirigée réalisée et tracée dans le partogramme</li> <li>→ Quantification des pertes sanguines (poches de recueil) &lt;500 et &gt;500 ml à tracer partogramme</li> <li>→ Surveillance du post-partum réalisée et tracée</li> </ul> <p><b>Prise en charge précoce</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Heure de diagnostic d'HPPI tracée</li> <li>→ Heure d'appel des différents intervenants tracée</li> <li>→ Eléments de surveillance et prise en charge tracés</li> <li>→ Etiologie de l'HPPI recherchée et tracée</li> <li>→ Mise en condition minimale notée (sondage évacuateur, sondage à demeure...)</li> <li>→ Si la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) date de plus de 3 jours, une nouvelle RAI est réalisée</li> <li>→ Contact avec les structures transfusionnelles, si nécessaire (EFS, banque du sang...)</li> <li>→ Gestes adaptés à la situation réalisée (révision utérine, révision sous valve, massage utérin, ...)</li> <li>→ Utérotoniques administrés</li> <li>→ Antibiotrophylaxie réalisée, en cas de gestes endo-utérins</li> <li>→ Si au bout de 15 à 30 mn, l'HPPI persiste, administration du traitement par Sulprostone en IV</li> </ul> <p><b>RAPPEL : 3 Indicateurs Qualité Sécurité des Soins HAS HPPI à connaître (IQSS)</b></p> <p><b>Prévention de l'HPP lors de l'accouchement :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (Délivrance) (2 niveaux)</li> <li>2. Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement</li> </ol> <p><b>Prise en charge initiale de l'HPPI :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Prise en charge initiale de l'HPPI (indicateur englobant le diagnostic d'HPPI et la réalisation d'un geste endo-utérin lié au diagnostic d'HPPI)</li> </ol> |

## Regard des éléments d'évaluation

| Critère 2.3-20   | Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (critère impératif)  | Méthode          |
|--|---|------------------|
| Elément d'évaluation   | Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du <i>post-partum</i> immédiat est vérifié et conforme.  | Parcours traceur |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p><i>Il est important de différencier le chariot d'urgence vitale du charriot ou kit HPP</i></p> <p><b><u>Documents à disposition</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Protocole HPP disponible</li> <li>➔ Feuille de surveillance HPP spécifique</li> <li>➔ Feuille de traçabilité pour vérification matériel</li> </ul> <p>Il nous semble important de retrouver le <b>matériel suivant dans le chariot HPP</b> :<br/> <i>Cette liste n'est pas exhaustive et sera complétée en fonction de l'organisation de chaque établissement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poche de recueil</li> <li>• Matériel de sondage</li> <li>• Matériel permettant de poser une 2e voie veineuse</li> <li>• Tubes et bords de demande pour bilan coagulation et numération</li> <li>• Bords à destination de l'EFS pour demande de sang</li> <li>• Masque haute concentration pour oxygène</li> <li>• Valves</li> <li>• Ballon de tamponnement intra-utérin avec la notice ou protocole,</li> <li>• Sérum physiologique de 500ml ou matériel pour gonfler le ballon de tamponnement intra-utérin</li> <li>• Exacyl (Acide Tranexanique)</li> <li>• Couverture de survie</li> </ul> <p>Le chariot doit être fermé.</p> <p>Le chariot ne doit pas contenir de médicaments devant être stockés au réfrigérateur, les médicaments (Oxytocine et Sulprostone) sont stockés au réfrigérateur.</p> <p>La vérification du charriot HPP doit être réalisée régulièrement et tracée.</p> |                  |


| <b>Élément d'évaluation</b>  | La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels  | Parcours traceur |
|--|---|------------------|
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p><b><u>Procédure d'urgence</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Procédure d'urgence à disposition et connue en salle de naissance/secteur de naissance</li> <li>→ Protocole de prise en charge de l'HPPI et de prise en charge d'une HPPI grave, réactualisé, comprenant la liste téléphonique des intervenants, les circuits de transferts, précisant les établissements receveurs disposant d'un plateau technique d'embolisation (cf protocole régional réseau périnatalité)</li> <li>→ Présence d'un intervenant qualifié en chirurgie</li> <li>→ Liste d'astreinte disponible en salle de naissance/secteur de naissance</li> </ul> <p><b><u>Autres :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Procédure formalisée organisant la consultation pre-anesthésique entre le 7<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois de la grossesse pour toutes les patientes suivies</li> <li>→ Compte-rendu de la consultation de pre-anesthésie disponible lors de l'accouchement</li> <li>→ Procédure formalisée d'approvisionnement et d'acheminement des PSL (produits sanguins labiles), de telle sorte que le sang arrive en moins de 30 minutes en cas de besoin</li> <li>→ Protocole de prévention de l'HPPI</li> <li>→ Fiche de surveillance rapprochée, dédiée au relevé chronologique des éléments de la surveillance en cas de prise en charge d'une HPPI (fiche HPP obligatoire, recommandations HAS, CNGOF, SFAR)</li> <li>→ Stock de drogue vérifié à périodicité définie + traçabilité (Sulprostone, Oxytocine, anesthésiques, ...)</li> </ul> <p><b><u>Formation en simulation</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contextualisation de l'HPP</li> <li>→ Gestes techniques (Délivrance artificielle, Révision utérine, pose de ballon de tamponnement, ...)</li> <li>→ Abord du Travail en équipe en situation d'urgence (communication et coordination pluri professionnelle (GO, SF, pédiatre, MAR, ...))</li> </ul> <p><b><u>Evaluation</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recueil d'indicateurs HPP mais aussi ... césarienne, accouchements instrumentaux, épisiotomie, code rouge (nb et pertinence) ...</li> <li>→ Analyse a posteriori des dossiers d'HPPI (respect des procédures)</li> <li>→ Analyse des EIG en lien avec HPP</li> </ul> |                  |


| <b>Elément d'évaluation</b>  | <p>L'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.</p>  | <b>Parcours traceur</b> |
|--|--|-------------------------|
| <p><b>Regard de la</b></p>  <p>Fédérer mutualiser innover<br/>La qualité-sécurité en santé</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Carte de groupe sanguin Rhésus, avec phénotype et 2 déterminations, RAI datant de moins d'un mois</li> <li>➔ Surveillance de 2 heures en post-partum immédiat (<u>au moins</u> 2 examens pendant les 2 heures avec tension, pouls, qualité du globe utérin, quantité de saignements tracés, 4 examens en post-césarienne)</li> <li>➔ Heure de sortie du secteur de naissance tracée</li> <li>➔ Examen du placenta et son résultat / révision utérine</li> <li>➔ Délivrance dirigée</li> <li>➔ Injection prophylactique d'Oxytocine avec modalités tracées (voie, dose, heure d'administration)</li> <li>➔ En cas de non délivrance et en l'absence de saignement : réalisation d'une délivrance artificielle à partir de 30 minutes après l'accouchement, sans dépasser 60 minutes</li> <li>➔ Utilisation d'un sac de recueil, placé sous la patiente, dès la fin de l'expulsion foetale</li> </ul> |                         |

## 2. LES CRITERES EN LIEN AVEC LE CRITERE IMPERATIF


### Regard des éléments d'évaluation


| CHAPITRE 1                   | Le patient   |   |
|------------------------------|--|---|
| <b>Critère 1.1-01</b>        | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques   | <b>Méthode</b>  |
| <b>Éléments d'évaluation</b> | <p><b>Patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.</li> <li>Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe témoigne de l'information donnée au patient.</li> <li>Les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension.</li> </ul> <p><b>Observations</b></p> <p>Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée &amp; charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques (ex : Charte Romain Jacob).</li> </ul> | <p><b>Patient traceur</b></p> <p><b>Observation</b></p> |
| <p><b>Regard de la</b></p>   | <p>Les parents ont été informés du risque HPPI, des conséquences inhérentes à cette HPPI. Leur ont été expliquées les mesures prises pour prévenir ce risque et la conduite à tenir en cas de survenue. Cette information est réalisée avant l'injection préventive d'ocytocine en s'exposant au risque du refus patient</p> <p>Ils ont pu poser toutes les questions et les professionnels se sont assurés de la compréhension des informations données.</p> <p>La traçabilité de l'information donnée est retrouvée dans le dossier, notamment l'information faite pendant la prise en charge de l'HPPI</p>  |   |
| <b>Critère 1.1-07</b>        | Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse   | <b>Méthode</b>  |
| <b>Éléments d'évaluation</b> | <p><b>Patient</b></p> <p>Un projet de naissance a été proposé aux futurs parents, s'ils l'ont souhaité, dès le début de la grossesse.</p> <p><b>Professionnels</b></p> <p>Un projet de naissance a été proposé aux futurs parents, s'ils l'ont souhaité, dès le début de la grossesse.</p>   | <b>Patient traceur</b>                                  |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p>L'information concernant la possibilité de réalisation d'un projet de naissance est formalisée dans le parcours patient</p> <p>Le moment d'échange lors du projet de naissance peut aborder l'injection d'ocytocine préventive et le risque HPPI</p> |
|--|---|


| <b>Critère 1.2-08</b>  | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur   | <b>Méthode</b>                |
|--|--|-------------------------------|
| <p><b>Éléments d'évaluation</b></p>  | <p><b>Patient</b><br/>Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur.</p> <p><b>Professionnels</b><br/>Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur.</p> <p><b>Consultation documentaire</b><br/>L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé).</p> | <p><b>Patient traceur</b></p> |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p><b>Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique de ce critère impératif.</b></p>   |                               |





| <b>CHAPITRE 2</b>  | <b>L'équipe de soins</b>  |                         |
|--|---|-------------------------|
| <b>Critère 2.2-12</b>  | Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list «Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace  | <b>Méthode</b>          |
| <b>Éléments d'évaluation</b>   | <p><b>Professionnels</b></p> <p>La check-list au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique (exhaustivité de la réalisation et du remplissage).<br/>La check-list est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels.<br/>La check-list est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle.<br/>La check-list est réalisée en présence des personnes concernées.</p> | <b>Parcours traceur</b> |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p>➔ <b>Utilisation d'une check-list « Sécurité du patient » adaptée à la césarienne (Check-list Sécurité Césarienne)</b></p>   |                         |


|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| <b>Critère 2.3-09</b>  | Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle  | <b>Méthode</b>       |
| <b>Éléments d'évaluation</b>   | <p><b>Professionnels</b></p> <p>L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de la prescription ;</li> <li>– de l'administration ;</li> <li>– des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ;</li> <li>– de la transfusion.</li> </ul> <p>L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge post-transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).<br/>Le taux de destruction est mesuré.</p> | <b>Traceur ciblé</b> |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p><b>II</b> s'agit d'avoir anticipé le risque HPPI en ayant réalisé les « RAI et le groupage ». Vérifier que ces informations soient dans le dossier de la patiente</p>   |                      |


|                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| <b>Critère 2.4-04</b> | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés | <b>Méthode</b> |
|-----------------------|--|----------------|

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <p><b>Eléments d'évaluation</b></p>  | <p>Les EIAS sont déclarés et partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc.</li> <li>• Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – Association of Litigation and Risk Management).</li> <li>• L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.</li> </ul> | <p><b>Parcours traceur</b></p> |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <p><b>Se référer à la fiche mémo FORAP spécifique de ce critère impératif.</b></p>   |                                |

| <p><b>CHAPITRE 3</b></p>   | <p><b>L'ETABLISSEMENT</b></p>   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <p><b>Critère 3.1-01</b></p>   | <p>L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours</p>   | <p><b>Méthode</b></p>       |
| <p><b>Eléments d'évaluation</b></p>  | <p><b>Gouvernance</b><br/>Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé.<br/>L'établissement a identifié les partenaires installés ou en développement qui contribuent à certains parcours sur le territoire ou plus largement en cas d'activités de recours.<br/>L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télé imagerie ou téléconsultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.</p> | <p><b>Audit système</b></p> |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Convention de transfert inter-établissement pour la prise en charge de l'HPPI qui s'aggrave (réseau régional de périnatalité)</li> <li>➔ Transport médicalisé (service demandeur, SAMU-SMUR, service receveur)</li> <li>➔ Le choix de la structure recevant la patiente tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps</li> <li>➔ Les documents immuno-hématologiques et les informations nécessaires sont communiqués au service receveur</li> </ul>   |                             |

| <b>Critère 3.4-01</b>  | La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe  | <b>Méthode</b> |
|--|--|----------------|
| <b>Éléments d'évaluation</b>   | <p><b>Gouvernance</b><br/>Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.</p> <p><b>Professionnels</b><br/>Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, team building, CRM santé, repérage des moments de communication critiques...).</p> <p>La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe.</p> <p>Les temps de travail déployés dans l'établissement permettent un travail en équipe. En cas de temps partagé entre équipes réduit, des solutions organisationnelles sont mises en œuvre.</p> | Audit système  |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Prévenir tous les intervenants potentiels sans délai et prise en charge conjointe et simultanée</li> <li>➔ Référent en chirurgie disponible</li> <li>➔ Equipe d'anesthésie - réa disponible</li> <li>➔</li> </ul>   |                |

| <b>Critère 3.4-02</b>  | La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe   | <b>Méthode</b> |
|--|---|----------------|
| <b>Éléments d'évaluation</b>   | <p><b>Gouvernance</b><br/>Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).</p> <p>Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.</p>  | Audit système  |
| <p><b>Regard de la</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Formation Simulation</li> <li>➔ Mise en place d'un programme PACTE avec les équipes du secteur de naissance</li> <li>➔ Mise en place de démarche type accréditation individuelle des spécialités à risque (GO MAR), accréditation en équipe ou autres (cf GYNERISQ)</li> <li>➔ Organisation/participation à des reprises de cas pluridisciplinaires</li> </ul> |                |

| <b>Critère 3.4-03</b>  | Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et développées   | <b>Méthode</b> |
|--|--|----------------|
| <b>Éléments D'évaluation</b>   | <p><b>Gouvernance</b><br/>À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises.<br/>Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu.</p> <p><b>Professionnels</b><br/>Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipe ou PACTE, sont proposés aux équipes.</p> | Audit système  |
| <b>Regard de la</b><br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Analyse de pratiques dans le champ de l'HPP (EPP locales ou régionales)</li> <li>➔ Participation à des formations/simulations</li> </ul>  |                |

### 3. ANNEXES

#### Annexe 1

titre

| 1. LE CRITERE IMPERATIF |   | Références bibliographiques  |
|-------------------------|---|--|
| <b>Critère 2.3-20</b>   | <b>Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat</b> | <p><b>Références HAS</b></p> <p>Hémorragies du post-partum immédiat : Recommandation de bonne pratique, 2014.</p> <p>Audits cliniques ciblés, 2005</p> |

| 2. LES CRITERES EN LIEN<br>AVEC LE CRITERE IMPERATIF |  | Références bibliographiques  |
|--|--|--|
| Critère 1.1-01                                       | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques | <p><b>Références HAS</b><br/>           La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, 2017.<br/>           Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, 2017.<br/>           Faire dire, 2016.<br/>           Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi, 2015.<br/>           Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, 2014.<br/>           Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b><br/>           Art. L. 1110-4, L. 1111-2 et L. 1112-1 al. 4, du CSP.<br/>           Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/ SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.<br/>           Art. L. 1111-6 du CSP sur la désignation d'une personne de confiance.<br/>           Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</p> |
| Critère 1.1-07                                       | Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse   | <p><b>Références HAS</b><br/>           Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017.<br/>           Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2016.<br/>           Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, 2014.<br/>           Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, 2014.<br/>           Préparation à la naissance et à la parentalité, 2012.<br/>           Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005.</p>   |
| Critère 1.2-08                                       | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur   | <p><b>Références HAS</b><br/>           Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.<br/>           Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.<br/>           Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2009.<br/>           Douleur chronique : les aspects organisationnels : le point de vue des structures spécialisées, 2009.</p>   |

|                |   |  |
|----------------|---|--|
|                |   | <p>Douleur postopératoire, 2006.<br/>Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, 2005.</p> <p>Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, 2000.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b><br/>Art. L. 1110-5-3 et L. 1112-4 du CSP.<br/>Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.<br/>Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002.<br/>Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 99.<br/>Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.</p> |
| Critère 2.2-12 | Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace     | <p><b>Références HAS</b><br/>La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », 2018.<br/>Les autres check-lists, 2016.<br/>Pour une meilleure utilisation de la check-list « Sécurité du patient bloc opératoire ».</p>  |
| Critère 2.3-09 | Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle   | <p><b>Références HAS</b><br/>Transfusions de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives, 2014.<br/>Transfusion de plaquettes : produits, indications, 2015.<br/>Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications, 2012.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b><br/>Art. R. 1221-40 du CSP.<br/>Art. R. 1221-45 du CSP.<br/>Décret n° 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain.<br/>Note d'information DGS/PP4/ DGOS/PF2 du 18 avril 2019 relative à la prévention des oedèmes pulmonaires de surcharge post-transfusionnels (TACO – Transfusion Associated Circulatory Overload).</p>                |
| Critère 2.4-04 | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés. | <p><b>Références HAS</b><br/>Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b><br/>Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.<br/>Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/ DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en oeuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux</p>   |

|                |  |  |
|----------------|--|--|
|                |  | structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.  |
| Critère 3.1-01 | L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours   | <p><b>Références HAS</b></p> <p>Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, 2014.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <p>Art. L. 6111-1 et L. 6134-1 du CSP.<br/>Art. L. 6111-3-1 et R. 6111-26 du CSP (hôpitaux de proximité).<br/>Art L. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-1-3 du CSP (GHT).</p>  |
| Critère 3.4-01 | La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe  | <p><b>Références HAS</b></p> <p>Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.<br/>Gestion des risques en équipe, 2018.<br/>Crew Resource Management en Santé (CRM Santé), 2018.<br/>Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <p>Art. L. 4135-1 du CSP (accréditation en équipe).</p> |
| Critère 3.4-02 | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe           | <p><b>Références HAS</b></p> <p>Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.<br/>Gestion des risques en équipe, 2018.<br/>Crew Resource Management en Santé (CRM Santé), 2018.<br/>Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.</p>  |
| Critère 3.4-03 | Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et développées | <p><b>Références HAS</b></p> <p>Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.<br/>Gestion des risques en équipe, 2018.<br/>Crew Resource Management en Santé (CRM Santé), 2018.<br/>Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015</p> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <p>Art. L. 4021-1 du CSP (DPC).</p>                      |



## Annexe 2

### Pour aller plus loin... les outils de la FORAP

|  |   |
|--|---|
|  <p>FORAP<br/>Fédérer mutualiser innover<br/>La qualité-sécurité en santé</p> | ✓ |
|--|---|

## Annexe 3

### Titre