

# Certification des établissements de santé - HAS



## FICHE MEMO CRITERE IMPERATIF



### Critère 2.4-06

**Les équipes des secteurs  
interventionnels améliorent leurs  
pratiques en analysant les  
modalités de réalisation de la  
*check-list***

Cette fiche a été élaborée par la FORAP et construite sur la base des éléments du **manuel de certification** version 2024 et de la fiche pédagogique de la HAS « Evaluation des secteurs interventionnels » de mars 2022. Elle fait suite à la fiche sur le critère 2.2-12 « Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la *check-list* « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace » qui est devenu un critère standard dans le manuel version 2024.

## Elle a pour objectifs de :

- **Faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation du critère impératif** sur l'amélioration des pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list*.
- **Présenter une vision globale des attendus** du manuel de certification **concernant** l'analyse des modalités de la *check-list* « Sécurité patient » pour permettre l'amélioration des pratiques, en analysant les attendus des critères associés.

Elle s'adresse aux professionnels en charge de cette thématique au sein de l'établissement (Direction, CME, Conseil de bloc, ...), aux professionnels en charge du pilotage de la démarche de certification et aux professionnels de terrain au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels.

## 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 de la *check-list* au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, 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.

## Liste des critères en lien avec le critère impératif

<b>Critère 2.2-11</b>	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient
<b>Critère 2.2-12</b>	Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la <i>check-list</i> "Sécurité du patient" est utilisée de manière efficace
<b>Critère 2.3-01</b>	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
<b>Critère 2.4-01</b>	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques
<b>Critère 2.4-03</b>	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins
<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 3.4-01</b>	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe
<b>Critère 3.7-01</b>	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques
<b>Critère 3.7-04</b>	L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins

## 1. LE CRITERE IMPERATIF

<b>CRITERE 2.4-06</b>	<b>Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list</b>
<b>Chapitre 2</b> <b>Objectif 2.4</b>	<b>LES EQUIPES DE SOINS</b>  <b>LES EQUIPES EVALUENT LEURS PRATIQUES NOTAMMENT AU REGARD DU SUIVI DES RESULTATS CLINIQUES DE LEUR PATIENTELE</b>
	<p>❖ <b>Objectifs et attendus du critère dans le manuel de certification de la HAS</b></p> <p>La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue obligatoire depuis 2010. Les établissements sont incités à l’adapter à la fois au contexte local et à la discipline concernée et de l’intégrer à la pratique de travail quotidienne de manière non disruptive.</p> <p>Plusieurs éléments peuvent être suivis par l’établissement pour <b>évaluer le niveau de déploiement de la check-list et sa bonne utilisation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la couverture de son utilisation dans les activités au bloc opératoire et autres secteurs interventionnels ;</li> <li>• la fréquence des GO/NO GO et leur gestion quant aux décisions d’arrêt de la procédure chirurgicale ;</li> <li>• l’évaluation de son utilisation par les équipes (indicateurs de pratiques – pourcentage de renseignements de la liste, de résultats intermédiaires type antibioprophylaxie, ou de résultats finaux – par exemple, taux d’infections du site opératoire).</li> </ul> <p>Cette connaissance de l’utilisation permet d’ajuster la stratégie d’implantation utilisée : réunions, information des équipes, affichage ou autre</p> <p>La check-list sécurité patient doit être <b>une priorité pour tous</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un engagement de la direction ;</li> <li>• Un engagement de la commission/conférence médicale d’établissement ;</li> <li>• Un relais effectif de l’encadrement, responsable de pôle, conseil de bloc, cadres de santé ;</li> <li>• La participation de l’ensemble des professionnels qui exercent au bloc opératoire ;</li> <li>• La participation du patient.</li> </ul> <p><b>Son principal objectif</b> est de sécuriser la prise en charge des patients dans les secteurs interventionnels en favorisant la communication entre tous les acteurs impliqués. Lors de la visite, les experts visiteurs s’assureront que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La check-list est intégrée à la pratique et réalisée pour chaque acte interventionnel ;</li> <li>• La réalisation de la check-list se fait en 3 temps :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- avant l’induction anesthésique,</li> <li>- avant l’intervention chirurgicale,</li> <li>- en fin d’intervention et avant la sortie du patient de la salle de bloc opératoire.</li> </ul> </li> <li>• Le temps de la check-list est un partage exhaustif d’informations entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge en salle. Il nécessite d’impliquer activement le patient (temps 1) ;</li> </ul>

- Les évaluations indispensables de la check-list : évaluation de sa mise en œuvre par les équipes, suivi d'indicateurs, et analyse pratiques.

### 3 leviers pour favoriser l'utilisation de la check-list :

- Les check-lists doivent être adaptées au contexte local de l'établissement et aux spécificités de la discipline.
- Les check-lists doivent être intégrées à la pratique au quotidien, de manière non disruptive par rapport au flux de travail.
- Les check-lists doivent être soutenues (voire lancées) dans un contexte porteur : leadership professionnel (au niveau de l'établissement, mais aussi de chaque bloc), simplification du processus et stratégie de support, retour d'information et réflexion prospective pour leur mise en œuvre « collective »

### Secteurs interventionnels et mise en œuvre de la *check-list* :

Selon la HAS, le terme « secteurs interventionnels » désigne les points suivants :

- Des secteurs dédiés à la réalisation d'actes invasifs (urgents/programmés : dans le cadre de la permanence des soins)
- Des compétences médicales et paramédicales reconnues
- Pour les prises en charge des césariennes, 2 types d'organisation pourront être rencontrés :
  - une zone d'accouchement et une salle d'opération dédiée dans un bloc opératoire, avec une salle réservée pour les césariennes
  - une zone d'accouchement et un bloc opératoire intégré où sont réalisées les césariennes.

La radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie et réalisés sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (rayons X, ultrasons, scanner, IRM).

Pour garantir la sécurité des patients lors de la réalisation d'un acte interventionnel dans une activité spécifique, la HAS a élaboré avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles concernées des supports adaptés, à titre d'exemple : sécurité du patient en endoscopie digestive, sécurité du patient en endoscopie bronchique, sécurité du patient en radiologie interventionnelle... Liste complète sur le site de la HAS : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient)


Pour garantir sa bonne utilisation au quotidien, **la HAS encourage les professionnels à s'emparer de la check-list pour l'adapter**, si nécessaire, aux spécificités de leurs pratiques et selon des parcours particuliers de prise en charge des patients, tels que :


- le patient bénéficiant d'une anesthésie loco régionale dans une salle de préparation spécifique
- le patient bénéficiant d'une anesthésie par hypnose
- ...

Pour cela, la HAS met à disposition la fiche « Élaborer une check-list personnalisée pour la sécurité du patient au bloc opératoire/interventionnel », qui détaille les items devant impérativement faire l'objet d'une vérification (pour toutes les spécialités et quel que soit le contexte), et les adaptations possibles à partir de ce socle :

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3419370/fr/la-check-list-personnalisee-pour-la-securite-du-patient-au-bloc-operatoire?id=p\\_3419370&preview=true](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3419370/fr/la-check-list-personnalisee-pour-la-securite-du-patient-au-bloc-operatoire?id=p_3419370&preview=true)

## Regard sur les éléments d'évaluation

Critère 2.4-06	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la <i>check-list</i>	Méthode
 <p style="text-align: center;"><b>Regard de la</b></p>	<p>Le critère « Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check list » est décliné autour de 2 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mesure et le suivi des modalités de réalisation de la check-list par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels</li> <li>• La promotion de la culture sécurité, en analysant en équipe les pratiques de réalisation de la check-list et en identifiant des actions en regard.</li> </ul> <p>Pour pouvoir satisfaire ce critère impératif, une politique et une organisation au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels sont exigibles depuis la certification V2010. Ces dimensions ont fait l'objet d'une évaluation lors de la certification V2014 sous l'approche du management stratégique et opérationnel dans ces secteurs.</p> <p>Ces préalables sont relatifs à l'organisation du secteur interventionnel pour le pilotage de son système de management de qualité. Ils reprennent les attendus des précédentes itérations de la certification HAS, V2010 et V2014.</p> <p>Une organisation au sein du secteur interventionnel est définie par l'instance en charge de son pilotage (ex : Conseil de bloc, ...). Cette organisation est décrite sur un document validé par l'instance de pilotage (ex. : Charte de fonctionnement du bloc opératoire). Ce document s'adresse à l'ensemble des acteurs du secteur interventionnel concerné. Il impulse une dynamique collective de la qualité et de la sécurité des activités et des gestes réalisés. A ce titre, ce document institutionnel, actualisé et validé, fait mention des exigences relatives à la mise en œuvre de la <i>check-list</i> et des pratiques professionnelles associées.</p> <p>Les exigences relatives à la mise en œuvre de la <i>check-list</i> portent sur différentes dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La check-list et son mode d'emploi sont disponibles dans toutes les salles du bloc opératoire et du secteur interventionnel</li> <li>• L'archivage du document est défini dans le dossier patient et/ou au bloc opératoire</li> <li>• Les modalités de désignation d'un coordonnateur de la check-list pour chaque intervention sont définies et connues par tous</li> <li>• Les rôles et responsabilités des professionnels à chaque étape du déroulé de l'acte sont précisés</li> <li>• La réalisation de la check-list est intégrée au déroulement du programme opératoire et à la pratique des professionnels (opérateurs, anesthésistes, professionnels qualifiés dans la spécialité interventionnelle, professionnels qualifiés en anesthésie)</li> <li>• L'évaluation périodique de la check-list est organisée et les résultats diffusés.</li> <li>• Des indicateurs de suivis des modalités de réalisation de la check list sont identifiés</li> <li>• Le suivi de ces indicateurs est réalisé par les équipes des blocs opératoires et plateaux techniques</li> <li>• L'analyse de ces résultats de suivi d'indicateurs donnent lieu à l'identification et la mise en œuvre d'action d'amélioration</li> </ul>	

<p><b>Élément d'évaluation</b></p>	<p><b>Professionnels</b></p> <p>Des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list sont suivis par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (en particulier, le suivi des Go/No Go).</p>	<p><b>Parcours traceur</b></p>
<p><b>Regard de la</b></p> 	<p>L'équipe du bloc ou du secteur interventionnel, avec l'implication de la CME, définit <i>des indicateurs de suivi de modalité de réalisation de la check-list</i>. Ces indicateurs de suivi concernent la complétude du remplissage mais également la manière dont elle est renseignée (respect des trois étapes, professionnels présents à chacune d'elle, suivi des GO/NON GO). L'analyse de la <i>check-list</i> est regardée dans la certification sous les deux angles, organisationnel et évaluation des pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation périodique de la check-list est réalisée au moins 1 fois par an par l'équipe pluriprofessionnelle du secteur sur un échantillon représentatif de l'activité interventionnelle (taille de l'échantillon préconisée : 30)</li> <li>• Des indicateurs de suivi des modalités de réalisation sont identifiés, connus et suivis par les équipes.</li> </ul> <p><b>L'évaluation de la check-list peut être réalisée à différents niveaux :</b></p> <p><b>1. La check-list est-elle utilisée ?</b></p> <p><u>Évaluation organisationnelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation par une réponse binaire (oui/non) de l'accompagnement à la fois par l'ensemble de l'institution et par le secteur d'activité concerné (service, unité, spécialité)</li> </ul> <p><u>Évaluation des pratiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation quantitative (en pourcentage) du renseignement de la check-list : <ul style="list-style-type: none"> <li>- du nombre de check-list remplie par rapport au nombre d'interventions réalisées</li> <li>- du nombre de check-list complètement remplie (100 % des items cochés, sans s'attacher à leur analyse qualitative) par rapport au nombre de check-list remplie</li> <li>- du taux d'exhaustivité du renseignement des items 7 et 8, réalisés au moment du temps de pause préopératoire (time-out) et considérés comme les plus représentatifs d'une utilisation optimale de la check-list</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. La check-list est-elle bien utilisée ?</b></p> <p><u>Audit des pratiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un audit des pratiques réalisé par un (ou plusieurs) observateurs extérieurs au secteur interventionnel</li> </ul> <p><u>Questionnaire individuel</u></p> <p><b>3. La check-list a-t-elle un impact organisationnel sur la « Culture sécurité » au sein de l'établissement ?</b></p> <p><u>Évaluation de l'impact organisationnel de la check-list :</u> permet d'apprécier l'efficacité de la check-list pour détecter des événements "non conformes" ainsi que leurs conséquences organisationnelles immédiates</p>	

Questionnaire « sécurité »

- Questionnaire culture sécurité (SAQ), simplifié et adapté « HAS », items en relation avec la notion de travail en équipe et de « climat » de sécurité
- Questionnaire sécurité AHRQ / validé CCECQA, ce questionnaire permet de connaître l'opinion des professionnels sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs médicales, et le signalement des événements indésirables au sein du bloc opératoire....

**4. La check-list a-t-elle un impact pour les patients ?**

Afin de pouvoir répondre à ce questionnement, vous pouvez mettre en place des indicateurs tels que :


- L'identification des événements indésirables tels que :
  - Erreur d'identité
  - Erreur de site
  - Erreur de matériel implanté
  - Oubli de matériel/comresse après l'intervention
  - Oubli ou erreur de l'antibioprophylaxie recommandée
  - Brulure du patient due au bistouri électrique ou non-respect du séchage antiseptique
  - Erreur de contenant dans cupule
  - Erreur médicamenteuse
  - ...
- La check-list a-t-elle permis de repérer et d'intercepter des événements porteurs de risques (EPR) ou presque accident ?
- Nombre d'interventions annulées ou retardées/nombre d'interventions programmées
- Nombre de contentieux/nombre d'interventions réalisées

**5. Impact post opératoire pour les patients**

Afin de pouvoir répondre à ce questionnement, vous pouvez mettre en place des indicateurs tels que :

- Effets indésirables post-opératoires :
  - Nombre de ré-hospitalisations dans le mois suivant l'intervention/nombre de sorties après intervention
  - Nombre d'admissions non programmées en réanimation/nombre d'interventions
  - Nombre de ré-interventions non programmées dans les suites opératoires/nombre d'interventions
  - Nombre de décès en per-opératoire et postopératoire (30 Jours suivants) / nombre d'interventions effectuées
  - ...
- Indicateur SURvISO : Indicateur de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)
- Indicateurs Sécurité patients (PSi) :
  - Taux de septicémies postopératoires
  - Taux d'embolies pulmonaires et/ou de thromboses veineuses profondes après prothèse totale de hanche ou de genou IQSS
  - ...


	<p>La HAS propose le document « pour une meilleure utilisation de la check-list : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient</a></p> <p><b>6. Les modalités de réalisation de la check-list sur les parcours particuliers préalablement identifiés sont-elles respectées ?</b></p>
--	---


<b>Éléments d'évaluation</b>	<b>Professionnels</b>	<b>Parcours traceur</b>
	<p>Les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la <i>check-list</i></p>	
<p><b>Regard de la</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats des évaluations font l'objet d'une analyse en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire avec pour objectif l'amélioration des scores, la poursuite de la dynamique de maîtrise des risques dans ces secteurs ou l'adaptation des items de la check-list pour faciliter son appropriation et son utilisation</li> <li>• Les résultats de ces évaluations avec les conclusions qui en découlent sont communiqués aux professionnels du secteur interventionnel, à l'instance de pilotage, à la CME et à la CDU</li> <li>• Les équipes des secteurs interventionnels mettent en œuvre et suivent les actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse des résultats de ces évaluations.</li> </ul>	




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


### Analyse des éléments d'évaluation

CHAPITRE 2	LES EQUIPES DE SOINS	
Critère 2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Méthode
Éléments d'évaluation	<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient.</li> <li>• La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration.</li> </ul>	Parcours traceur
Autre critère sous-jacent	2.2-05 : Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	
<p>Regard de la</p> 	<p>Les équipes du bloc opératoire ou du secteur interventionnel ont accès au dossier complet du patient en amont de l'arrivée du patient dans le bloc/secteur interventionnel. Elles ont accès à toutes les informations utiles (identification, intervention prévue, préparation, signalement des allergies, prothèses, consultation pré-anesthésique, prémédication, etc.) et aux autorisations (autorisation d'opérer signée par les parents, consentement, etc.)</p> <p>Pendant l'intervention, puis en SSPI, les équipes du secteur interventionnel mettent à jour le dossier (fiche de suivi d'intervention, traçabilité des produits et dispositifs médicaux utilisés, suivi des constantes en SSPI, autorisation de sortie de SSPI, <i>check-list</i>, etc.), qui est mis à disposition du service avant le retour du patient dans celui-ci.</p> <p>Afin de s'assurer que toutes les informations utiles sont transmises, les équipes des secteurs interventionnels et des services d'hospitalisation peuvent mettre en place des évaluations conjointes et régulières de la tenue des dossiers (audits, etc.). Les résultats sont présentés à l'ensemble des équipes et le cas échéant des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	

Critère 2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la <i>check-list</i> « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Méthode
<b>Élément d'évaluation</b>	<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La <i>check-list</i> au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique.</li> </ul>	Parcours traceur
 <p><b>Regard de la</b></p>	<p>La <i>check-list</i> est dite « utilisée de manière efficace » si elle est réalisée de manière collégiale et concertée entre tous les professionnels impliqués dans la réalisation de l'acte, avec le patient (ou le parent) et ce, avant, pendant et après l'acte.</p> <p>La <i>check-list</i> est mise en œuvre pour tout type d'acte interventionnel quel que soit la modalité d'hospitalisation, le mode d'anesthésie, le degré d'urgence de la prise en charge (programmée, non programmé ou en urgence).</p> <p>Des dispositions sont prévues lorsque l'acte interventionnel est réalisé dans un contexte d'urgence vitale ou de code rouge pour une césarienne.</p> <p>Tous les professionnels sont engagés de manière pérenne dans la mise en œuvre des vérifications croisées de la <i>check-list</i> en particulier les opérateurs et les anesthésistes. Ils partagent tous la conviction de l'utilité de ces vérifications en temps réel en présence des acteurs concernés pour améliorer la communication en salle, le travail en équipe et la sécurité du patient.</p> <p>Les étapes de la réalisation de la <i>check-list</i> font partie intégrante du déroulé de l'acte opératoire ou interventionnel. Une organisation est définie pour l'ouverture du support de la <i>check-list</i> et la réalisation du 1<sup>er</sup> temps au moment de l'accueil du patient en salle avec les personnes concernées.</p>	

<b>Élément d'évaluation</b>	<b>Professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La <i>check-list</i> est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels.</li> </ul>	Parcours traceur
 <p><b>Regard de la</b></p>	<p>Pour sécuriser la prise en charge des patients dans d'autres secteurs interventionnels, la HAS en collaboration avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles propose des supports adaptés sur les mêmes principes. Ils prennent en compte les spécificités de l'activité et permettent ainsi la vérification de critères essentiels de sécurité et le partage des informations au sein de l'équipe présente pour l'acte.</p> <p>Les <i>check-lists</i> spécialisées (<a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3330603/fr/les-check-lists-specialisees">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3330603/fr/les-check-lists-specialisees</a>) sont des supports prêts à l'emploi destinés aux professionnels, déclinés à partir de la <i>check-list</i> générique « Sécurité du patient au bloc opératoire » et adaptés aux spécificités de certaines activités interventionnelles. Elles sont élaborées en suivant les principes communs à toutes les <i>check-lists</i> pour la sécurité du patient : vérification de critères essentiels, partage des informations au sein de l'équipe.</p> <p>L'offre de <i>check-list</i> spécialisées se divise en deux grandes catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les <i>check-lists</i> élaborées et validées par la HAS, en collaboration avec les sociétés savantes et organisations professionnelles</li> <li>les <i>check-lists</i> spécialisées proposées par des sociétés savantes, des collèges professionnels ou des établissements de santé, qui n'engagent pas la HAS. Celles dont la HAS a connaissance pourront être recensées sur cette page à titre informatif.</li> </ul>	

	<p>La HAS encourage les établissements à adapter la <i>check-list</i> sous réserve d'en préserver le principe et la dynamique. L'adaptation des items du support permet la prise en compte du contexte local de la structure ou les spécificités de l'activité. Ces adaptations sont réalisées en équipe pluriprofessionnelle et sont validées par le Conseil de bloc et la CME (avec modification de la charte du bloc). Elles respectent le principe des 3 temps avec leurs points de vigilance.</p> <p>Pour exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marquage du site opératoire avec la participation du patient</li> <li>• Risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque : la réponse « oui » est soumise à condition « équipement / assistance disponibles »</li> <li>• Risque de saignement important : le volume des pertes est précisé pour l'adulte et pour l'enfant</li> <li>• Risque de saignement important : la réponse « oui » est soumise à condition « voie d'abord veineux et solutés de remplissage prévus »</li> <li>• Autre(s) risque(s) spécifique(s) au patient et/ou la spécialité concernée</li> <li>• Situations de NO GO : exemples de situation de non-conformité conduisant à arrêter la procédure chirurgicale ou interventionnelle ou à une décision concertée sur une procédure dégradée pour la poursuite de l'intervention</li> <li>• ...</li> </ul> <p>Ces adaptations ont pour objectif de favoriser l'appropriation par les professionnels du support et leur adhésion à la démarche.</p>
--	--


Élément d'évaluation	Professionnels	Parcours traceur
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <i>check-list</i> est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle.</li> </ul>	
 <p>Regard de la</p>	<p>La <i>check-list</i> est structurée en 3 parties correspondant chacune à une étape temporelle de l'acte opératoire ou interventionnel. Pour chaque étape, les critères essentiels pour le bon déroulement de l'acte sont identifiés et font l'objet d'une vérification croisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant l'induction anesthésique, les 2 premiers points de contrôle en salle ou dans le sas de transfert, les points suivants en salle ; elle est un temps de <i>briefing</i> pour l'équipe participant à la réalisation de l'acte</li> <li>• Avant l'intervention chirurgicale ou l'acte interventionnel, c'est la dernière barrière de sécurité décisive avant le début de l'acte</li> <li>• Après l'intervention, temps de pause avant la sortie de salle de l'opérateur et du patient avec les autres professionnels pour s'assurer de la sécurité des soins post-opératoires.</li> </ul> <p>Tous les items de la <i>check-list</i> sont renseignés par le coordonnateur au fur et à mesure de leur réalisation à chacune des 3 étapes. Les vérifications sont réalisées à voix haute en présence des professionnels concernés et avec la participation du patient (ou du parent) lors de la 1<sup>ère</sup> étape avant l'anesthésie. Tous les points de vigilance sont vérifiés, les réponses tracées par le coordonnateur sur le support papier ou électronique de la <i>check-list</i>.</p> <p>Le <i>time-out</i>, temps de pause avant l'incision ou le début de l'acte interventionnel, est systématiquement respecté pour tous les actes. Par la redondance de certains items, ce temps permet une dernière vérification des points de vigilance, le partage avec</p>	


	<p>l'équipe des informations relatives à la préparation de l'acte et l'énoncé des points critiques. Le <i>time-out</i> concourt au déroulement de l'acte dans des conditions optimales de sécurité. Tous les professionnels maîtrisent la pratique de cette étape et en cas de <i>NO GO</i>, ils sont engagés dans la mise en œuvre d'une prise de décision. La décision collégiale de la non-poursuite de l'acte, de l'acte différé ou annulé, est tracée et motivée.</p> <p>La <i>check-list</i> est signée par l'opérateur, l'anesthésiste ou l'IADE et le coordonnateur après vérification des derniers items avant la sortie de la salle d'opération. La signature par les professionnels concernés atteste que la <i>check-list</i> a été renseignée à la suite d'un partage d'information entre les membres de l'équipe en salle. Cela engage leur responsabilité.</p>
--	---


Elément d'évaluation	Professionnels	Parcours traceur
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La <i>check-list</i> est réalisée en présence des personnes concernées.</li> </ul>	
<p><b>Regard de la</b></p>	<p>Le coordonnateur de la <i>check-list</i> coche tous les items en temps réel après le partage oral des vérifications avec les personnes concernées. Il veille à ce que l'équipe ne passe pas à l'étape suivante avant que l'étape en cours ne soit correctement réalisée. Il est prévu qu'en cas de non-respect de ces conditions, les items de la <i>check-list</i> ne sont pas cochés par le coordonnateur.</p> <p><b>À l'étape « Avant induction anesthésique », sont présents :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient encore éveillé pour vérification et confirmation des items des 2 premiers points de contrôle mentionnés sur la <i>check-list</i></li> <li>L'anesthésiste ou l'IADE pour répondre aux items relatifs à la vérification de la sécurité anesthésique et à la prise en compte des précautions nécessaires au regard des risques identifiés</li> <li>L'IBODE/IDE pour la vérification et la confirmation avec le patient des items le concernant, pour la vérification des points de vigilance à partir des informations mentionnées sur le dossier du patient</li> <li>L'opérateur pour prendre connaissance des risques repérés</li> <li>En l'absence de ce dernier retenu par une activité médicale ou chirurgicale, une délégation à un professionnel peut être prévue, ce dernier pouvant le solliciter à tout moment si besoin.</li> </ul> <p><u>Spécificités pour la chirurgie infantile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des dispositions sont prévues pour associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire, en particulier pour les enfants de moins de 6 ans ou d'âge préverbal qui constitue des situations à risque majoré (ex : parents associés à la vérification dans le sas d'entrée du bloc, ...)</li> </ul> <p><b>À l'étape « Avant intervention chirurgicale ou acte interventionnel », sont présents :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'opérateur (et l'aide opératoire le cas échéant)</li> <li>L'anesthésiste ou l'IADE</li> <li>L'IBODE/IDE : circulant, instrumentiste</li> </ul> <p>A cette étape, le coordonnateur sollicite l'équipe pour marquer un temps de pause, le <i>time-out</i>, et passe en revue tous les items de la <i>check-list</i>. Les professionnels concernés y participent et valident les vérifications de leur périmètre d'intervention par une réponse claire. Les observations portant sur une discordance, une difficulté ou un risque sont entendues, prises en compte et participent à la décision finale <i>GO</i> ou <i>NO GO</i>.</p>	




	<p>Il est vivement recommandé, pour éviter des erreurs dramatiques, de mettre un bracelet identifiant à tout patient devant subir une intervention chirurgicale ou un acte invasif.</p> <p>La vérification de l'identité est également réalisée en salle, aux deux premiers temps de la <i>check-list</i>. Au temps 2, cette vérification est obligatoirement réalisée à l'aide du bracelet. S'il est nécessaire d'ôter le bracelet pour qu'il ne gêne pas pendant l'intervention, celui-ci sera enlevé après le temps 1 et <b>repositionné</b> aussitôt en concertation.</p> <p>Si tous les documents inhérents à la prise en charge au bloc opératoire ou secteur interventionnel ne sont pas intégrés dans le Dossier Patient Informatisé, il faut avoir une vigilance sur une identification conforme des documents patients.</p> <p>De plus si un problème dans l'identification du patient est détecté les professionnels savent qui et comment contacter les référents de la cellule d'identitovigilance.</p>
--	--

Critère 2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques	Méthode
Eléments d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'équipe présente une démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles).</li> <li>L'équipe a mis en place un plan d'actions et en a mesuré les effets.</li> </ul>	Parcours traceur
Regard de la 	<p>Pour l'évaluation de la mise en œuvre de la check-list, les démarches d'EPP permettent d'évaluer les bonnes pratiques de sa mise en œuvre et de l'impact pour les patients en termes de sécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pensez à valoriser vos démarches d'EPP (audit clinique, revues de pertinence...)</li> <li>Pensez à impliquer les équipes dans l'analyse des résultats, l'élaboration et la mise en œuvre des actions d'amélioration</li> <li>Pensez à renouveler votre évaluation pour valoriser les progrès réalisés à la suite de la mise en œuvre des actions d'amélioration</li> </ul>	

<b>Critère 2.4-03</b>	<b>Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins</b>	<b>Méthode</b>
<b>Éléments d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes réalisent des revues régulières de leurs indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent.</li> <li>• Les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<b>Regard de la</b> 	<p>Pensez à valoriser les recueils des IQSS inhérents aux plateaux techniques ou aux autres indicateurs en lien avec l'évaluation de la mise en œuvre de la check-list.</p> <p>En équipe, l'analyse partagée et le suivi des résultats permettent d'identifier les axes de progrès et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place</p>	

<b>Critère 2.4-04 IMPÉRATIF</b>	<b>Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés</b>	<b>Méthode</b>
<b>Éléments d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les EIAS dont les presque accidents sont déclarés et partagés.</li> <li>• L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins dont les presque accidents : 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 - <i>Association of Litigation and Risk Management</i>).</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 dont les presque accidents est suivi.</li> <li>• Les médecins et les équipes éligibles connaissent le dispositif d'accréditation et les moyens mis à leur disposition par l'établissement pour développer une culture sécurité à leur niveau.</li> </ul>	<b>Parcours traceur</b>
<b>Regard de la</b> 	<b><i>Cf. Fiche mémo FORAP spécifique à ce critère impératif</i></b>	

CHAPITRE 3		L'ETABLISSEMENT	
Critère 3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	Méthode	
Eléments d'évaluation	<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, <i>team building</i>, CRM santé, repérage des moments de communication critique...)</li> <li>La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe</li> <li>Les solutions organisationnelles et l'organisation du temps de travail sont mises en œuvre pour permettre le travail en équipe</li> </ul>	Audit système	
Regard de la 	<p>La réalisation de la <i>check-list</i> est un travail d'équipe. Une organisation doit être en place au bloc et dans les secteurs interventionnels pour permettre sa réalisation avec l'ensemble des acteurs concernés. Cette organisation est inscrite dans la politique du secteur et est portée par la gouvernance de l'établissement ainsi que par la gouvernance du secteur interventionnel (conseil de bloc...)</p> <p>Les professionnels sont sensibilisés à l'importance de la mise en œuvre <b>en équipe</b> de la <i>check-list</i>.</p>		

Critère 3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	Méthode	
Eléments d'évaluation	<p><b>Gouvernance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité.</li> <li>Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes.</li> <li>L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipe.</li> <li>Des revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée (par exemple, taux de transfert à 48 heures, séjours longs).</li> </ul>	Audit système	





### Regard de la



- La gouvernance s'assure du signalement et du partage des événements indésirables associés aux soins (EIAS) dont les presque-accidents : information aux médecins et au cadre du bloc, à l'équipe, traçabilité dans le dossier du patient concerné et déclaration de l'EIAS grave sur le portail national
- La gouvernance encourage les équipes à signaler (charte d'incitation connue des professionnels des plateaux techniques).
- La gouvernance s'assure de la formation des professionnels à la détection et au signalement des EIAS, y compris les presque-accidents.
- La gouvernance s'assure d'une organisation favorisant cette démarche (ex : retour au signalant sur le devenir de son signalement).
- La gouvernance s'assure de la gestion des événements indésirables. Chaque événement indésirable fait l'objet d'un traitement et, en fonction de sa criticité, d'une analyse approfondie des causes. Si besoin, un plan d'actions est défini collectivement et les responsables sont identifiés pour suivre l'avancée de chaque action
- La gouvernance s'assure de la mise en place et de l'accessibilité du système de signalement à l'ensemble des professionnels
- Une organisation permet, si besoin, de préserver l'anonymat des signalants
- La gouvernance s'assure de la formation des professionnels à l'utilisation du système de signalement.
- Une organisation est en place pour classifier les événements indésirables signalés, et définir le mode d'analyse (traitement simple par un référent, analyse approfondie des causes par les professionnels concernés, en lien avec le référent EI (le cas échéant) et le service/direction qualité de l'établissement).
- Une organisation permet d'informer le signalant du mode d'analyse retenu, puis des actions d'amélioration décidées
- La gouvernance s'assure de la formation des professionnels aux méthodes d'analyse promues par la HAS, ou à l'accompagnement par une personne formée (au sein de l'établissement et en dehors).
- L'analyse approfondie des causes est réalisée de manière collective, en associant les professionnels directement concernés, selon les méthodes promues par la HAS
- L'analyse donne lieu à la définition d'un plan d'actions.
- Le suivi du plan d'actions est organisé (ex : service qualité et/ou le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins).
- Une organisation est définie au sein des plateaux techniques permettant l'analyse régulière par l'équipe de ses pratiques en s'appuyant sur les signalements des événements indésirables associés aux soins (RMM, CREX, REMED, etc.).
- Une synthèse des travaux d'analyse des EIG et des résultats des plans d'actions est réalisée et diffusée auprès des équipes. La gouvernance est destinataire des travaux.
- Les professionnels médico-soignants des plateaux techniques sont sollicités pour la mise en œuvre des actions d'amélioration.
- Les résultats sont remontés au référent de l'établissement en charge de la coordination des EIG.
- Une synthèse des travaux d'analyse des EIG est réalisée à l'échelle de l'établissement. La gouvernance en bénéficie.
- Les plans d'action sont diffusés au sein des plateaux techniques. La gouvernance fait le lien avec le PAQSS.
- La gouvernance soutient les partages d'expériences entre services ou à l'échelle de l'établissement.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gouvernance a organisé la déclaration des EIAS classé en EIGS, sur le portail de déclaration national.</li> <li>• Les modalités de déclaration des EI Graves (portail national) sont définies par la gouvernance et connues des professionnels et de l'encadrement</li> <li>• Les actions définies font l'objet d'un suivi de leur mise en œuvre.</li> <li>• La communication est organisée pour la diffusion des travaux réalisés dans le cadre des EIAS.</li> <li>• Les professionnels ont accès aux synthèses des travaux en lien avec les EIAS.</li> <li>• La synthèse des travaux d'analyse et les plans d'action sont présentés aux différentes instances et diffusés à l'échelle de l'établissement (conseil de bloc, réunion des cadres, CSIRMT, CME, etc.).</li> <li>• L'ensemble des plans d'actions est intégré dans le PAQSS.</li> <li>• Des indicateurs sont définis pour veiller à l'effectivité du dispositif de signalement et d'analyse.</li> <li>• La gouvernance s'assure du recensement de l'ensemble des travaux en lien avec la démarche qualité au sein de l'établissement.</li>   <li>• La gouvernance s'assure de l'information des représentants des usagers des EIGS survenus au sein de l'établissement et notamment des plateaux techniques</li> <li>• La synthèse des travaux d'analyse et les plans d'action sont présentés à la commission des usagers.</li> <li>• Les représentants des usagers sont associés à l'évaluation des actions définies.</li> <li>• Les représentants des usagers peuvent être associés au recueil de l'expérience des usagers après la survenue d'un évènement indésirable (récit patient).</li> </ul>
--	--

### 3. ANNEXES

#### Annexe 1

#### Pour aller plus loin...références bibliographiques

1. LE CRITERE IMPERATIF		Références bibliographiques
Critère 2.4-06	<p><b>Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list</b></p>	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <i>check-list</i> « Sécurité du patient au bloc opératoire », 2018.</li> <li>- Les autres <i>check-lists</i>, 2016. Pour une meilleure utilisation de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »</li> <li>- Flash sécurité patient « Sécurité au bloc opératoire : un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! », 2021.</li> <li>- Evaluation de la <i>check-list</i> sécurité du patient au bloc opératoire - pour une meilleure utilisation de la check-list, article HAS mis en ligne le 29/11/2018</li> <li>- Fiche pédagogique « Evaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification » - mars 2022</li> <li>- Points clés &amp; solutions sécurité du patient : No Go au bloc opératoire - novembre 2018</li> <li>- La <i>check-list</i> « sécurité du patient au bloc opératoire », outil d'amélioration des pratiques professionnelles - mis en ligne le 29 novembre 2018.</li> </ul> <p><b>Autres références</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude mondiale <i>Check-lists</i>, 2008</li> <li>- La liste de contrôle chirurgicale et sa mise en œuvre : culture - équipe - instrument Fondation pour la Sécurité des Patients - Suisse, Déc. 2012</li> </ul>

2. LES CRITERES EN LIEN AVEC LE CRITERE IMPERATIF		Références bibliographiques
Critère 2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2016</li> <li>- Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire, 2015</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la médecine et de la chirurgie ambulatoire</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. L. 1110-4, L. 1110-4-1, L. 1110-12 et R. 1112-2 du CSP.</li> </ul>
Critère 2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification à toutes les étapes de la prise en charge	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. R. 1112-3 du CSP. Référentiel national d'identitovigilance - mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé</li> <li>- Réseau des référents nationaux d'identitovigilance, juin 2022</li> <li>- Référentiel national d'identitovigilance - Identitovigilance en établissement de santé - Réseau des référents nationaux d'identitovigilance, juin 2022. Article L1111-8-1 - Code de la santé publique</li> <li>- Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel « Identifiant national de santé »</li> </ul>
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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <i>check-list</i> « Sécurité du patient au bloc opératoire »</li> <li>- Les autres <i>check-lists</i>. Pour une meilleure utilisation de la <i>check-list</i> « Sécurité du patient au bloc opératoire ».</li> <li>- Flash sécurité patient « Sécurité au bloc opératoire : un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! », 2021.</li> </ul>
Critère 2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la culture de la pertinence et du résultat</li> </ul> <p><b>IQSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evènement trombo-emboliques après pose de prothèse de hanche (hors fracture) ou de genou (ETE-ORTHO), uniquement si activité d'orthopédie avec prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou.</li> </ul>
Critère 2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la médecine et de la chirurgie ambulatoire</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la douleur et des soins palliatifs</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de l'accès aux données de santé : dossier patient et « Mon espace santé »</li> </ul>
<p><b>Critère 2.4-04</b></p>	<p><b>Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés</b></p>	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016</li> <li>- Guide « L'analyse des événements indésirables associés aux soins » juillet 2021</li> <li>- Revue de mortalité et de morbidité actualisation 2022</li> <li>- Fiche pédagogique : L'accréditation des médecins et équipes médicales</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la maîtrise des risques et de la dynamique d'amélioration</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/ DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du 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</li> </ul>
<p><b>Critère 3.4-01</b></p>	<p><b>La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe</b></p>	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HAS Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018</li> <li>- Gestion des risques en équipe, 2018</li> <li>- Crew Resource Management en Santé (CRM Santé), 2018</li> <li>- Coopération entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015</li> <li>- Fiche pédagogique : l'accréditation des médecins et des équipes médicales</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. L. 4135-1 du CSP (accréditation en équipe)</li> </ul> <p><b>Autres références</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – ANAP, 2017</li> </ul>
<p><b>Critère 3.7-01</b></p>	<p><b>La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques</b></p>	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revue de pertinence des soins, 2017</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la culture et de la pertinence et des résultats</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la douleur et des soins palliatifs</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. L. 6145-1 du CSP</li> <li>- Art. R. 1112-11 du CSP</li> <li>- Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire</li> </ul>

<p><b>Critère 3.7-04</b></p>	<p><b>L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins</b></p>	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déclarer les évènements indésirables graves (EIGS), 2019</li> <li>- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des évènements indésirables associés aux soins, 2016</li> <li>- La sécurité des patients : mettre en œuvre la gestion des risques associés soins en établissements de santé. Des concepts à la pratique, 2012</li> <li>- Guide revue de mortalité et de morbidité, 2009</li> <li>- Fiche pédagogique : évaluation de la maîtrise des risques et de la dynamique d'amélioration</li> </ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. L. 6113-2 du CSP. Décret 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients</li> <li>- Décret n°2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les évènements indésirables graves associés aux soins</li> <li>- Décret n°2020-1536 du 7 décembre 2020 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique</li> </ul> <p><b>Autre référence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, OMS, 2015</li> </ul>
------------------------------	--	--