



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

# Les critères impératifs

Témoignages  
de professionnels

Mai 2023 – mise à jour avril 2024

**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. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list*
16. 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 disposions pour y pallier : 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<sup>e</sup> 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.

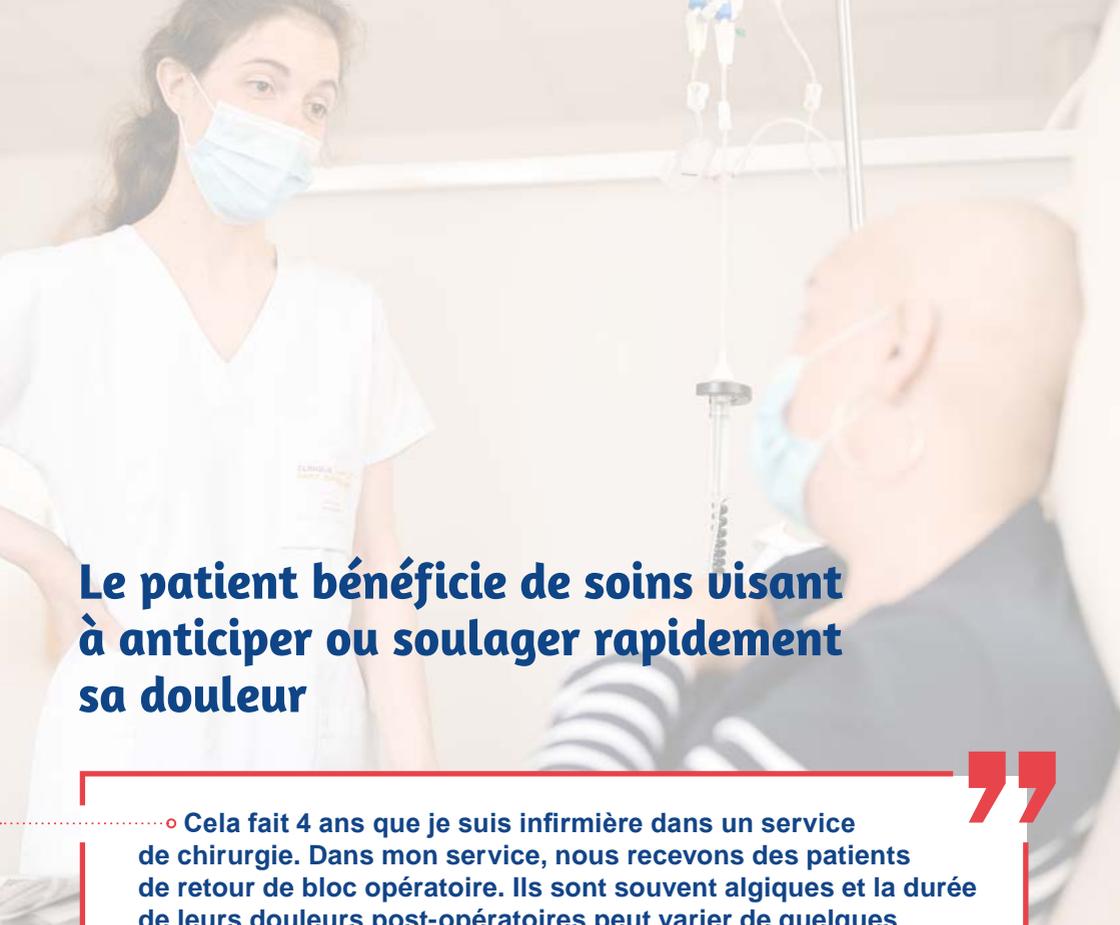
Dans la mesure du possible quand il s'agit d'opérations programmées, on essaye toujours de les organiser le mercredi, c'est la journée des enfants ! On sait bien que l'hôpital, ça n'est pas forcément très joyeux, d'autant que nous ne sommes pas un service de pédiatrie, mais on fait de notre mieux pour 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 clés 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. Ils sont souvent algiques et la durée de leurs douleurs post-opératoires peut varier de quelques heures à quelques jours.

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

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

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

Pour en savoir plus  
Critère 1.2-08

# La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée

○ Je m'appelle Florence, je suis psychiatre en établissements de santé. En tant que psychiatre, j'ai été confrontée à de nombreuses situations où il est nécessaire de prendre des mesures pour assurer la sécurité des patients et de leur entourage. Il est de ma responsabilité de veiller à ce que les mesures restrictives de liberté soient utilisées de manière appropriée, éthique et dans l'intérêt du patient.

Le mois dernier, à la suite d'un passage aux urgences, un jeune patient adulte avait été hospitalisé en toute fin de journée. Le psychiatre présent aux urgences l'avait orienté vers notre établissement et à son arrivée dans notre service, il a été revu par le médecin de garde afin de lui prescrire un traitement. L'équipe soignante qui l'a accueilli lui avait retiré ses effets personnels, dont son téléphone portable et son portefeuille.

Le lundi matin, au cours du staff, nous avons fait le point avec l'équipe sur la prise en charge de ce patient et assez rapidement, nous nous sommes rendu compte que la consultation médicale à son admission ne précisait pas le retrait des effets personnels. La pertinence de cette mesure n'avait donc pas été évoquée ni prescrite par un psychiatre. Après le staff, nous avons rapidement rencontré le patient pour reprendre la situation avec lui et effectuer l'évaluation clinique. Le patient, mécontent, ne comprenait pas cette mesure. Nous l'avons écouté et nous lui avons confirmé que son évaluation clinique permettait de lui remettre ses effets personnels.

Ceci n'est malheureusement pas un cas isolé. Nous avons rappelé en équipe que chaque prise en charge devant être individualisée, les mesures de retrait des effets personnels doivent être prescrites par un médecin et faire l'objet d'un suivi quotidien pour en questionner régulièrement la pertinence. Notre projet d'unité a été réécrit en tenant compte de ces éléments.

Je suis convaincue que l'analyse qui a été conduite a permis à l'équipe de se questionner sur ses pratiques. Ce sujet qui touche au respect des droits des usagers, a également été évoqué en CME pour sensibiliser mes collègues médecins à cette question. Dans le même temps, nous avons engagé une démarche de formation pour les professionnels soignants visant un renforcement des connaissances sur le respect de ces droits et de l'écoute de l'expérience patient.

○ Florence, psychiatre

Pour en savoir plus

Critère 2.1-05



# 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**

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



Je suis sage-femme depuis 3 ans dans un service de maternité de niveau 2, qui accueille des mamans ayant une grossesse *a priori* à risques modérés. Le contenu de notre kit d'urgence pour la prise en charge d'une HPPI a été collégalement défini et vérifié régulièrement. Nous mettons également en place au sein de notre service des précautions et des mesures préventives de routine afin de nous assurer du respect des bonnes pratiques. Mais cela n'empêche pas toujours la survenue d'hémorragie du *post-partum*, l'une des complications obstétricales les plus fréquentes et redoutées par les équipes de maternité.

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

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

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

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

Sofia, sage-femme

Pour en savoir plus

Critère 2.3-20

# Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés

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

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

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

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

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

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

○ Jérôme, interne en médecine

Pour en savoir plus

Critère 2.4-04

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

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

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

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

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

Thierry, IBODE

Pour en savoir plus  
Critère 2.4-06



# 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.

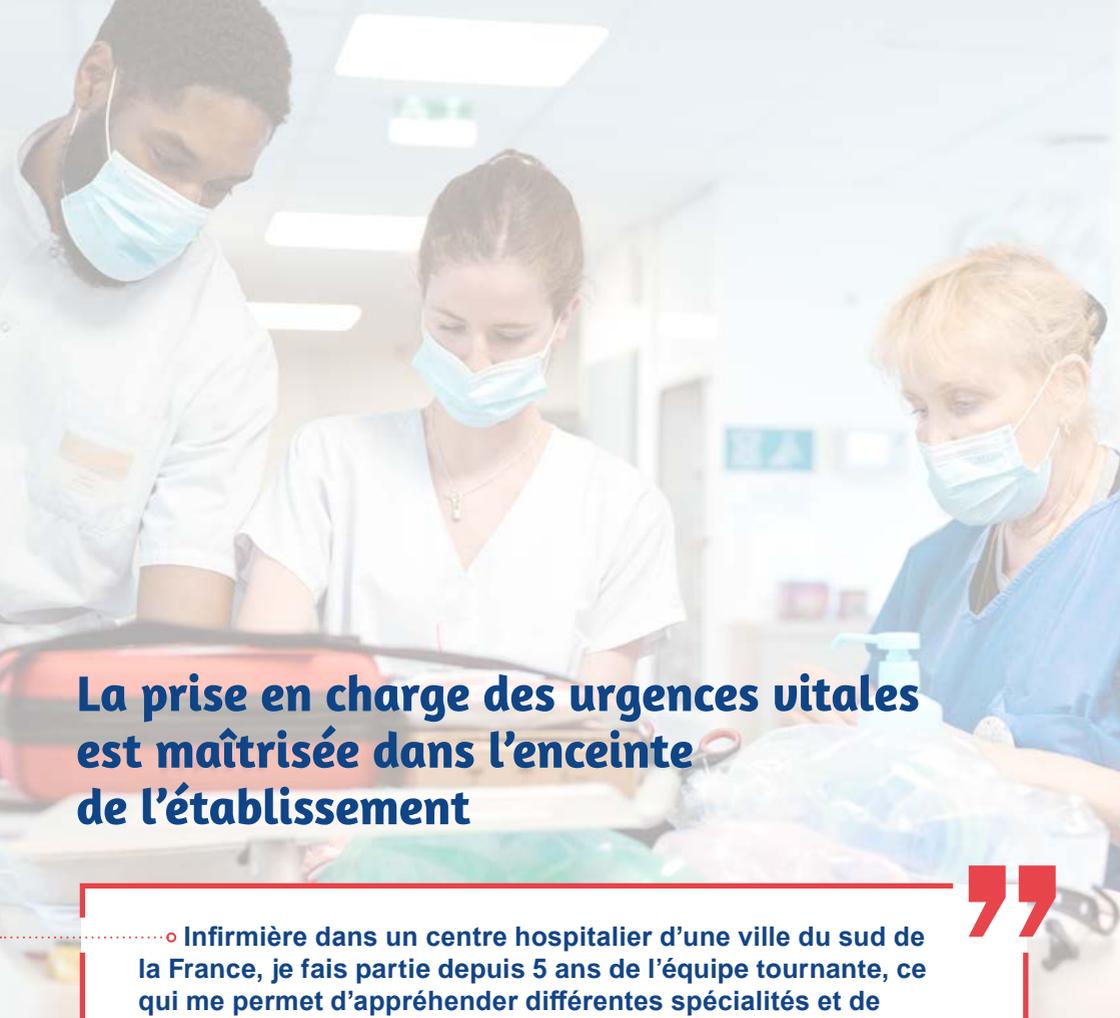
Par exemple, ce n'est pas parce qu'un patient est âgé qu'il n'est pas en mesure de comprendre son traitement médicamenteux. Expliquer le traitement au proche en ignorant le patient qui est à côté peut paraître dévalorisant pour le patient. De même, certaines maladresses, pouvant partir d'une bonne intention 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, le réanimateur est arrivé très vite. Il y a quelques années, en cas d'urgence vitale, nous avions trois numéros différents, selon le type d'urgence et le moment auquel on appelait (jour ou nuit).

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

○ **Cynthia,  
infirmière**

**Pour en savoir plus**  
**Critère 3.6-05**





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

- o scannez le QR code



- o ou contactez-nous par e-mail à [certification.es@has-sante.fr](mailto:certification.es@has-sante.fr)
- o ou consultez le site de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

Pour vous informer sur le niveau de qualité et de sécurité  
des hôpitaux et des cliniques consultez :



[www.has-sante.fr/QualiScope](http://www.has-sante.fr/QualiScope)

**Patients, soignants, un engagement partagé**