



# L'évaluation de la prise en charge en secteur de soins critiques

Selon le référentiel

Septembre 2026

Au 31 décembre 2023, la France comptait plus de 19 000 lits de soins critiques, répartis en unités de réanimation et de soins intensifs. Les maladies cardiovasculaires constituaient le motif d'admission le plus fréquent en unité de réanimation cette même année<sup>1</sup>. L'évaluation de la prise en charge en secteur de soins critiques concerne les unités autorisées suivantes :

- les unités de réanimation adultes, pédiatriques ;
- les unités de soins intensifs polyvalents (y compris dérogatoires) et les unités de soins intensifs de spécialités adultes ou pédiatriques.

Les unités de surveillance continue ne font pas partie de la filière de soins critiques et n'entrent donc pas dans le périmètre de cette fiche.

Pour renforcer et harmoniser ces unités, une réforme des soins critiques a été initiée en 2022<sup>2</sup>. Cette réforme vise à moderniser les conditions d'implantation et de fonctionnement des unités de réanimation et de soins intensifs, en établissant des plateaux techniques et filières pour assurer une meilleure continuité des soins et mieux répondre en termes capacitaires en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

1. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) - Études et résultats, mars 2024.

2. Décret n° 2022-690 et décret n° 2022-694 du 26 avril 2022.

En déclinaison des fiches « Évaluation des droits du patient », « Évaluation du parcours intrahospitalier », cette fiche présente certaines des particularités concernant les secteurs de soins critiques auxquelles les évaluateurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations. Certains éléments doivent nourrir les débats sur le territoire, la gestion des risques...

# Définitions

## Soins critiques

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance (ventilation artificielle, dialyse, oxygénation du sang par circulation extracorporelle (ECMO)...) (décret n° 2022-690 du 26 avril 2022).

## L'unité de réanimation

L'unité de réanimation a pour mission fondamentale la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé en raison de défaillances viscérales aiguës potentiellement réversibles et dont les causes sont souvent multiples. Cette prise en charge nécessite donc une organisation transversale et multidisciplinaire et l'accès au sein de l'établissement de santé à de multiples compétences et techniques de diagnostic, de surveillance et de traitement (SRLF).

Les causes de défaillance d'une fonction vitale sont multiples : par exemple lors d'une infection grave (choc septique), d'une intoxication médicamenteuse, d'un polytraumatisme, d'un coma, d'une insuffisance rénale aiguë, d'une insuffisance respiratoire aiguë, après un arrêt cardiaque ou encore en post-opératoire d'une chirurgie majeure comme la chirurgie cardiaque ou digestive (SFAR).

Il existe des unités de réanimation adultes, pédiatriques, néonatales. L'unité de réanimation pédiatrique assure la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans.

## L'unité de soins intensifs

Les unités de soins intensifs peuvent être polyvalentes ou de spécialité.

Les unités de soins intensifs polyvalents prennent en charge les patients avec des défaillances aiguës menaçant leur pronostic vital ou fonctionnel, nécessitant parfois une suppléance temporaire. Si la défaillance nécessite une suppléance d'organe, le patient est transféré en réanimation. Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques assurent la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans. L'unité de soins intensifs peut aussi être spécialisée en cardiologie-neurologie vasculaire-hématologie.

Les unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques assurent la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans.

Les unités de « soins intensifs polyvalents dérogatoires » (en lien avec l'autorisation) ne sont pas directement accolées à une unité de réanimation mais les établissements doivent avoir formalisé une convention avec une unité de réanimation référente en cas de besoin de transfert.

Les unités de soins intensifs peuvent être spécialisées : en cardiologie (USIC), neurologie vasculaire (USINV), hématologie (USIH) par exemple.

## L'unité de soins continus

Les USC sont hors champ des soins critiques. Elles ont vocation à prendre en charge les patients qui présentent une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë avec un état stable, sans risque de défaillance d'organe prévisible à court terme, nécessitant des soins complexes ou lourds ainsi qu'une surveillance clinique et biologique répétée et méthodique. Si, au cours de la prise en charge en USC, l'état de santé du patient se détériore et qu'une défaillance vitale est susceptible de survenir, le transfert doit être organisé vers une unité de soins critiques dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité de la prise en charge du patient.

## Obstination déraisonnable et limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA)

« Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 [de prévention, d'investigation, de traitement et de soins] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire » (article L. 1110-5-1 du CSP). La LATA (limitation ou arrêt des thérapeutiques actives) vise à éviter l'obstination déraisonnable. Elle peut être demandée par le patient ou le professionnel de santé si le patient ne peut exprimer sa volonté. La décision doit être basée sur les directives anticipées, le témoignage de la personne de confiance ou des proches, et nécessite une procédure collégiale. Elle doit être motivée et consignée dans le dossier médical.

## Syndrome post-réanimation

Le PICS (Post-Intensive Care Syndrome) ou syndrome post-réanimation désigne un ensemble de symptômes divers apparaissant dans les 12 mois après l'hospitalisation en réanimation, voire au-delà. Ils perdurent plusieurs mois, voire plusieurs années après la sortie de réanimation et ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients, sur leur autonomie et sur leur réinsertion sociale et professionnelle. Le PICS regroupe des symptômes divers, fréquemment associés entre eux, qui peuvent être :

- physiques : atteintes neuromusculaires (faiblesse musculaire acquise en réanimation), ORL, pulmonaires, rénales, ostéoarticulaires ou encore cutanées ;
- psychologiques/psychiatriques : trouble anxieux, dépressif ou de stress post-traumatique ;
- cognitifs : incluant principalement des difficultés de mémorisation, de concentration, d'attention et des dysfonctionnements exécutifs (HAS, 2023).

Le syndrome post-réanimation en pédiatrie (PICS-P) peut avoir des répercussions sur les enfants, mais aussi sur leurs familles.

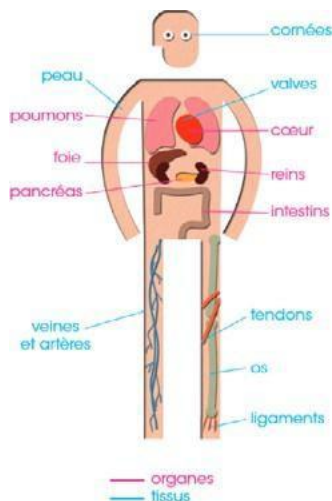
Au sein des unités de réanimation néonatale, soins intensifs de néonatalogie et de néonatalogie, les soins de développement mis en place participent à la prévention de l'apparition du syndrome post-réanimation de l'enfant.

## Don d'organes, prélèvement, donneur et greffe d'organes

Quand on parle de don d'organes ou de tissus, on fait référence à la volonté de la personne qui va être prélevée.

Quand on parle de prélèvement, on fait référence à l'acte médical qui est rendu possible par le don. En France, le prélèvement ne peut pas se faire sur une personne qui était contre le don (Agence de la biomédecine). L'acte de prélèvement ne peut être effectué que dans des établissements autorisés et soumis aux règles de bonnes pratiques correspondantes. Cependant, tous les établissements de santé, autorisés ou non, participent à l'activité de recensement et de prélèvement d'organes en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement.

Le donneur est la personne sur laquelle le prélèvement d'organes et/ou de tissus a été effectué.



### Les trois types de donneurs décédés

#### DDME

##### Les Donneurs Décédés en Mort Encéphalique

Assistés par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique (cœur battant) jusqu'au prélèvement

#### DDAC-MII

##### Les Donneurs Décédés après Arrêt Circulatoire de la catégorie 2 de la classification de Maastricht

Victimes d'un arrêt cardiaque non prévu avec une réanimation cardio-pulmonaire infructueuse

#### DDAC-MIII

##### Les Donneurs Décédés après Arrêt Circulatoire de la catégorie 3 de la classification de Maastricht

Arrêt cardiaque survenu après un arrêt volontaire des thérapeutiques actives en réanimation

Dans ces 2 cas, l'activité circulatoire est assurée par une circulation régionale normothermique jusqu'au moment du clamage pour préserver la fonction des organes

La greffe est le remplacement, au moyen d'un acte chirurgical, d'un élément du corps humain qui ne fonctionne plus par un élément du corps humain qui fonctionne correctement. Cette technique est envisagée par les médecins lorsque plus aucun autre traitement ne fonctionne (Agence de la biomédecine).

## En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé (1.1-01)
- Le patient mineur bénéficie d'une prise en charge adaptée, continue et coordonnée intégrant ses besoins familiaux et éducatifs (1.1-02)
- Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées (1.1-04)
- Les maltraitances dont le patient peut être victime en dehors de l'établissement sont déclarées et prises en charge (1.1-07)
- Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (1.1-09)
- Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour (1.2-01)
- Le patient connaît les informations liées à sa prise en charge (1.2-02)
- Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge (1.2-04)
- Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidant s'impliquent dans le projet de soins (1.3-11)
- Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins personnalisé grâce à un système d'information adapté et partagé (2.1-02)
- Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative (2.1-05)
- Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients (2.1-13)
- Les équipes se coordonnent en amont de la sortie pour assurer la continuité du parcours de soins (2.1-14)
- Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (2.2-01)
- Les équipes appliquent les précautions standard d'hygiène (2.2-08)
- Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques (2.3-12)
- Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés (2.3-13)
- Les équipes améliorent la qualité des soins délivrés aux patients à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'évaluations (2.4-01)
- La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (3.1-05)
- La continuité des soins est assurée pour toutes les unités de soins (3.2-01)
- L'établissement a une politique de sécurité de ses professionnels (3.2-07)
- L'établissement organise les prises en charge non programmées (3.3-04)

## Les points clés de l'évaluation

En condition de visite de certification, l'évaluateur est un expert visiteur. Lors d'une évaluation interne, l'établissement peut désigner comme évaluateur toute personne qu'il estimera compétente.

L'organisation des soins critiques sur un territoire repose sur des filières graduées pour assurer une prise en charge adaptée à la gravité des patients ou à leurs spécificités de prise en charge, en particulier dans le cadre d'un accueil massif de victimes. **Vous vous assurez** que l'établissement :

- a établi des conventions et protocoles visant l'accès direct à des filières de prises en charge en soins critiques spécifiques (cardiaques, neurovasculaires, traumatologie lourde...) ou non avec les acteurs locaux, s'assure qu'ils sont connus et évalue régulièrement leur efficacité ;
- suit et communique aux partenaires du territoire la disponibilité des lits en temps réel.

Les secteurs de soins critiques sont soumis à des règles de fonctionnement (décret du 26 avril 2022), **vous vous assurez** que :

- les moyens humains formés (médicaux et paramédicaux) sont disponibles 24 h/24 et que les nouveaux professionnels disposent d'une période de tutorat ;
- les locaux garantissent la sécurité de la prise en charge (postes de soins adaptés aux besoins du service permettant la surveillance des patients...), l'intimité et la dignité des patients (secteur d'accueil, secteur d'hospitalisation avec des chambres individuelles, un secteur d'hébergement des médecins assurant la permanence...) ;
- les équipements sont fonctionnels (surveillance paramétrique continue, ventilation mécanique invasive et non invasive, suppléance d'organes...).

En secteur de soins critiques, le respect de l'intimité et de la dignité du patient doit être concilié avec l'impératif de surveillance visuelle directe, qui constitue un élément de sécurité. Ainsi, la fermeture systématique de portes opaques ne doit pas être considérée comme une bonne pratique lorsqu'elle compromet la surveillance clinique du patient. Les organisations et les locaux doivent permettre une surveillance rapide et adaptée tout en protégeant l'intimité lors des soins, notamment par l'utilisation de dispositifs modulables : vitrages, stores, paravents, systèmes d'opacification à la demande...

La gouvernance a anticipé une crise en prévoyant le renfort des secteurs de soins critiques (pool de professionnels formés, disponibilité du matériel, organisation des locaux...).

À titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients à partir de 15 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes.

L'identification du patient à chaque venue et à toutes les étapes de sa prise en charge permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne. **Vous vous assurez** que :

- les professionnels vérifient l'identité du patient dès l'admission et tout au long de son parcours de prise en charge ;
- à l'arrivée d'un patient dans le coma et sans document d'identité, une identité temporaire est créée et un signalement auprès des autorités (service de police ou à l'unité de gendarmerie) est réalisé. Les données d'identité sont corrigées dès vérification confirmée.

## 1. Piloter le fonctionnement des secteurs de soins critiques

Se coordonner avec les acteurs du territoire

Prévoir les conditions techniques de fonctionnement

## 2. Accueillir le patient

Vérifier la concordance entre l'identité, la prescription et l'acte

Dès l'admission, le patient et ses proches sont informés :

- des soins réalisés ou prévus (matériel dans la chambre, alarmes, prévention du risque infectieux, contention possible, transfusion, participation des proches, en particulier pour les enfants...) ;
- des conditions de visite (lieu d'accueil, horaires, nombre de personnes...) ;
  - des coordonnées pour joindre le service et de la désignation d'un interlocuteur référent au sein des proches si souhaité ;
- si le service organise ou participe à des études de recherche clinique, de l'organisation de la démarche ;
- des structures d'accueil et d'hébergement pour les proches à proximité de l'établissement ;
- des possibilités d'échanger avec le service social si besoin.

**Vous questionnerez** également les professionnels sur :

- la recherche de la personne de confiance pour le patient et la traçabilité dans le dossier ;
- la recherche des directives anticipées (y compris via « Mon espace santé »), le cas échéant, leur traçabilité dans le dossier.

Dans les secteurs de soins critiques, les équipes pluridisciplinaires (réanimateurs, anesthésistes, autres médecins, infirmiers et autres professions paramédicales, psychologues, kinésithérapeutes...) travaillent en étroite collaboration pour prévenir et gérer les complications associées à des soins complexes. Pour ce faire, **vous vous assurez** que :

- les professionnels médicaux et paramédicaux échangent sur les décisions médicales (mise en œuvre de suppléance, examens complémentaires, LATA...) tout au long de la prise en charge, évaluent leur pertinence lors des staffs pluriprofessionnels et que les décisions sont tracées dans le dossier médical ;
- chaque patient dispose d'un système de surveillance adapté à sa situation (définition des seuils d'alarme, report d'alarme, traçabilité...) ;
- les professionnels évaluent le bénéfice/risque afin de garantir l'intimité et la dignité du patient tout en assurant sa sécurité (porte fermée vs système d'alarme, fermeture d'un store vs patient intubé agité, présence des familles vs urgences vitales dans la chambre d'à côté...) ;
- les professionnels préviennent, dépistent et prennent en charge le syndrome de post-réanimation (protocole de mobilisation, dépistage, traitement du delirium...) ;
- chaque transport d'un patient (pour un examen complémentaire...) fait l'objet d'échanges entre professionnels, l'analyse du bénéfice/risque est prise en compte et la continuité de la surveillance et la sécurité (personnel présent...) sont assurées ;
- les professionnels sont régulièrement formés aux techniques de prise en charge des patients (surveillance paramétrique continue, ventilation mécanique invasive et non invasive, suppléance d'organes, trachéotomie...), éventuellement par simulation ;
- les professionnels sont sensibilisés et appliquent les conduites à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance (violences conjugales, violence sur mineur, syndrome du bébé secoué...).

## 2. Accueillir le patient

Informez et impliquez le patient et ses proches

## 3. Prendre en charge le patient

Assurez la prise en charge et la surveillance plurifactorielle du patient

Lorsque la situation du patient s'aggrave et que la seule possibilité pour les équipes médicales et paramédicales est de formaliser un protocole de limitation des thérapeutiques actives, **vous vous assurez** que :

- la décision est issue d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ;
- un accompagnement est proposé aux proches, y compris la fratrie s'il s'agit d'un enfant ;
- les professionnels peuvent contacter des personnes ressources pour bénéficier d'une écoute et d'un soutien si nécessaire ;
- les professionnels sont formés à l'accompagnement du patient et de ses proches pour la fin de vie.

La prise en charge d'un patient en secteur de soins critiques peut générer un stress important pour l'entourage engendrant des situations de violence verbale et parfois physique envers les professionnels. **Vous questionnez** les professionnels sur :

- le suivi d'une formation spécifique pour faire face au risque d'atteinte à leur sécurité ;
- leur connaissance des règles de sécurité, les acteurs et les solutions de sécurisation.

L'acte de prélèvement ne peut être effectué que dans des établissements autorisés et soumis aux règles de bonnes pratiques correspondantes. Cependant, tous les établissements de santé, autorisés ou non, participent au recensement. **Vous vous assurez** que les professionnels :

- analysent l'éligibilité au don d'organes de tous les patients déclarés en mort encéphalique ;
- contactent les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus (CHPOT) afin de coordonner le prélèvement et de s'assurer que le patient n'avait pas fait valoir d'opposition au don en consultant le registre national des refus ;
- disposent d'un environnement adapté à l'entretien avec les proches (sensibilisation, espace dédié, support d'information sur le don d'organes...) et leur permettant d'être présents de la décision d'arrêt des traitements jusqu'à la restitution du corps.

Pour évaluer les pratiques professionnelles et ainsi améliorer l'accès à la greffe d'organes, **vous vous assurez** que :

- les équipes de greffes d'organes :
  - suivent des indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine,
  - mettent en œuvre les recommandations issues des audits ;
- les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques :
  - évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine,
  - mettent en œuvre des plans d'action,
  - sont engagées dans le programme d'accréditation JACIE ;
- la CHPOT pilote la mise en œuvre de « Cristal action » pour évaluer la prise en charge du recensement au prélèvement, comparer les pratiques aux recommandations, objectiver des améliorations et suivre l'efficacité des actions engagées.

### 3. Prendre en charge le patient

Accompagner les décisions de LATA

Assurer la sécurité des professionnels

### 4. Coordonner l'activité de prélèvement et greffe d'organes et de tissus

Analyser l'éligibilité au don d'organes

Analyser l'activité à l'appui d'indicateurs

Avant la sortie, les professionnels :

- informent le patient et ses proches de la suite de la prise en charge (lieu de transfert le cas échéant, consignes de suivi, en particulier en cas de syndrome post-réanimation, relais au sein du réseau territorial pour les enfants prématurés...) ;
- communiquent au service adresseur et au patient les informations permettant la continuité de la prise en charge. Pour un enfant, le carnet de santé est complété ;
- organisent la sortie (organisation des soins, prescription, équipement si nécessaire...), en cas d'un retour à domicile.

Face au décès, **vous vous assurez** que les professionnels :

- sont formés à l'accompagnement psychologique et pratique ;
- connaissent les conduites à tenir lors d'un décès (constat de décès, durée de présence, gestion des affaires personnelles...) ;
- disposent de dispositifs de soutien psychologique pour eux-mêmes.

**Vous vous assurez** que les équipes des secteurs de soins critiques :

- suivent des indicateurs de pratiques spécifiques (par exemple : actes marqueurs, taux de réhospitalisation, taux de refus, taux d'occupation des lits, taux de rotation des lits, actes de ventilation, durée de ventilation mécanique, actes de dialyse, LATA...) ;
- réalisent des revues de morbi-mortalité et autres analyses de causes en cas d'évènement indésirable associé aux soins dans un objectif d'amélioration continue des pratiques et organisations ;
- analysent la pertinence des séjours ;
- analysent leurs résultats ;
- définissent des mesures d'amélioration le cas échéant.

## 5. Accompagner la sortie

○ Anticiper la sortie

○ Accompagner le décès

## 6. Évaluer et améliorer ses pratiques

# L'évaluation de la prise en charge en secteur de soins critiques

## Aide au questionnement

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

## Exemples de questions susceptibles d'être posées pendant les évaluations

### Avec les professionnels

- Comment vous organisez-vous pour prendre en charge les patients ? Quel est le ratio de patients par soignant ? (3.2-01)
- Comment sont organisés vos locaux (chambres, locaux d'accueil...) ? Et en termes de matériel ?
- Comment réalisez-vous l'identification d'un patient dans le coma dont les documents d'identité ne sont pas disponibles ? Comment vous assurez-vous de l'identité du patient à chaque étape de la prise en charge ? (2.2-01)
- Quels outils utilisez-vous pour informer le patient et ses proches tout au long de sa prise en charge ? Comment est organisée la présence des proches, en particulier dans les situations difficiles ? (1.3-11)
- Comment sont organisés vos échanges pluridisciplinaires ? (2.3-12)
- Comment évaluez-vous la pertinence des décisions ? (2.4-01)
- Comment sont prises les décisions de LATA ? Pouvez-vous contacter des personnes ressources ? Avez-vous suivi des formations sur l'accompagnement du patient et de ses proches en fin de vie ? (2.1-05)
- Comment est organisée la surveillance des patients ? Disposez-vous de répéteur d'alarme ? Qui définit les seuils d'alarme ? (2.3-12) Comment conciliez-vous la surveillance visuelle directe des patients avec le respect de leur intimité et de leur dignité ? (1.1-01)
- Comment prévenez-vous le syndrome post-réanimation ? (2.3-12)
- Quelle est l'organisation en place en cas de transport d'un patient ? Une évaluation bénéfice/risque est-elle réalisée ? (2.3-12)
- Comment êtes-vous formés aux techniques de prise en charge, au travail en équipe ? Quelle est la dernière formation que vous avez suivie ? Quand a-t-elle eu lieu ? (2.3-12)
- Quelle est la conduite à tenir si vous détectez une situation de maltraitance sur vos patients ? (1.1-07)
- Comment faites-vous face à une famille agressive ? (3.2-07)
- Que faites-vous si le patient est déclaré en mort encéphalique ? Quelles sont les coordonnées de l'équipe de coordination hospitalière de prélèvement d'organes ? Quels outils avez-vous à disposition pour l'entretien et le suivi avec les proches en cas de don d'organes ? Quels sont les indicateurs que vous suivez ? Comment évaluez-vous vos pratiques ? Êtes-vous engagés dans le programme d'accréditation JACIE ? (2.3-13)
- Comment organisez-vous la sortie de vos patients ? Comment transmettez-vous les informations au service adresseur si le patient est transféré ? (2.1-14)
- Êtes-vous formés à la prise en charge des décès ? (1.1-09)
- Comment prenez-vous en charge le corps d'un patient décédé ? (1.1-09)
- Quels indicateurs de pratiques suivez-vous ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mises en place à l'issue de l'analyse de ces indicateurs ? (2.4-01)

### Avec les patients

- Êtes-vous associé aux échanges relatifs aux décisions vous concernant ? Vos proches ont-ils été associés à la mise en œuvre du projet de soins ? (1.3-11)
- Pouvez-vous rester au chevet de votre enfant, si la situation le permet ? Pouvez-vous participer aux soins de votre enfant, si la situation le permet ? (1.1-02)

### Avec la gouvernance

- Comment vous organisez-vous avec les acteurs du territoire pour l'organisation de la prise en charge des patients en secteur de soins critiques ? (3.3-04)
- Quels outils utilisez-vous pour communiquer votre disponibilité des lits en secteur de soins critiques ? (3.3-04)
- Comment anticipez-vous le renfort en secteur de soins critiques en cas de crise ? (3.2-01 et 3.3-04)

## Pour aller plus loin

### Références HAS

- Prise en charge du sepsis du nouveau-né, de l'enfant et de l'adulte : recommandations pour un parcours de soins intégré, 2025.
- Flash sécurité patient « Surveillance des patients en service de soins critiques. Une veille sans faille pour qu'aucun patient ne défaille », 2024.
- Flash sécurité patient « Transport intrahospitalier des patients de soins critiques. Le transport lui aussi est critique », 2024.
- Flash sécurité patient « Patient trachéotomisé en service de soins critiques. Trachéo, quand la vie ne tient qu'à un tuyau », 2024.
- Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé, 2024.
- Liste des principales publications HAS sur les indicateurs, 2024.
- Diagnostic et prise en charge des patients adultes avec un syndrome post-réanimation (PICS) et de leur entourage, 2023.
- Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, 2022.

### Références légales et réglementaires

- Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.
- Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.
- Article R. 6123-33 à R. 6123-53 du CSP.

### Autres

- Le syndrome post-réanimation en pédiatrie : comprendre et améliorer la prise en charge - SRLF, 2025.
- La réforme des autorisations d'activités de soins critiques - FHF, 2024.
- Note d'information n° DGOS/R3/2024/39 du 2 avril 2024 relative au maintien transitoire des reconnaissances contractuelles des unités de surveillance continue (USC) hors champ des soins critiques.
- Note d'information n° DGOS/DIRECTION/2022/10 du 14 janvier 2022 relative aux modalités de signalement aux services de police ou aux unités de gendarmerie, par les établissements de santé, des personnes hospitalisées sans identité connue ou décédées en milieu hospitalier dans l'anonymat.
- Fin de vie - Mots et formulations de l'anticipation définis juridiquement ou d'usage coutumier par les professionnels des soins palliatifs - Ministère de la Santé et de la Prévention, chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, 2023.
- Qu'appelle-t-on obstination déraisonnable ? - Convention citoyenne CESE sur la fin de vie, 2023.
- Recommandations pour les visites des proches en réanimation - SRLF, 2021.
- Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques - SRLF, SFAR, SFMU, SOFRASIMS - 2019.
- Mieux vivre la réanimation - SRLF, SFAR - 2010.



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

*Patients, soignants, un engagement partagé*



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous  
à l'actualité de la HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



 **Qualiscopes**  
Vers des établissements  
de santé de qualité  
[has-sante.fr/qualiscopes](http://has-sante.fr/qualiscopes)