

SECURITE DU PATIENT : LA HAS SE MOBILISE POUR REDUIRE LES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

DOSSIER DE PRESSE

CONFERENCE DE PRESSE
27 mai 2015
Maison de la Chimie
75007 PARIS

Haute Autorité de Santé
Responsable du service Presse
Florence GAUDIN

Contacts presse
Laureen BONNET : 01 55 93 73 52
Gilles DJEYARAMANE : 01 55 93 73 17
contact.presse@has-sante.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION - LES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS	4
PARTIE 1 - LE RETOUR D'EXPERIENCE ET LA REVUE DE MORBI-MORTALITE (RMM)	7
PARTIE 2 - AMELIORER LE TRAVAIL EN EQUIPE AU QUOTIDIEN.....	11
FICHE 1 : PACTE - PROGRAMME D'AMELIORATION CONTINUE DU TRAVAIL EN EQUIPE	11
FICHE 2 : L'ACCREDITATION EN EQUIPE	14
PARTIE 3 - DES OUTILS PRATIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	16
FICHE 1 : MESURER LA "CULTURE SECURITE" DES EQUIPES : UN PREALABLE INCONTOURNABLE.....	16
FICHE 2 : ETABLIR LE DIAGNOSTIC DU FONCTIONNEMENT DES EQUIPES : LE CREW RESOURCES MANAGEMENT	16
FICHE 3 : FACILITER LE TRAVAIL EN EQUIPE ET AMELIORER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS.....	17
FICHE 4 : AIDER LE PROFESSIONNEL DANS SA RELATION AVEC LE PATIENT : LES 3 DIRE	18
PARTIE 4 - LA CHECK-LIST AU BLOC OPERATOIRE	19
PARTIE 5 - LE PATIENT, ACTEUR PRINCIPAL DE SA SECURITE.....	21
FICHE 1 : FORMER LE PATIENT A MIEUX COMMUNIQUER.....	21
FICHE 2 : LA PATIENT-TRACEUR : EVALUER A PARTIR DU VECU DU PATIENT	22
ANNEXES	24

INTRODUCTION - LES EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS

Qu'est-ce qu'un évènement indésirable associés aux soins (EIAS) ?

Dans toutes les activités humaines, le risque « 0 » n'existe pas. Le domaine de la santé est particulièrement concerné car il met en jeu des comportements humains, des organisations de soins complexes et la fragilité du patient.

Ces incidents sont appelés « évènements indésirables associés aux soins (EIAS) ». Il s'agit d'évènements liés aux soins et non à la maladie du patient, qui auraient pu ou ont entraîné un préjudice pour le patient.

Les « évènements indésirables associés aux soins (EIAS) » recouvrent de nombreux types d'évènements de gravité plus ou moins importante pour lesquels il n'existe pas aujourd'hui de recueil systématique et exhaustif. Des données partielles sont néanmoins disponibles sur deux types d'évènements :

les évènements porteurs de risques (EPR)	les évènements indésirables graves (EIG)
Ce sont les évènements qui auraient pu provoquer un préjudice au patient mais qui ont été évités par le soignant. Une ou plusieurs barrières de sécurité ont fonctionné.	Ces évènements inattendus ont provoqué des conséquences graves pour le patient (par exemple mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel, un décès, séquelles invalidantes ...).
Depuis 2006, les médecins de 17 spécialités à risque ont la possibilité d'entrer dans une démarche d'amélioration des pratiques appelée accréditation. Cette dernière implique la déclaration d'EPR et depuis 2014 d'évènements indésirables associés aux soins auprès de la HAS dans une base de données (REX) nationale.	L'enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins (ENEIS) est destinée à évaluer l'importance des évènements indésirables graves rencontrés dans les établissements de santé. Elle tend également à repérer la part des évènements jugés évitables et d'en décrire les causes. Une réédition de la première enquête de 2004 a eu lieu de mars à juin 2009 ¹ .

¹ Enquête ENEIS, 2009 : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-observees-dans-les-etablissements-de-sante,7390.html>

➤ Événement indésirable grave (EIG)¹

275 000 à 395 000 EIG/an en France
soit un

EIG tous les
5 jours

dans un service
de 30 lits

➤ Événement porteur de risque (EPR)²

70 000

EPR

déclarés depuis 2006
sur la base de données REX

Sur plus de

47 000

événements analysés

27%

des EPR mettent en cause
un facteur lié à l'équipe

Un problème de communication
au sein de l'équipe ou avec le patient
est retrouvé dans **70%** des cas
mettant en cause l'équipe

1. Chiffres issus de l'enquête nationale 2009 sur les événements indésirables associés aux soins (Eneis) : www.drees.sante.gouv.fr/les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-observees-dans-les-etablissements-de-sante-7390.html

2. Tableau de bord du déploiement du dispositif de l'accréditation des médecins : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/rb_accréditation_fevrier2015.pdf

Tous les événements indésirables associés aux soins sont-ils évitables ?

Non, la survenue d'un événement indésirable associé aux soins ne signifie pas nécessairement qu'une erreur a été commise au cours de la prise en charge du patient : il peut s'agir d'une chute du patient lors de son hospitalisation, d'une dégradation de son état liée à sa fragilité, ... Parmi les données disponibles sur les événements indésirables graves (EIG¹), 48% seraient toutefois considérés comme « évitables », et la fragilité du patient représente le premier facteur contributif à la survenue d'un EIG. Les EIG évitables sont majoritairement liés aux actes chirurgicaux et invasifs, à l'administration d'un produit de santé, puis aux infections associées aux soins.

Existe-t-il un outil permettant de recueillir tous les EIAS ?

Non pas pour l'instant. Le code de la santé publique (article L 1413-13 du code de la santé publique) prévoit la déclaration obligatoire par tout professionnel de santé à l'Agence régionale de santé (ARS). Un décret d'application de la loi est en cours de rédaction pour fixer les modalités de cette déclaration.

Aujourd'hui, en dehors des vigilances réglementaires, seul le recueil des événements porteurs de risques est organisé au niveau national. La déclaration reste volontaire et la base de données de la HAS (REX) compte actuellement plus de 70 000 événements analysés depuis que le dispositif existe.

Quels enseignements peut-on tirer des données de la base REX ?

Les résultats de la base REX rejoignent ceux de l'enquête ENEIS et des études internationales : 27% des événements seraient liés à l'équipe (communication, transmission et alerte, répartition des tâches...).

Ces données françaises et internationales aboutissent au même constat : partout, les causes sont liées en premier lieu à l'équipe ; et au sein de l'équipe, le 1er facteur est la communication (70% des cas).

Quelles sont les différents niveaux de gravité d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) ?

Niveau 1 « mineur »	L'EIAS provoque un désagrément ou une insatisfaction au patient. ➤ <i>Par exemple</i> : erreur d'identification d'un patient rattrapée avant qu'on lui donne son médicament
Niveau 2	L'EIAS impacte le patient sans mise en jeu de sa sécurité et sans interrompre sa prise en charge initiale. ➤ <i>Par exemple</i> : examen réalisé mais pas à la bonne personne
Niveau 3 « majeur »	Une prise en charge spécifique ou une surveillance accrue sont nécessaires sans pour autant interrompre la prise en charge. ➤ <i>Par exemple</i> : chute d'un patient avec plaie du front nécessitant des points de suture
<i>A partir du Niveau 4 : La prise en charge de l'EIAS prend le dessus sur la prise en charge de la pathologie initiale. La prise en charge initiale doit être reportée.</i>	
Niveau 4 « critique »	L'EIAS est récupéré au final avec des conséquences réversibles. ➤ <i>Par exemple</i> : administration d'un mauvais médicament entraînant une détresse respiratoire et une hospitalisation
Niveau 5 « catastrophique »	L'EIAS est difficilement récupérable. On pourra au mieux atténuer ses conséquences qui restent cependant importantes et irréversibles. ➤ <i>Par exemple</i> : erreur de site chirurgical avec ablation du rein fonctionnel au lieu du rein atteint

PARTIE 1 - LE RETOUR D'EXPERIENCE ET LA REVUE DE MORBI-MORTALITE (RMM)

En quoi consiste un dispositif de « retour d'expérience » ?

Comme dans toute activité à risque, il est important de mettre en place un dispositif de maîtrise du risque, pour éviter les erreurs et mieux les maîtriser. Dans le domaine de la santé, l'objectif de ce dispositif est de diminuer les risques en réduisant la fréquence et la gravité des dysfonctionnements et erreurs évitables, pour améliorer la sécurité des patients.

Si de tels dispositifs de « retour d'expérience » existent depuis longtemps dans l'aviation ou le nucléaire, ils commencent à peine à se développer dans le secteur de la santé alors que la possibilité d'erreurs est fréquente.

La HAS dispose de données de retour d'expérience de l'accréditation. Quels usages en fait-elle ?

La HAS, s'appuie sur ces données afin de pouvoir cibler et actualiser ses travaux pour améliorer les pratiques des professionnels et ainsi limiter les risques de renouvellement de ces erreurs ou dysfonctionnements.

Par exemple, la HAS a publié en décembre 2014 une fiche point clef et solution « Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ». 478 EIAS portant sur la création d'un pneumopéritoine ont été analysés dans la base de retour d'expérience REX par des chirurgiens de l'organisme agréé de chirurgie viscérale et digestive. L'analyse de ces EIAS ainsi qu'une analyse de la littérature a permis à la Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD) de proposer, en partenariat avec la HAS, une solution pour la sécurité des patients.

Pour en savoir plus, cliquez [ici](#).

Qu'est-ce qu'une revue de morbi-mortalité (RMM) ?

C'est une démarche collective qui permet de tirer profit de l'analyse des erreurs associées aux soins pour éviter qu'elles ne se renouvellent.

Il s'agit d'une analyse de cas réels comme la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. L'analyse doit être globale et prendre en compte autant les aspects humains qu'organisationnels ayant concouru à la prise en charge du patient.

Une RMM permet (figure 1), en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

- de décrire les pratiques et les processus de soins réalisés,
- d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge,
- de les analyser afin d'en rechercher les causes,
- d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient,
- de proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices).

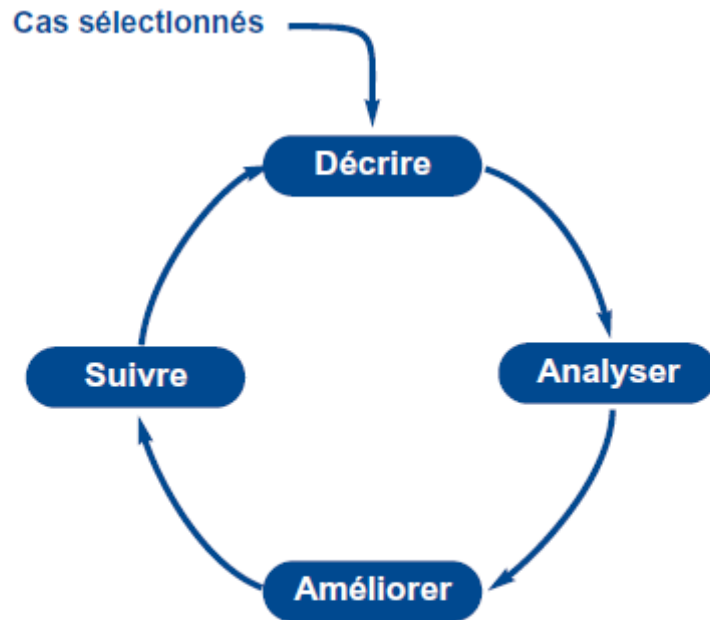


Figure 1. RMM et démarche qualité

Qui peut mettre en place une RMM ?

Tout professionnel de santé, les médecins de ville comme les équipes de soins hospitalières.

La HAS a fait paraître une brochure dédiée aux RMM en médecine générale, après avoir publié en juin 2009 un Guide méthodologique à destination des établissements qui décrit une organisation des RMM adaptée et intégrée au quotidien des professionnels de santé. En effet, quel que soit le secteur d'activité, une RMM introduit un espace de discussion pour l'équipe autour de cas de morbidité (complications) et de mortalité, mais aussi - et c'est une nouveauté du guide - de morbi-mortalité potentielle, autrement dit d'évènements qui auraient pu causer un dommage au patient mais qui ne l'ont pas fait.

Si les objectifs des RMM sont identiques pour tous les professionnels de santé, la composition des groupes et le type d'évènements à analyser sont spécifiques à la médecine générale.

La RMM ne sert-elle pas à sanctionner les responsables ?

Non cette démarche n'a pas pour objectif de rechercher un ou des coupables mais de comprendre pour s'améliorer. D'ailleurs lorsque survient un évènement indésirable associé aux soins, le plus souvent il n'est pas lié uniquement à l'erreur d'un seul professionnel mais aussi à des carences organisationnelles ou collectives. Ne pas faire de démarches de ce type pourrait être interprété comme de la passivité coupable.

La mise en place d'une RMM est-elle obligatoire ?

Depuis 2010, les RMM sont obligatoires dans certains services hospitaliers : en chirurgie, en anesthésie et en cancérologie ainsi que pour l'accréditation des médecins exerçant une spécialité à risque (chirurgie, obstétrique, anesthésie...).

Néanmoins, ces démarches devraient pour la HAS faire partie intégrante de l'activité habituelle de tous les autres services. La mise en place pérenne d'une telle démarche au sein d'un secteur d'activité a des effets positifs sur la culture de sécurité des professionnels. L'activité occasionnelle faite en réaction à un évènement récent ou dramatique doit être évitée car celle-ci n'apporte pas d'amélioration réelle sur le long terme.

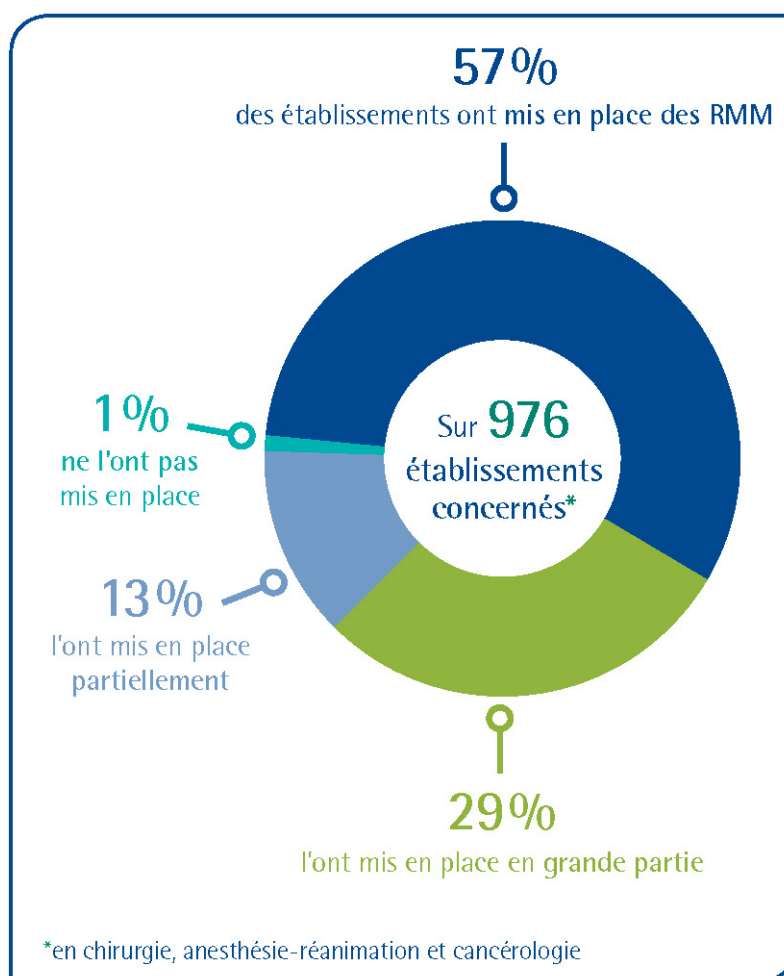
Afin de promouvoir le déploiement de cette activité auprès des professionnels de santé, la HAS a réalisé des vidéos dont l'objectif est de décrire pour convaincre. Il y a ainsi 4 séquences pour bien comprendre les étapes clés du succès et que la HAS rend publiques aujourd'hui :

- avant la RMM : objectifs, préparation,
- pendant la RMM : déroulement d'une séance,
- après la RMM : que faire : actions, traçabilité, confidentialité, intérêt de la simulation en santé pour les RMM.

Pour en savoir plus, cliquez [ici](#).

Où en est-on de la mise en place des RMM dans les établissements de santé ?

Le milieu des soins s'appuie encore beaucoup sur un retour d'expérience tacite, limité à un cercle spécialisé et moins sur des retours d'expériences structurés et pluri-professionnels. 57% des établissements ayant des services de chirurgie, anesthésie et réanimation et cancérologie ont mis en place des RMM dans leur activité quotidienne. L'objectif de la HAS est d'atteindre les 100% de ces services et que l'activité se développe également largement aux autres activités.



...et en ville ?

Des événements indésirables associés aux soins de ville surviennent tous les jours. Leur analyse méthodologique, systémique, en RMM, par des groupes pluriprofessionnels, permet de mettre en place des actions pour les éviter.

L'étude épidémiologique Esprit 2013 a permis de montrer que sur 401 EIAS analysés, 85% sont évitables (344 évitables). Parmi ces événements évitables, près de la moitié (42%) étaient en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet, et **21% lié à des défauts d'organisation ou de communication entre professionnels et structure de santé.**

La HAS avec le CEPPrAL, structure régionale rhônalpine dédiée à la sécurité, ont expérimenté pendant deux ans les RMM pluri-professionnelles en ville afin de tester la faisabilité et l'intérêt de la démarche en ambulatoire.

L'expérience menée par des groupes pilotes entre 2011 et 2013 a révélé que la communication entre professionnels de santé était à l'origine d'une majorité d'évènements indésirables. L'expérimentation a également montré que les groupes doivent intégrer en priorité des médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes et des représentants de patients. Pour des groupes d'analyses de pratiques existants, les professionnels peuvent intégrer la démarche en programmant dans l'année quelques réunions ciblées sur l'analyse des évènements indésirables.

Pour participer à un groupe RMM, les professionnels peuvent se renseigner auprès des instances ressources pour connaître l'existence de groupes déjà constitués et/ou pour en initier des nouveaux. Citons notamment les ARS, les URPS ou les Ordres professionnels.

PARTIE 2 - AMELIORER LE TRAVAIL EN EQUIPE AU QUOTIDIEN

FICHE 1 : PACTE - PROGRAMME D'AMELIORATION CONTINUE DU TRAVAIL EN EQUIPE

Qu'est-ce que le programme PACTE ?

C'est un programme basé sur le volontariat d'équipes de soins qui seront évaluées pour avoir mis en œuvre un programme dont l'objectif principal est d'améliorer la sécurité du patient. Le programme concerne des équipes pluri professionnelles qui vont travailler sur les facteurs organisationnels et humains comme le partage des valeurs : l'écoute, l'entraide, la prise en compte du stress, la communication. Il associe également le patient en tant que partenaire de l'équipe.

Sur quels fondements scientifiques s'appuie le programme PACTE ?

Un des enseignements de la littérature scientifique est que le dysfonctionnement de l'équipe (défaut d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication) est une cause fréquemment retrouvée lors de l'analyse des EIAS.

La base de données des Vétérans (Veterans Administration National Center for Patient Safetydatabase), comme celle de la Joint Commission² pointe respectivement « une défaillance de la communication » comme facteur contributif principal dans 75% et près de 70% des événements indésirables ou sentinelles analysés. On sait également que la qualité du travail en équipe améliore la sécurité du patient aussi bien en termes de processus de soins que de résultats des soins.

Pour exemple, le réseau des hôpitaux des Vétérans aux USA a décidé de mettre en œuvre en 2005 un programme complet d'amélioration de la sécurité au bloc opératoire dans ses 77 hôpitaux de médecine chirurgie et obstétrique. Le programme s'appuyait sur un trépied : diagnostic des faiblesses et engagement collectif vers des objectifs d'amélioration, *medical team training* (cf. CRM santé Partie 4) obligatoire, suivi pendant un an des efforts du groupe par un coaching dédié. Après un an³, la mortalité a été réduite de 17% et ce résultat persiste au-delà de l'arrêt de l'expérience, 94% des équipes sont ravies de la dynamique installée ; elles déclarent moins d'événements indésirables graves et plus d'événements porteurs de risque. La diminution est également observée pour des objectifs plus ciblés, comme l'infection chirurgicale.

La phase expérimentale

18 équipes volontaires ont été incluses dans la phase expérimentale du programme.

Quelles sont les étapes de la mise en place d'un programme PACTE au sein d'une équipe ?

Pacte est un programme qui s'organise autour de plusieurs étapes dont une phase de diagnostic qui porte sur plusieurs dimensions.

Le fonctionnement de l'équipe est évalué à l'aide d'une méthode d'animation qui s'inspire de la formation organisée pour des équipages en aviation et nommé CRM santé. Cette méthode issue de l'aviation a été adaptée par la HAS au secteur de la santé et permet de faire un diagnostic de fonctionnement d'une équipe. L'animation de cette méthode nécessite la connaissance de l'approche promue par la HAS et de ses modalités d'animation particulières.

Une mesure de la culture de sécurité de l'équipe se fait grâce à un questionnaire validé.

L'équipe doit aussi travailler sur son projet de soins autour d'un certain nombre de questions comme la prise en compte de la communication avec le patient, son implication, l'analyse collective d'événements indésirables associés aux soins.

² http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf

³ Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, Mazzia LM, Paull DE, Bagian JP. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. JAMA. 2010 Oct 20;304(15):1693-700

A l'issue de ce diagnostic, les équipes définissent un plan d'action d'amélioration. Enfin, le programme comporte également des modalités de mise en œuvre et d'évaluation.

Comment est organisée l'expérimentation du programme PACTE concrètement au niveau de l'équipe ?

Sa mise en place s'appuie sur un binôme (en général un personnel médical et un personnel non médical) qui est chargé :

- d'informer l'équipe du déroulement de l'expérimentation,
- d'informer les instances institutionnelles,
- de mener des campagnes de sensibilisation et de soutien pour encourager les équipes,
- d'organiser et prioriser la déclaration des EIAS en équipe,
- de définir les conditions de suivi interne du projet et sa traçabilité,
- d'accompagner le déploiement du programme en veillant à recueillir et à tracer les difficultés rencontrées ainsi que les facteurs facilitants,
- de participer aux points fixés avec le facilitateur permettant le suivi des activités,
- de participer aux réunions organisées à la HAS.

Quels sont les principaux enseignements de cette phase expérimentale ?

o Retour sur la phase diagnostic

La phase de diagnostic est un temps fort qui suscite beaucoup d'attente de la part des professionnels. Elle permet de bien définir le périmètre du projet (et des membres de l'équipe). Le CRM santé est une méthode clé dans le dispositif.

o Dynamique globale

Il ressort que Pacte crée une dynamique d'amélioration partagée par l'équipe. Les participants évoquent notamment un effet levier Pacte sur la communication interprofessionnelle, une prise de conscience, une amorce de changement dans les pratiques de travail en équipe...

Même si la démarche Pacte est plébiscitée, quel que soit le contexte clinique (service de réanimation, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc...), les équipes soulignent la nécessité d'un engagement fort de la direction de l'établissement et des chefs de services.

o Les actions engagées

Toutes les équipes ont pu réaliser des actions concrètes et mettre en avant les premiers changements perçus dans les comportements professionnels (libération de la parole, place des aides-soignants, sensibilisation accrue aux déclarations des EIAS, etc.). Les actions engagées répondent aux préoccupations du quotidien des professionnels : par exemple, mieux définir l'alerte, l'amélioration de la concertation autour du patient, améliorer le contenu des transmissions, mettre en place des staffs pluri professionnels, etc.

L'amélioration des processus de communication en constitue le socle, de nombreuses équipes utilisent la méthode Saed et teach back (cf. paragraphe sur les outils).

Pour créer de la synergie d'équipe, l'outil briefing se déploie selon des modalités différentes au sein des équipes.

Il est à noter que Pacte a permis également aux équipes de remettre à plat leur dispositif de déclaration et d'analyse des risques.

D'autres méthodes telles que la simulation (en particulier dans les CHU), le renforcement de staff, des RMM pluri professionnelles sont utilisées.

La phase pilote : Quel avenir pour le programme Pacte ?

L'ensemble des constats illustre que le programme Pacte constitue un déclencheur et un catalyseur de changement. A la rentrée 2015, la HAS procèdera au lancement de la phase pilote, d'une plus grande envergure que la phase d'expérimentation. A ce jour, près de 70 équipes sont inscrites (cf liste des équipes en ligne sur le site de la HAS au 27/05/2015). Cette étape devrait permettre la consolidation de la méthode et des outils et l'évaluation de la faisabilité et l'appropriation de programme. Parallèlement, la HAS va élaborer une méthode d'évaluation d'une équipe Pacte par un dispositif externe et le tester auprès des équipes de la phase expérimentale. La HAS envisage à

termes de valoriser les équipes à travers ce dispositif. Les évolutions de la certification des établissements de santé pourraient intégrer ces aspects dans les prochaines années.

Carte des équipes volontaires pour la phase pilote de Pacte



Quelles sont les liens entre l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité « à risques » et l'accréditation en équipe ?

Le dispositif d'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité « à risques » en établissement de santé est une démarche de gestion des risques médicaux. Organisée par spécialité sous la responsabilité de la HAS, en lien avec des organismes agréés, elle concerne les médecins exerçant une spécialité ou une activité médicale « à risque » en établissement de santé. Cette démarche est basée sur le volontariat.

Son objectif est de prévenir ou limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Pour être accrédités, les médecins déclarent chaque année des événements indésirables associés aux soins et participent à un programme de réduction des risques de leur spécialité incluant la mise en œuvre de recommandations, l'implication dans des revues de morbi-mortalité et la participation à des formations spécifiques.

Depuis 2006, le décret définissant l'accréditation des médecins a prévu une réalisation possible de l'accréditation « en équipes médicales exerçant en établissements de santé » en précisant qu'il s'agit de médecins d'une même spécialité.

Quelles sont les particularités de l'accréditation en équipe ?

Les médecins de l'équipe mettent en œuvre un programme annuel défini par leur spécialité. Ce programme demande, comme le programme individuel, la mise en œuvre de recommandations, la réalisation d'activités et l'analyse puis la déclaration d'événements indésirables associés aux soins. Il diffère du programme individuel sur sa réalisation en intégrant une dimension collective et parfois sur certaines actions spécifiquement demandées aux équipes, en mettant par exemple l'accent sur le partage d'information, la coordination des acteurs ou l'homogénéité des pratiques. Les EIAS sont également sélectionnés et analysés par l'équipe en revue de morbi-mortalité puis déclarés à l'organisme agréé. Ces EIAS alimentent une base nationale de retour d'expérience (REX). 5 équipes ont déjà été accréditées et ce sont plus de 20 équipes qui se sont engagées dans le dispositif en 2015. La volonté de la HAS est d'encourager cette modalité d'accréditation en équipe.

Ce programme d'accréditation en équipe (comme le programme individuel) répond aux exigences du développement professionnel continu obligatoire pour les professionnels de santé.

Quel est le bilan en matière d'accréditation en équipe ?

De 2007 à 2014, seules des démarches individuelles ont été réalisées. Puis l'anesthésie-réanimation et la gastroentérologie interventionnelle ont lancé leurs premières équipes dont deux ont été validées par le Collège de la HAS dès octobre 2014 (équipes de gastro-entérologie de la clinique des cèdres à Cornebarrieu et l'équipe du centre hospitalier d'Angoulême) et trois équipes d'anesthésistes-réanimateurs ont été accrédités en 2015 (équipes de la clinique Convert, établissement privée situé à Bourg en Bresse ; équipe de la Polyclinique de l'Atlantique, établissement privé à Saint Herblain ; équipe de la Polyclinique Médipôle Saint-Roch, établissement privée situé près de Perpignan).

18 organismes **agréés**
pour
l'accréditation
des médecins

Près de **9 500 médecins** sont **actifs**
dans la démarche d'accréditation

(9 386 médecins dont **7 463 accrédités**
et **1 923 engagés** non encore accrédités)

Près de **75 000 (74 926) EPR**
sont **enregistrés** dans la base REX

(10 742 ont été **analysés**
et **acceptés** en 2014)

Près de **400 (432) médecins experts**
des OA-Accréditation ont été **formés**

dont **8** en 2014

5 équipes
déjà
accréditées

des **dizaines d'équipes**
prêtes à se lancer
dans l'accréditation en équipe

PARTIE 3 - DES OUTILS PRATIQUES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les facteurs humains – différences de personnalité, de culture, de comportement, etc – mais également les approches différentes entre les métiers ou les spécialités, peuvent constituer des obstacles à une communication efficace entre professionnels de santé. Pour faciliter cette communication et œuvrer à la sécurité du patient, la Haute Autorité de santé a développé et adapté différents outils pratiques à l'intention des professionnels⁴.

FICHE 1 : MESURER LA "CULTURE SECURITE" DES EQUIPES : UN PREALABLE INCONTOURNABLE

La culture de sécurité désigne « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins⁵ ».

Prendre en compte la culture de sécurité des équipes est un préalable incontournable pour mener de manière efficace des actions d'amélioration de la sécurité des patients. C'est pourquoi la Haute Autorité de santé a retenu – dans le cadre du réseau européen EUNetPAS (2008-2010) dont elle a été le coordonnateur – trois questionnaires adaptés à l'évaluation de cette « culture sécurité » :

- [Hospital Survey on Patient Safety Culture](#) (HSOPSC) de l' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux Etats-Unis
- [Manchester Patient Safety Assessment Framework](#) (MaPSaF) de l'Université de Manchester en Grande Bretagne
- [Safety Attitudes Questionnaire](#) de l'Université du Texas / Johns Hopkins aux Etats Unis

A partir de ces questionnaires, plusieurs enquêtes ont été réalisées, notamment :

- la perception de la sécurité des soins en établissements de santé auprès des médecins engagés dans le dispositif d'accréditation (2011), à partir du HSOPSC traduit par un organisme aquitain dédié à l'amélioration de la qualité, le CCECQA,
- la perception de la sécurité des soins en ville, sondage auprès de médecins généralistes, de pharmaciens d'officine et d'infirmiers libéraux (2011), à partir du MaPSaF (le questionnaire est disponible en ligne pour tout médecin généraliste qui veut évaluer sa culture sécurité).
- les enquêtes auprès d'équipes de soins dans le cadre d'une expérimentation de la gestion des risques en équipe ou dans le cadre du programme Pacte.

La culture de sécurité est globalement peu développée parmi les professionnels de santé, et les résultats obtenus par toutes ces enquêtes peuvent servir de base de discussion entre les membres des équipes pour analyser les dysfonctionnements et mettre en place des solutions pour améliorer la sécurité du patient.

Pour en savoir plus : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497866/fr/developper-la-culture-de-securite

FICHE 2 : ETABLIR LE DIAGNOSTIC DU FONCTIONNEMENT DES EQUIPES : LE CREW RESOURCES MANAGEMENT

La HAS a adapté un outil provenant de l'aviation – le Crew Resources Management (CRM) – qu'elle a dénommé CRM-Santé. Cet outil permet lors de la première étape de Pacte (programme d'amélioration continue du travail en équipe) de réaliser en partie le diagnostic du fonctionnement de l'équipe. Il permet de faire prendre conscience aux professionnels de santé des différentes dimensions qui concourent à faire d'un groupe de professionnels une équipe efficace.

Lors du CRM Santé, des professionnels représentatifs de l'équipe – regroupant les différentes catégories de professionnels – sont réunis autour de cas concrets racontés et de mises en situation.

⁴ Disponibles et en libre accès pour les professionnels sur le site de la HAS : www.has-sante.fr

⁵ Définition adoptée en 2006 par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care, www.icsi-eu.org/fr/)

Au travers de vignettes, de films et d'ateliers, chaque professionnel va pouvoir s'exprimer sur 5 thèmes :

- la communication,
- la coordination (dont le leadership),
- la place du patient,
- la capacité à alerter et être écouté,
- la gestion du stress et des situations d'urgence.

Pour en savoir plus : Les équipes ayant réalisé le CRM santé témoignent de cette expérience : « Le CRM donne naissance à l'équipe et au projet ».

FICHE 3 : FACILITER LE TRAVAIL EN EQUIPE ET AMELIORER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

o L'outil Saed

Développé sous l'égide de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et déjà intégré à la pratique de soins dans de nombreux pays (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Suisse, Suède,...), cet outil a été traduit par la HAS en français.

L'outil Saed (Situation Antécédents Evaluation Demande) est un outil mnémotechnique qui permet de mieux structurer la communication entre professionnels afin de limiter les oublis, les incompréhensions et les erreurs. Il garantit la transmission des informations indispensables à la sécurité de la prise en charge du patient.

S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'exams sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Plusieurs études internationales ont mis en évidence les résultats positifs de l'utilisation de l'outil Saed : amélioration de la qualité de la communication entre professionnels de santé, amélioration

du contenu et de la clarté des informations données, meilleure analyse des informations reçues, augmentation de la satisfaction des professionnels de santé.

Pour en savoir plus : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

o **Le briefing/débriefing**

Regrouper des professionnels ne suffit pas à en faire une équipe performante; le partage d'une situation en équipe permet de créer de la synergie d'équipe et développe une conscience de la situation.

C'est pourquoi la HAS propose aux équipes la mise en place de deux pratiques d'équipe, en amont et en aval d'une action ou activité.

Le briefing

Le briefing est un temps d'échange régulier, planifié, structuré et bref qui permet de construire ensemble une vision partagée de la situation sur les aspects suivants :

- les risques (liés aux tâches et aux patients),
- le déroulement et la coordination des activités,
- l'attribution des tâches,
- l'anticipation des solutions aux risques identifiés,
- l'aide à la décision.

Le débriefing

Activité d'équipe formelle et/ou informelle d'échange d'informations structurée et brève, le débriefing vise à tirer les enseignements d'une situation passée sur les aspects suivants :

- faire prendre conscience de la réalité passée,
- identifier les difficultés rencontrées lors de l'activité,
- discuter du déroulement et la coordination des activités,
- communiquer,
- améliorer le fonctionnement de l'équipe,
- définir ensemble les changements à conduire lors de cette prochaine activité.

L'objectif de ces deux pratiques est d'avoir un impact progressif sur l'équipe en améliorant la synergie d'équipe, en favorisant la conscience de la situation et en développant la culture de sécurité.

FICHE 4 : AIDER LE PROFESSIONNEL DANS SA RELATION AVEC LE PATIENT : LES 3 DIRE

Les 3 DIRE est une méthode de communication soignant-patient simple et efficace. Une méthode similaire, les « 3 quoi » a été développée pour les patients. Voir partie 5, fiche 1.

PARTIE 4 - LA CHECK-LIST AU BLOC OPERATOIRE

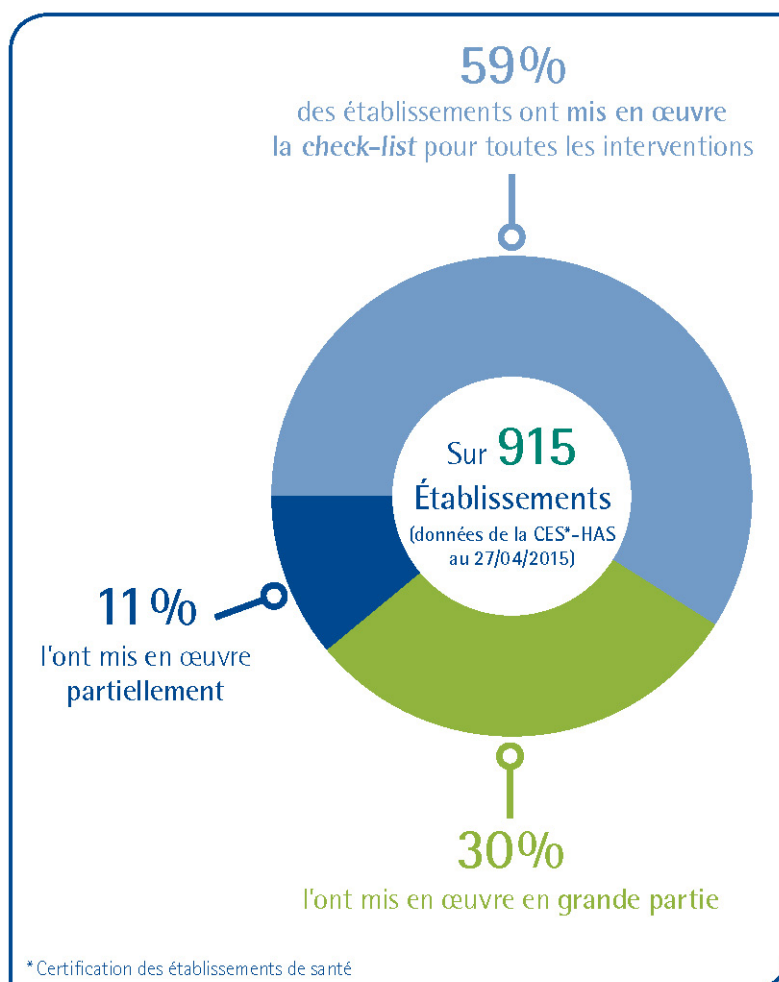
Pourquoi la HAS a-t-elle élaboré une check-list au bloc opératoire depuis janvier 2010 ?

En France, la HAS a développé, dès 2009, avec les sociétés savantes et organisations professionnelles travaillant au bloc opératoire, une check-list sécurité du patient au bloc opératoire visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention chirurgicale. Depuis janvier 2010, la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue un critère exigible en France à travers la procédure de certification des établissements de santé. Sa mise en place est systématiquement vérifiée par les experts-visiteurs.

En quoi consiste la check-list en bloc opératoire ?

La check-list de la HAS consiste à vérifier systématiquement, de manière croisée au sein de l'équipe, onze points critiques aux trois temps charnières d'une opération :

- **avant l'anesthésie** : l'identité du patient, le mode d'installation de l'opéré, la préparation cutanée, la disponibilité des équipements, l'existence de certains risques (allergies, saignements...)...
- **avant l'intervention**: les vérifications ultimes (identité, nature de l'intervention prévue, sa localisation, l'administration des antibiotiques si nécessaire...)....
- **après l'intervention** : une confirmation orale d'éléments post-opératoires (l'enregistrement de l'intervention, le décompte des matériels tels que les compresses et les aiguilles...), les prescriptions postopératoires...



Obligatoire depuis 5 ans, quelle est l'efficacité d'un outil comme la check-list ?

L'objectif pratique de l'utilisation de la check-list est de vérifier de manière systématique certains éléments précis et essentiels. Ce type d'aide-mémoire vise à diminuer, voire éliminer l'erreur

humaine dans des tâches de routine ou dans des situations d'urgence où la capacité cognitive des professionnels de santé doit se partager entre la compréhension de la situation et la conduite de l'action.

Ainsi, pour la check-list au bloc opératoire, cette vérification a bien sûr une efficacité immédiate de prévention (erreur de site par exemple) ou de récupération (mise en œuvre de l'antibioprophylaxie oubliée par exemple). Elle peut permettre de détecter d'éventuels dysfonctionnements en amont du bloc et de les corriger par une meilleure organisation dans le service (préparation de l'opéré), voire avant l'admission, mais aussi après l'intervention (en améliorant la continuité de la prise en charge). Au niveau des facteurs humains et des compétences dites « non techniques », une amélioration constatée dans plusieurs champs: travail en équipe, notion de leadership, compréhension de la situation et capacité de décision améliorées par des briefings et débriefings périopératoires. C'est une dimension où siège en grande partie l'efficacité des check-lists : amélioration de la communication interprofessionnelle, notamment lors du time out (pause) préopératoire, la culture sécurité (safety climate) au sein des équipes.

Deux programmes en particulier illustrent cette efficacité :

- la check-list «cathéters veineux centraux» développée à la Johns Hopkins University par l'anesthésiste Peter Pronovost qui montre une réduction à zéro du taux d'infection sur cathéter veineux central (alors qu'il était de 11,3/1 000 jours cathéters) ;
- la Surgical Safety Checklist élaborée par l'Organisation mondiale de la santé sous la direction du chirurgien Atul Gawande qui apporte des résultats tout aussi probants après mise en œuvre de la check-list dans 8 hôpitaux de pays très différents (réduction de la mortalité postopératoire de moitié et des complications de 30 %) (aussi bien dans des pays en développement que dans des pays économiquement développés).

Ces résultats ont été confirmés depuis lors par de nombreux travaux notamment par la Veterans Administration aux Etats-Unis. La plupart des méta-analyses réalisées, notamment au cours des derniers mois, confirment l'efficacité de ce type de programme. Il faut noter que le contre argument soulignant l'absence d'essai contrôlé, randomisé a été levé par une étude norvégienne, publiée en mai 2015 dans *Annals of Surgery*. Cette étude confirme que l'utilisation d'une check-list est associée à une diminution significative de la morbidité et de la durée d'hospitalisation post-opératoire

Toutefois, des études récentes ont montré les limites d'une obligation administrative de mise en œuvre d'un tel programme uniformisé, à l'échelon d'une région ou d'un pays. Parmi, les principaux freins, on peut citer notamment :

- la faible adhésion à des procédures dont l'efficacité est mise en doute par des médecins qui peuvent aussi y voir une perte de liberté de décision ;
- le manque de compréhension de l'intérêt de ces programmes et l'absence d'appropriation par les professionnels de ces démarches dont la mise en place se fait parfois sans accompagnement;
- le caractère obligatoire qui peut entraîner un « renseignement automatique », vidé de son sens ou, à l'inverse, un renseignement soigneux mais étroit qui peut donner un faux sentiment de sécurisation...

C'est la raison pour laquelle la HAS, insiste sur l'importance de l'appropriation de cet outil par les équipes, illustrée par la formule : « Adaptez la check-list pour mieux l'adopter ». C'est-à-dire que tout en insistant sur la promotion de ce type de programme facilitant la communication au sein des équipes et notamment servant de support aux indispensables briefings préopératoires et débriefings postopératoires, la HAS incite fortement les professionnels à adapter cet outil aux spécificités de leur disciplines et aux procédures déjà en œuvre dans leur établissement.

PARTIE 5 - LE PATIENT, ACTEUR PRINCIPAL DE SA SECURITE

FICHE 1 : FORMER LE PATIENT A MIEUX COMMUNIQUER

Les patients ne comprennent pas toujours les messages délivrés par les professionnels de santé et assimilent parfois mal ce qui concerne leur prise en charge. Pourtant, un patient qui communique bien avec les soignants et qui ose l'interpeller lorsqu'il ne comprend pas, peut contribuer à diminuer les risques d'évènements indésirables.

Dans cet objectif et afin de réduire le déséquilibre de connaissances entre soignants et soignés, la HAS a développé plusieurs outils inscrits dans les actions du programme national pour la sécurité du patient (pour en savoir plus, cliquez ici).

Pour inciter le patient à poser des questions sans aucune gêne à son médecin :

- La brochure « Osez parler à son médecin » :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1695997/fr/osser-parler-avec-son-medecin
- La brochure « Parler avec son pharmacien » :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1761963/fr/parler-avec-son-pharmacien

Deux outils qui se répondent pour que professionnels et patients se comprennent mieux

Les « 3 Dire », pour les professionnels de santé :

Les études montrent que les patients se souviennent et comprennent moins de la moitié des explications qu'ils reçoivent. L'émotion du patient, sa connaissance limitée des termes médicaux, les variations socio-culturelles, la maladie sont autant de freins à la bonne compréhension et mémorisation des explications du professionnel de santé.

Pourtant, le professionnel doit s'assurer de la compréhension des informations données pour réduire les erreurs potentielles et les incompréhensions vis-à-vis des soins délivrés, et ainsi faire du patient un partenaire éclairé.

C'est pourquoi la HAS est en train de développer « les 3 Dire », adaptés de la méthode « Teach-back », reconnue au niveau international pour améliorer la mémorisation des informations essentielles par le patient, l'observance du traitement et la satisfaction du patient.

Les « 3 Dire » est une méthode de communication soignant-patient simple et efficace, basée sur une reformulation demandée au patient, qui permet de s'assurer que les informations délivrées ont été claires, retenues et comprises.

La méthode comporte 3 étapes :

- **DIRE** : Expliquer lentement, avec des mots simples, des images, des schémas et en étant empathique et respectueux du patient.
- **FAIRE DIRE** : Vérifier la compréhension du patient en lui demandant une reformulation.
- **RE DIRE** : Réexpliquer si nécessaire jusqu'à s'assurer de la compréhension du patient.

L'outil - en cours de développement par la HAS - sera disponible fin 2015.

Les « 3 Quoi » (adaptation française du « Ask me 3 »), pour les patients :

La méthode consiste à proposer au patient trois types de questions à poser au professionnel de santé qui s'occupe de lui :

- Quel est mon problème ?
- Que dois-je faire ?
- Pourquoi est-ce important que je le fasse ?

>> L'outil est en cours de développement par la HAS et sera disponible fin 2015.

En quoi consiste cette nouvelle méthode ?

C'est une méthode qui permet à la fois d'améliorer la qualité des soins, au même titre que la RMM, mais aussi de se préparer à la visite de certification des établissements de santé. En effet, cette méthode est mobilisée, avec l'audit de processus, dans le cadre des visites de certification V2014.

Il s'agit d'une analyse rétrospective de la prise en charge d'un patient depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Plusieurs critères sont évalués : accueil du patient, prise en compte des droits du patients, vécu du patient, prise en charge de la douleur, prise en charge médicamenteuse, préparation à la sortie, organisation au sein de l'équipe, collaboration interprofessionnelle. Cette méthode pédagogique favorise les échanges et la communication, d'une part, entre les acteurs de la prise en charge et, d'autre part, avec le patient.

En revanche, elle n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient.

Cette méthode a-t-elle été expérimentée ?

Oui, une expérimentation a été menée dans 13 établissements volontaires, de février à juin 2014 et avait pour objectif de tester l'appropriation de la méthode du patient traceur auprès d'établissements de santé volontaires. Le retour d'expérience a permis de mettre au point une version finalisée d'un guide méthodologique à destination des professionnels pour mettre en œuvre cette méthode au profit de la démarche qualité de l'établissement.

Et en pratique ?

Le patient choisi doit répondre dans la majorité des cas à une situation complexe et correspondre à un profil de patients préalablement déterminé. Après avoir informé le patient et recueilli son consentement, la méthode prévoit un temps d'échange avec le patient et/ou ses proches (30 minutes environ) puis avec l'équipe (2 heures à 2 heures 30) afin d'analyser la prise en charge de celui-ci. Une synthèse immédiate des points à améliorer et des points positifs ainsi qu'une priorisation des actions d'amélioration à conduire sont réalisées. Il s'agit donc d'une évaluation au plus près du terrain avec la prise en compte importante du vécu du patient.

Quelle est la nouveauté de cette méthode ?

La méthode est innovante dans la mesure où elle s'appuie sur l'expérience d'un patient encore hospitalisé. Aussi, son parcours au sein de l'hôpital, les différentes étapes de sa prise en charge et les éléments du dossier du patient servent de fil conducteur de la méthode. Cette méthode permet d'impliquer tous les acteurs de la prise en charge de ce patient et permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge.

Le patient mais aussi ses proches sont interrogés et leurs réponses contribuent à l'évaluation.

La méthode du patient traceur existe-t-elle en ville ?

Une expérimentation impliquant 10 équipes est actuellement en train de s'achever. Elle a débuté en janvier 2015 dans plusieurs régions : Lorraine, Alsace, Bretagne, Ile de France, Centre, PACA (2 équipes), Sud-Ouest, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté.

Elle visait à prévenir les situations de ruptures de prises en charge, réduire les hospitalisations répétées et d'améliorer les liens ville-hôpital et avec les secteurs médico-social et social.

La présence du médecin traitant et des autres professionnels impliqués dans le parcours du patient a été requise et consistait à analyser le parcours global de patients ayant une prise en charge complexe (exemples : personnes âgées polypathologiques, ou en situation de dépendance, ou patients atteints de maladies chroniques etc). La méthode est fondée sur l'analyse en équipe pluri professionnelle des prestations sanitaires, sociales, médico-sociales, de leur organisation, et des interfaces professionnelles.

Cette analyse croise à la fois la perception du patient et celle des professionnels sur le parcours pour identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Cette démarche est testée auprès de professionnels exerçant en maison/pôle/centre de santé, réseau de santé, d'une Maia (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer),

d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et d'établissements psychiatriques et de santé mentale.

Les résultats de cette expérimentation seront rendus publics dès septembre 2015.

ANNEXES

Carte et liste des équipes engagées dans la phase expérimentale de PACTE



ETABLISSEMENT	EQUIPE
HOSPICES CIVILS DE LYON	Pneumo adulte
CHU D'ANGERS	Réa polyvalente de l'enfant
CAPIO CLINIQUE DES CEDRES	Bloc opératoire
CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	Samu régulation
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	Pluri département : vasculaire, dialyse, réanimation et bloc opératoire
CLINIQUE KER YONNEC	Psychiatrie
POLE GERIATRIQUE DE MAR VIVO	SSR
HOPITAL PRIVE LA CASAMANCE	Réanimation
INSTITUT BERGONIE	Chirurgie oncologique
HOPITAL PRIVÉ DE VILLENEUVE D'ASCQ	Chirurgie
HAD CROIX SAINT-SIMON	HAD
C.H. DE CORNOUAILLE QUIMPER	Médecine infectieuse et du sang
CENTRE HOSPITALIER DE LAON	SSR
ICO SITE NANTES	Médecine, département d'oncologie médicale
CHU DE NICE EQUIPE	Urgences
CHU DE NICE EQUIPE	Réanimation médicale

CHU DE NICE EQUIPE	Dialyse
HÔPITAL VICTOR DUPOUY	SSR

Liste des équipes candidates à la phase pilote de PACTE (au 27/05/2015)

(page suivante)

Etablissement	Statut ES	Type	région
CH de la Tour du Pin	PUBLIC	CH	RHONE ALPES
CH Vauclaire	PUBLIC	CHS/EPSM	AQUITAINE
CH d'USSEL	PUBLIC	CH	LIMOUSIN
Hôpital Nord-Ouest site de VILLEFRANCHE SUR SAONE	PUBLIC	CH	RHONE ALPES
Cliniques Cantegrit et Argia	PRIVE	LUCRATIF	AQUITAINE
Centre Hospitalier de Mende	PUBLIC	CH	LANGUEDOC ROUSSILLON
GHM Grenoble	PRIVE	ESPIC	RHONE ALPES
Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Le Bodio	PRIVE	ESPIC	PAYS DE LA LOIRE
La Polyclinique Saint Côme	PRIVE	LUCRATIF	PICARDIE
Clinique du Parc LYON	PRIVE	LUCRATIF	RHONE ALPES
Clinique du Mas de Rochet	PRIVE	ESPIC	LANGUEDOC ROUSSILLON
Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne	PRIVE militaire	ESPIC	PACA
Santé service Bayonne et Région HAD	PRIVE	LUCRATIF	AQUITAINE
Hôpital d'Instruction des Armées Percy	PRIVE militaire	ESPIC	ILE DE FRANCE
Centre Léon Bérard	PUBLIC	CLCC	RHONE ALPES
CLINIQUE DU SOUFFLE	PRIVE	LUCRATIF	AUVERGNE
Fondation Bon Sauveur d'Alby	PRIVE	ESPIC	MIDI PYRENEES
CH Esquirol - Limoges	PUBLIC	CHS	LIMOUSIN
Centre Hospitalier de Niort	PUBLIC	CH	POITOU CHARENTES
Clinique du Château de Garches	PRIVE spécialisé en PSY	LUCRATIF	ILE DE FRANCE
Hôpital Antoine Béclère à Clamart	PUBLIC AP HP	CHU	ILE DE FRANCE
CHU de Nîmes	PUBLIC	CHU	LANGUEDOC ROUSSILLON
Clinique Sarrus-Teinturiers	PRIVE	LUCRATIF	MIDI PYRENEES
Polyclinique de l'Atlantique	PRIVE	LUCRATIF	PAYS DE LA LOIRE
CHU de Rennes	PUBLIC	CHU	BRETAGNE
Clinique de la Miotte	PRIVE	LUCRATIF	FRANCHE COMTE
CHS Saint Ylie - Jura de Dole	Public	CHS/EPSM	FRANCHE COMTE
Hôpital François de Daillon	PUBLIC	HL	PAYS DE LA LOIRE

Centre Orthopédique Médico-Chirurgical de Dracy le Fort	PRIVE	LUCRATIF	BOURGOGNE
AP-HP Hôpital Paul Brousse HUPS	PUBLIC	CHU	ILE DE FRANCE
CH LAYON-AUBANCE	PUBLIC	CH	PAYS DE LA LOIRE
Centre de l'Arche	PRIVE	ESPIC	PAYS DE LA LOIRE
Association les capucins	PRIVE	ESPIC	PAYS DE LA LOIRE
Clinique du pré	PRIVE	LUCRATIF	PAYS DE LA LOIRE
Clinique Victor Hugo	PRIVE	LUCRATIF	PAYS DE LA LOIRE
Centre Hospitalier Paul Chapron	PUBLIC	CH	PAYS DE LA LOIRE
CRF CHAMP NOTRE DAME	PRIVE	LUCRATIF	ILE DE FRANCE
APHP Hôpitaux universitaires Paris Sud (Bicêtre)	PUBLIC AP HP	CHU	ILE DE FRANCE
APHP Hôpitaux universitaires Paris Sud (Bicêtre)	PUBLIC AP HP	CHU	ILE DE FRANCE
Clinique du Parc - Autun	PRIVE	LUCRATIF	BOURGOGNE
CH LOUIS PASTEUR DOLE	PUBLIC	CH	FRANCHE COMTE
AP HP Hôpital Tenon	PUBLIC AP HP	CHU	ILE DE FRANCE
AP HP Hôpital Saint Antoine	PUBLIC AP HP	CHU	ILE DE FRANCE
CLINIQUE KER YONNEC	PRIVE	ESPIC	BOURGOGNE
Institut Paoli Calmette	PRIVE CLCC	ESPIC	PACA
Polyclinique du Parc	PRIVE	LUCRATIF	NORD PAS DE CALAIS
Centre de réadaptation cardiovasculaire Bois Gibert	PRIVE	ESPIC	CENTRE
Clinique Clementville	PRIVE	LUCRATIF	LANGUEDOC ROUSSILLON
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	PRIVE	LUCRATIF	NORD PAS DE CALAIS
Clinique Sainte Anne	PRIVE	LUCRATIF	AQUITAINE

Clinique médipole Garonne	PRIVE	LUCRATIF	MIDI PYRENEES
Centre hospitalier de Crest	PUBLIC	CH	RHONE ALPES
CLINIQUE DES CEDRES	PRIVE	LUCRATIF	MIDI PYRENEES
CSR LA BOISSIERE	PRIVE	LUCRATIF	CENTRE VAL DE LOIRE
HAD du littoral Boulogne-Montreuil	PRIVE	ESPIC	NORD PAS DE CALAIS
SA Polyclinique de Gentilly	PRIVE	LUCRATIF	LORRAINE
Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	PRIVE	LUCRATIF	AQUITAINE
HAD CALAIS - ST OMER	PRIVE	ESPIC	NORD PAS DE CALAIS
Clinique des Ormeaux	PRIVE	LUCRATIF	Haute Normandie
Polyclinique Saint Odilon	PRIVE	LUCRATIF	AUVERGNE
CHP SAINT GREGOIRE	PRIVE	LUCRATIF	BRETAGNE
HAD HAUT BEARN ET SOULE	PRIVE	ESPIC	AQUITAINE
Clinique BRETECHE	PRIVE	LUCRATIF	PAYS DE LA LOIRE
Pôle hospitalier mutualiste de St Nazaire	PRIVE	ESPIC	PAYS DE LA LOIRE
Clinique du Château de VERNHES	PRIVE	LUCRATIF	MIDI PYRENEES
CHU DIJON	PUBLIC	CHU	BOURGOGNE
CLINIQUE DE L'EUROPE	PRIVE	LUCRATIF	Haute Normandie