



MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

Évaluation de la maîtrise des risques et de la dynamique d'amélioration selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

Les établissements conduisent des démarches pour améliorer de façon continue la qualité des soins et la sécurité des patients. La maîtrise des risques et l'amélioration de la qualité sont deux démarches convergentes qui reposent sur un management participatif, continu, sur une culture de l'erreur et sur une dynamique dans l'organisation à tous les niveaux de la structure pour la satisfaction des usagers. Elles reposent sur la définition d'une politique et d'objectifs s'appuyant sur un système, des outils et des méthodes. Le management de la qualité peut être considéré comme un cycle qui implique la planification stratégique, la mise en œuvre, l'exploitation, la mesure (analyse) et l'amélioration. L'implication stratégique du management est essentielle. Le dispositif de certification permet au travers de son évaluation externe sur la base de son référentiel de rendre essentiellement une appréciation sur cette dynamique d'amélioration de la qualité et de la maîtrise des risques.

Enjeux nationaux

- Fonder le management des établissements de santé sur la qualité et la sécurité des soins
- Soutenir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent une culture qualité bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Partager une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins impliquant la gouvernance et les professionnels de terrain.
- Maîtriser tous les risques auxquels l'établissement est exposé pour limiter leur survenue et leurs conséquences.
- Anticiper les situations de crise.

Principales données actuelles

- **ETIAS : étude ENEIS¹** : en 2019, en moyenne, on observait 4,4 événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) pour 1 000 jours d'hospitalisation, ce qui correspond environ à 4 événements indésirables par service de 30 lits et par mois.
- **Accréditation des médecins et équipes médicales** : en octobre 2023, parmi les 15 spécialités engagées ; environ 9 339 médecins actifs et 393 équipes médicales sont actives dans la démarche d'accréditation.
- **Urgences vitales** : 4% des arrêts cardiaques surviennent en établissements de santé. Sa survenue pourrait être prévenue dans 2 cas sur 3. Le taux de survie est de 18% chez l'adulte
- **SSE** : plusieurs crises sanitaires ont eu lieu ces dernières années, marquées par un nombre important de décès sans parler du traumatisme engendré pour ceux qui les ont vécus (canicule en 2003 : 20000 morts, attentats à Paris en 2015 : 131 morts, 415 blessés, attentat de Nice en 2016 : 86 morts et 458 blessés, Covid de 2020 à aujourd'hui : plus de 168 000 morts en janvier 2023).
- **Sécurité des biens et des personnes** : 1 établissement sur 5 n'a pas de plan de sécurisation d'établissement ou ne le met pas à jour (chiffres ministère).
- **Sécurité du système d'information** : 95% des établissements ont une politique de sécurité du système d'information et 96% déclarent avoir désigné un référent sécurité SI. Les établissements consacrent en moyenne 1,7% de leurs charges d'exploitation aux SIH, proportion en baisse par rapport aux années précédentes.
- **Risques environnementaux** : la santé représenterait 8% des émissions de gaz à effet de serre en France².

1. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/eneis_3_2019_.pdf

2. « The Shift Project » - Rapport « Décarbonons la Santé pour soigner durablement ».

Définitions

Culture de sécurité

La culture de sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Elle est construite par les acteurs et implique l'utilisateur. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. HAS, juin 2019.

Politique qualité et programme d'actions

En application de l'article L.6111-2 du Code de la santé publique, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle fixe des objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit.

Un programme d'actions décline la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sous forme d'actions d'amélioration avec un pilotage, des cibles et/ou indicateur de suivi, un calendrier et un état d'avancement.

Gestion des risques *a priori*

Tout établissement peut être confronté à un problème ayant un impact plus ou moins important sur l'activité de soins : pannes d'énergie, incendies, ruptures d'approvisionnement, pannes et attaques numériques, risques liés aux actes malveillants, pandémie, afflux massif de patients, événements climatiques et environnementaux.... Tous peuvent compromettre la sécurité des personnes et des biens, la qualité et la continuité des soins.

Pour la gouvernance, l'objectif est d'anticiper la situation pour assurer les missions de l'établissement en analysant les risques auxquels il peut être confronté, en mettant en place des mesures barrières pour en limiter la survenue ou les effets, en mettant en place une organisation lui permettant de répondre à tous types d'événements susceptibles de l'impacter, dans des situations pouvant aller de la fragilisation du fonctionnement à des tensions et à la crise.

Gestion des risques *a posteriori*

Les activités de soins font peser sur le patient et l'établissement des menaces qui ne sont pas toujours prévisibles (dysfonctionnement d'un matériel, rupture d'approvisionnement d'un médicament, chute d'un patient, etc.) qui peuvent être canalisées dans leurs effets par des mesures de prévention appelée aussi mesures barrières. Les événements indésirables associés aux soins sont une opportunité d'analyse des pratiques. Cette analyse permet de juger de l'évitabilité, d'identifier les causes racines et de mettre en œuvre une dynamique d'amélioration de la sécurité du patient.

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est défini par l'OMS comme un événement défavorable et inattendu survenant chez un patient ou une personne accompagnée, associé aux actes de soins et d'accompagnement, qui a ou aurait pu entraîner des conséquences pour le patient et qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin. Il n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. En fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parlera aussi :

- d'un événement porteur de risque (EPR) ou « presque accident » lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (dans ce dernier cas, l'EIAS est dit « récupéré ») ;
- d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

Chaque événement ou presque accident signalé fait l'objet d'une analyse des facteurs ayant contribué à sa survenue de façon à identifier les actions correctrices à mettre en œuvre pour prévenir le risque de récurrence ou de diminuer les conséquences de ce type d'événement.

Indicateurs qualité et sécurité des soins

Les indicateurs en santé sont des outils qui permettent d'évaluer un état de santé, une pratique, une organisation ou la survenue d'un événement, ainsi que son évolution dans le temps. Ils peuvent être de différents types : de structure, de processus, ou de résultats. Ils peuvent être mesurés à partir : des dossiers des patients, des bases de données médico-administratives (Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), Système National des Données de Santé (SNDS)...), et de questionnaires établissements ou de questionnaires patients. [Comprendre les indicateurs \(ARTICLE HAS - Mis en ligne le 22 août 2022 - Mis à jour le 07 sept. 2023\).](#)

Les vigilances

Le dispositif de veille sanitaire a pour objectif la détection, dans les plus brefs délais, de tout événement de santé inhabituel et la réponse aux alertes sanitaires. Les vigilances ont donc une finalité d'alerte, de gestion et de prévention des risques. Elles concernent notamment l'utilisation des produits de santé, l'assistance médicale à la procréation, le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves liés aux soins dont les infections associées aux soins et les événements significatifs en radioprotection (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours (3.1-01).
- L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours (3.1-02).
- La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins (3.3-01).
- L'établissement soutient une culture de sécurité des soins (3.3-02).
- La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (3.3-03).
- L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité (3.7-02).

Actions

- Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité (1.2-07).
- La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval (2.1-02).
- Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires (2.3-02).
- L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques (2.3-07).
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients (2.4-02).
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins (2.4-03).
- Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (2.4-04).
- La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (3.6-01).
- Les risques numériques sont maîtrisés (3.6-02).
- La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (3.6-03).
- Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés (3.6-04).
- La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05).
- L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée (3.6-06).
- La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques (3.7-01).
- L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement (3.7-06).

Évaluation

- L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (3.7-03).
- L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liées aux soins. (3.7-04).

Les points clés nécessitant l'attention des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous vous assurez que :

- la gouvernance promeut des valeurs qui favorisent une culture **bienveillante** où l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée (par exemple charte de non-sanction) ;
- la culture qualité et sécurité des soins des professionnels est **évaluée** (par exemple, par une enquête culture de sécurité) ;
- l'analyse, le suivi des résultats qui les concernent (indicateur spécifique d'activité, de fonctionnement, de résultats et de satisfaction et de l'expérience patient, dont les IQSS) et la définition des actions d'amélioration sont réalisés avec les équipes de terrain ;
- les résultats de l'établissement sont analysés et exploités par la CME, la CSIRMT (lorsqu'elle existe), la CDU. Ils sont communiqués ;
- la gouvernance décide, *in fine*, des **priorités d'action** et des ressources à mobiliser.

Par ailleurs, **vous vous assurez** que la gouvernance, notamment la CME, favorise la mise en œuvre des **recommandations de bonnes pratiques** en :

- mobilisant les équipes pour les identifier par une veille ;
- les diffusant auprès des équipes ;
- s'assurant qu'elles mettent en adéquation leurs procédures/protocoles avec les recommandations de bonnes pratiques, notamment par le biais d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- promouvant l'accréditation des médecins et des équipes médicales et en assurant la logistique nécessaire à son développement (cf. [L'accréditation des médecins et des équipes médicales](#)).

1. Développer la culture qualité

○ **Promouvoir une culture qualité**

○ **Évaluer la culture qualité**

○ **Piloter par la direction et la CME et impliquant tous les acteurs de terrain**

○ **Favoriser l'appropriation des bonnes pratiques :**

- Veille (diffusion des mises à jour et nouvelles recommandations)
- Évaluation des pratiques professionnelles (EPP, Audit, CREX, ...)
- Adéquation recommandation de bonne pratiques / procédures interne
- Accréditation des médecins et des équipes

Experts-visiteurs

Concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, **vous vous assurez** :

- qu'elle fixe, par écrit, des objectifs généraux d'amélioration personnalisés à l'établissement ;
- que ces objectifs ont été déterminés à partir d'une analyse de l'ensemble des données et connaissances disponibles : point de vue du patient (satisfaction et expérience) et des usagers, résultats des indicateurs (notamment des IQSS), risques *a priori* (identification des risques et de leur criticité) et *a posteriori* (EIAS, EIGS, etc.), etc. ;
- que son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation associe l'encadrement, les professionnels, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (si elle existe), les représentants des usagers ; et sont copilotées par la direction et la CME ;
- qu'elle est déclinée dans un programme d'actions.

Concernant sa déclinaison dans un **programme d'actions**, et son appropriation, **vous vous assurez** qu'il est :

- **structuré**, c'est-à-dire qu'il précise, pour chaque action :
 - un pilotage (personne, instance, etc.) ; la direction, la CME et la commission des soins étant identifiées comme pilote de certaines actions,
 - un calendrier,
 - des indicateurs de suivi et une cible,
 - un état d'avancement actualisé ;
- **pertinent**, c'est-à-dire que les actions répondent aux objectifs de la politique, qu'elles sont priorisées au regard des risques et des ressources nécessaires et disponibles ;
- **personnalisé**, c'est-à-dire que les actions sont déclinées par pôle, service, ou unité pour faciliter l'appropriation par les professionnels. À ce titre :
 - les organisations permettent aux professionnels d'être force de propositions,
 - l'encadrement informe les professionnels des actions qualité qui les concernent,
 - les professionnels connaissent des actions du programme d'action qui les concernent, particulièrement celles issues des résultats des IQSS, des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient (notamment e.satis) et des recommandations de la CDU.
- **unique**, c'est-à-dire qu'il réunit toutes les actions pour permettre à la gouvernance d'avoir une vision globale de l'ensemble des actions menées dans l'établissement.

2. Décliner la politique qualité et sécurité des soins

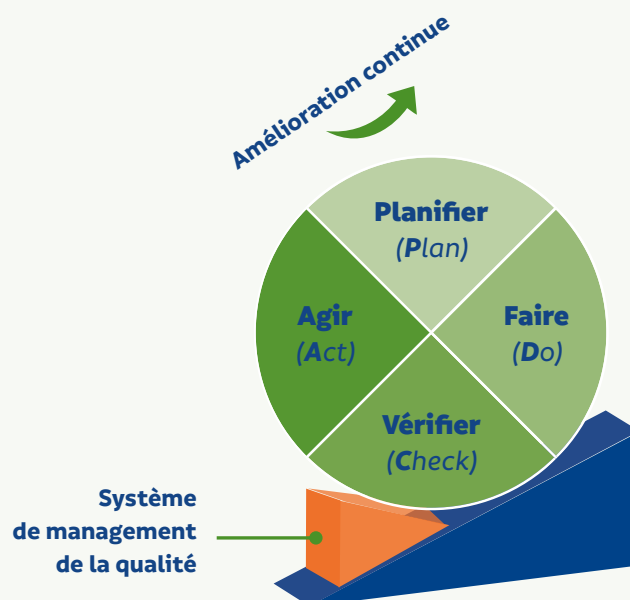
Fixer des objectifs d'amélioration :

- Personnalisés
- Issus de l'analyse des données (résultats des audits, indicateurs de résultats, IQSS...) et connaissances disponibles : satisfaction et expérience patient, professionnels de l'établissements et relations externes,
- Analyse des risques *a priori* et *a posteriori*, etc.

Rédiger une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins participative

Programme d'actions :

- Structuré : pilote, échéance, indicateur/cible, état d'avancement
- Pertinent pour atteindre les objectifs de la politique
- Personnalisé par pôle, service, unité
- Unique



Experts-visiteurs

Vous vous assurez que l'établissement a mis en place une gestion *a priori* des risques et qu'il :

- **recense**, par exemple sous forme de cartographie, les dangers connus susceptibles d'affecter les usagers, les professionnels et l'établissement lui-même ;
- **priorise** chaque risque en fonction de sa gravité potentielle et de sa probabilité de survenue ;
- **associe**, à chaque risque :
 - des mesures préventives ou mesures barrières qui visent à diminuer la probabilité que survienne l'événement dangereux,
 - en cas de survenue, des actions réactives, adaptées, graduées et opérationnelles de réduction de la sévérité des effets nocifs.

Concernant la gestion des risques *a posteriori*, **vous vous assurez que** :

- les professionnels partagent la culture positive de l'erreur ;
- qu'ils sont sensibilisés au signalement des événements indésirables associés aux soins (aux événements porteurs de risque (presque accidents) ou aux événements indésirables graves) ;
- qu'ils connaissent le dispositif de déclaration de leur établissement.

Vous recherchez leur participation aux CREX, RMM, à l'analyse systémique des causes profondes de type ALARM des EIAS, à la prise en compte du récit du patient dans l'analyse collective des EIAS et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Vous interrogez les professionnels sur la communication mise en place ainsi que celle en Commission des usagers. À ce titre, **vous questionnez** les professionnels au sujet de l'annonce d'un dommage lié aux soins.

Les événements indésirables liés à l'administration ou à la consommation d'un produit ou au dysfonctionnement d'un dispositif médical, ou encore la survenue d'une infection associée aux soins sérieuse ou avec des caractères de résistance appellent des actions d'information et des mesures visant à traiter la situation, à prévenir de nouveaux épisodes ou à en diminuer les conséquences. L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le dispositif de gestion des vigilances sanitaires concernées dans le référentiel de certification : la pharmacovigilance (médicament), l'hémovigilance (produits sanguins labiles), la matériovigilance (dispositifs médicaux) et l'infectiovigilance (infections nosocomiales). Sont également à considérer **l'erreur d'identification du patient** et le fonctionnement de la cellule d'identitovigilance).

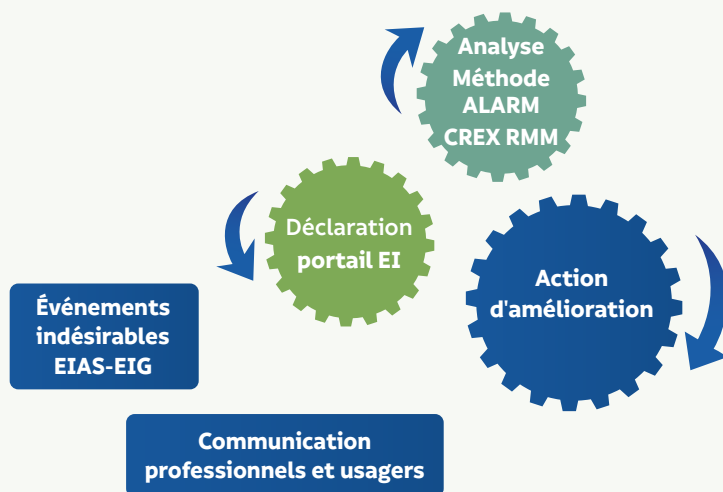


3. Maîtriser ses risques

Gestion *a priori* des risques

- Recenser ses risques
- Prioriser ses risques
- Anticiper la survenue :
 - Mesures préventives pour réduire le risque de survenue
 - Actions de réduction de la sévérité en cas de survenue

Gestion *a posteriori* des risques



Vous vous assurez que :

- les responsabilités (correspondants de terrain et correspondants vigilants) sont identifiées ;
- il existe une permanence du dispositif 24 heures sur 24 ;
- les modalités de réception des alertes ascendantes et descendantes sont définies ;
- les modalités de transmission aux personnes, organisations, institutions concernées sont définies ;
- la coordination avec les structures régionales (RREVA) et nationales (par exemple, ANSM, ABM, ASN, etc.) de vigilance est effective.

Concernant les actions mises en place, **vous vous assurez** que :

- le plan d'action de toutes les alertes de vigilances ascendantes et descendantes est piloté ;
- les actions sont évaluées.

Les alertes font l'objet d'un retour au déclarant.

Concernant les risques d'atteintes aux personnes (patients et professionnels) et aux biens, **vous vous assurez** que :

- les situations à risque (situations d'urgence, actes de malveillance, agression, patients à risque : fugues, suicides, détenus...) sont répertoriées ;
- des dispositifs de sécurité (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation), éventuellement proposés par les équipes ou les instances (CSE, comité d'éthique), sont en place. Leur efficacité est évaluée et ils sont améliorés le cas échéant ;
- il existe :
 - un plan de sécurisation, adapté aux enjeux et aux ressources, qui structure la sécurité et la sûreté aussi bien en temps normal et qu'en situations de crise,
 - une convention hôpital/police ou gendarmerie/justice,
 - un suivi des déclarations faites à l'Observatoire National des Violences en Santé ;
- les accès aux secteurs protégés sont sécurisés.

L'établissement de santé, en lien l'**Agence régionale de santé**, a anticipé les risques et menaces auxquels il peut être confronté, pouvant se traduire par une **situation de tension hospitalière**. (cf. [gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles](#)).

Les aspects environnementaux du développement durable relèvent d'une **politique de prévention et de gestion des risques environnementaux**, formalisée et maîtrisée par l'établissement (cf. [gestion des risques environnementaux et le développement durable](#)).



3. Maîtriser ses risques

Les vigilances

- Responsabilités identifiées
- Permanence H24
- Circuit de réception et de transmission
- Coordination régionale et nationale
- Mise en œuvre et suivi des actions
- Retour au déclarant

Risques particuliers

- Sécurité des biens et des personnes
- Situations sanitaires exceptionnelles
- Risque environnemental

Pour maîtriser au plus juste le risque numérique, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information sécurisé, prévoir un plan d'action de continuité et sensibiliser l'ensemble des professionnels pour accroître l'implication des acteurs et la vigilance collective (cf. [Évaluation des risques numériques dans les pratiques de soins](#)). Pour rappel, il existe depuis 2022 une obligation de déclaration des incidents de sécurité informatique via le portail dédié de signalement des événements sanitaires indésirables (article L.1111-8-2 du Code de la santé publique qui institue l'obligation de signalement des incidents de sécurité des systèmes d'information).

Au point de vue de la sécurité des patients, des professionnels et du public, la **prise en charge des urgences vitales** est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (cf. [gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement](#)).

Pour eux-mêmes et pour les patients, les professionnels réduisent les risques d'infection par la vaccination. **Vous vous assurez** que l'établissement :

- promeut les vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière, Covid-19) et obligatoires ;
- vérifie les vaccinations obligatoires (hépatite B) ;
- faciliter la vaccination en y donnant gratuitement accès aux professionnels et en la rendant possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services...);
- analyse, avec les responsables des unités, ses résultats de couverture vaccinale et les freins organisationnels et met en œuvre des actions d'amélioration.

Les risques infectieux et les risques associés à la prise en charge médicamenteuse sont spécifiquement traités dans les fiches pédagogiques dédiées.

3. Maîtriser ses risques

Risques particuliers

- **Risque numérique**
- **Prise en charge des urgences vitales**
- **Risques d'infection : la vaccination**
- **Risque infectieux**
- **Risques liés à la prise en charge médicamenteuse**

Pour aller plus loin

Références HAS

- Culture de sécurité : du concept à la pratique, 2010.
- Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.
- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins, 2016.
- Enquête culture sécurité, 2018. Rencontres sécurité : une méthode au service du management, 2018.
- Comprendre et mesurer, 2019.
- Déclarer les événements indésirables graves (EIGS), 2019.
- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020.
- EIAS. L'équipe soignante souhaite recueillir votre témoignage. [Fiche information patient, septembre 2021.](#)

Références légales et réglementaires

- Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Instruction DGOS/PF2 n°2012-352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Instruction n°DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Les complications de la transfusion sanguine, Michael Bernasinski et col, Anesthésie et réanimation Vol 5 - N° 3 P. 157-174, mai 2019.
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire: air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC), SF2H, 2013.
- Actualisation des précautions standard, SF2H, juin 2017.
- Note d'information N°DGOS/PF2/2019/69 du 27 mars 2019 relative à la traçabilité des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et aux outils d'autoévaluation et d'accompagnement disponibles.
- Décret n°2021-125 du 5 février 2021 sur les vigilances relatives aux produits de santé.

Autres références

- 4^e Plan national santé environnement, 2021.

Scannez-moi pour
consulter la fiche
pédagogique



Patients, soignants, un engagement partagé

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

