



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Version synthétique des rapports de certification

Méthodologie

(Janvier 2010)

RAPPEL DU CONTEXTE

La HAS en quelques mots

La Haute Autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique chargée de :

- faire de la qualité un élément clé de la régulation du système de santé ;
- améliorer avec les professionnels la qualité et la sécurité des soins ;
- impliquer les patients dans la qualité en santé.

Les actions de la HAS sont utiles :

- aux pouvoirs publics, pour les aider à prendre des décisions sur le remboursement des soins et des traitements, sur la mise en place de campagnes de dépistage ou de prévention ou encore de nouvelles organisations des soins ;
- aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.) pour les aider à proposer les soins et les traitements les plus adaptés à leurs patients ;
- aux patients, à leurs proches et au grand public.

La HAS informe sur :

- le niveau de qualité des soins dans les établissements de santé (hôpital, clinique, etc.) ;
- les infections nosocomiales ;
- les soins, les traitements et le suivi les plus adaptés à chaque maladie ;
- la qualité de l'information médicale diffusée par les sites Web.

La procédure de certification

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ initie des procédures de certification de tous les établissements de santé, publics ou privés.

L'évaluation des établissements est double:

- Mesure du niveau de qualité de la prestation servie.
- Appréciation de la dynamique d'amélioration de la qualité mise en œuvre dans les établissements.

Les principales étapes de la procédure sont:

- Auto évaluation réalisée par l'établissement à l'aide d'un manuel proposé par la Haute Autorité de Santé comportant 138 critères regroupés en 4 chapitres dans la V2007
- Visite de certification effectuée par les experts visiteurs, professionnels d'autres établissements de santé et non salariés permanents de la HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.
- Rapport des experts
- Décisions proposées par les experts visiteurs et le chef de projet, votées par la Commission de Revue des dossiers et validées par le collègue
- Publication de l'intégralité du rapport sur Internet

La structure du rapport

4 chapitres:

1. politique et qualité du management
2. ressources transversales (RH, hôtellerie et logistique, organisation de la qualité et gestion des risques, qualité et sécurité de l'environnement, système d'information).
3. prise en charge du patient (Médecine/chirurgie/obstétrique), psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation, soin de longue durée, hospitalisation à domicile)
4. évaluation et dynamiques d'amélioration

Les constats sont rédigés par critère. Chaque critère donne lieu à une cotation, intégrée dans le rapport de certification. 138 critères composent le rapport V2007. Les évaluations faites par les Experts visiteurs reposent sur 4 lettres A, B, C, D.

OBJECTIFS

Dans un souci de transparence et d'information envers les usagers et clients des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé a décidé de publier en ligne sur son site une version courte du rapport de certification. Pour y parvenir, la Haute Autorité de Santé a défini 3 objectifs :

- identifier les **principales attentes** en termes d'informations des usagers, clients des établissements de santé
- **hiérarchiser ces attentes**
- élaborer une **représentation graphique, compréhensible** par le grand public, des résultats, à partir des cotations et de la structuration retenue au cours de l'étape précédente

METHODOLOGIE

L'approche :

Compte tenu de la problématique posée, nous avons procédé en 3 étapes :

- 1) Mesure des attentes clients/usagers en matière d'information souhaitée sur les établissements de santé, vue par les patients eux mêmes
- 2) Mesure des attentes clients/usagers en matière d'information souhaitée sur les établissements de santé, vue par les professionnels de santé
- 3) Elaboration de représentations graphiques

1) *Mesure des attentes clients/usagers en matière d'information souhaitée sur les établissements de santé, vue par les patients eux mêmes*

398 patients ou proches de patients ont été interrogés au total, selon la technique des gang research. Cette technique permet à la fois d'obtenir des résultats sur des notions très qualitatives comme le contenu d'image, l'imaginaire qui se trouve derrière des marques, de produits, des matériaux, des modèles, des services, et d'obtenir ces résultats sur une base quantitative suffisamment importante pour permettre de prendre des décisions.

33 groupes au total ont été organisés sur 3 villes : Paris, Agen et Valence :

- Paris : 15 groupes, 169 personnes
- Agen : 9 groupes, 124 personnes
- Valence : 9 groupes, 105 personnes

Au cours de ces groupes de 2h30 de durée unitaire, les clients/usagers ont été amenés successivement à réagir par oral et en groupe à des prestations attendues, mais aussi à réagir par écrit en remplissant au fur et à mesure des groupes un questionnaire assez long

Sur un échantillon total de 398 personnes, 250 personnes se sont exprimés sur les 138 critères qui composent les rapports d'accréditation V2007 :

- Par la méthode KANO
- En donnant une note sur 10 à chacun des critères, cette note représentant le degré d'importance qu'ils accordent au critère. (Finalement, pour vous personnellement, quelle note sur 10 donneriez vous pour l'importance de ce critère ?)

Les autres personnes se sont exprimées sur :

- Les critères qui ont pu paraître obscurs
- Des représentations graphiques possibles pour les résultats d'un établissement

Pour chacun des 138 critères, les patients étaient amenés à s'exprimer de la manière suivante :

L'hôpital / clinique a obtenu <u>une bonne note</u> sur le fait que :	L'hôpital / clinique <u>n'a pas obtenu une bonne note</u> sur le fait que :
Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention	
1 Cela me rassurerait vraiment	1 Ca ne changerait pas mon avis
2 Cela devrait être obligatoire	2 Un hôpital peut fonctionner comme cela
3 Cela m'est indifférent	3 Cela m'est indifférent
4 Cela ne me rassure pas plus que ça	4 Cela m'inquiéterait un peu
5 Cela ne me rassure pas du tout	5 Cela m'inquiéterait beaucoup
6 Je ne comprends pas du tout	6 Je ne comprends pas du tout
Enfin, pour vous personnellement, quelle note sur 10 donneriez vous pour l'importance de ce critère <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / 10	

La technique d'étude "KANO"

L'objectif principal

L'objectif principal de cette technique d'étude est de hiérarchiser les attentes des utilisateurs (patients) et de prévoir l'impact sur la satisfaction des patients du futur produit ou service.

Plus encore que de chercher les points à satisfaire, cette technique permet d'isoler :

- les points essentiels aux yeux des utilisateurs qui doivent être impérativement satisfaits.
- les points qui, dans une technique d'étude classique, seraient jugés comme importants, mais qui ne le sont pas vraiment et sur lesquels il est possible de réaliser des économies substantielles.

Il s'agit de l'outil phare de la Conception à l'Écoute du Marché (CEM). La conception est directement guidée par les attentes du marché.

La méthode Kano est le fruit des travaux du professeur Noriaki Kano de l'Université de Tokyo. Elle est d'abord connue des qualitatifs. Elle vise à identifier, pour chaque "fonction" ou critère" d'un produit/service, la nature de l'attente de l'utilisateur.

Tableau de résultats sous la forme suivante pour chaque critère testé :

-Exemple fictif destiné à illustrer la méthode –

-Critère " Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention"

L'hôpital A obtenu une bonne note		
Cela me rassurerait vraiment	40	30,80%
Cela devrait être obligatoire	75	56,20%
Cela m'est indifférent	11	8,50%
Cela ne me rassure pas plus que ça	7	4,60%
Cela ne me rassure pas du tout	0	0%
Total	133	100%

L'hôpital N'A PAS obtenu une bonne note		
Ça ne changerait pas mon avis	17	13,10%
Un hôpital peut fonctionner comme ça	7	5,40%
Cela m'est indifférent	9	6,90%
Cela m'inquiéterait un peu	36	26,90%
Cela m'inquiéterait beaucoup	64	47,70%
Total	133	100,00%

Ceci nous donne un tableau de résultats sous la forme suivante pour chaque critère testé :
-Exemple fictif destiné à illustrer la méthode –

-- Critère " Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention"

	Ca ne changerait pas mon avis	Un hopital peut fonctionner comme cela	Cela m'est indifférent	Cela m'inquiéterait un peu	Cela m'inquiéterait beaucoup	Total
Cela me rassurerait vraiment	3,8%	0,8%	3,1%	7,7%	15,4%	30,8%
Cela devrait être obligatoire	5,4%	1,5%	0,0%	16,9%	32,3%	56,2%
Cela m'est indifférent	1,5%	2,3%	3,1%	1,5%	0,0%	8,5%
Cela ne me rassure pas plus que ça	2,3%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0%	4,6%
Cela ne me rassure pas du tout	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	13,1%	5,4%	6,9%	26,9%	47,7%	100,0%

- = Service "plus"
- = Hyper-professionalisme
- = "Obligatoire, La base"
- = Ne concerne pas le patient
- = "Contradictoire"
- = "Critère non compris"

Fait plaisir au patient Service "plus"	Distingue les établissements les uns des autresHyper-professionalisme	Obligatoire, la base	Ne concerne pas le patient	Contradictoire	Non compris
11,6%	15,4%	32,3%	27,7%	9,2%	0,0%

- *Explicatif*

- = *"Service "Plus" : Le patient est indifférent à l'absence de la fonction et ressent du plaisir si elle est proposée (A).*

- = *"Hyper professionnalisme" : Le patient est peu satisfait si la fonction n'est pas remplie et très satisfait si elle l'est (P).*

- = *"Obligatoire, la base" : Fonction de base, un "must be" (O).*

- = *"Ne concerne pas le patient" : La présence ou l'absence de fonction laisse l'utilisateur indifférent (I)*

- = *"Contradictoire" : Résultat contraire à celui obtenu, l'utilisateur préfère l'absence de fonction (C).*

- = *"Nul / Douteux" : Résultat nul, illogique, non exploitable. C'est notamment le cas lorsque la question et /ou la fonction proposées ne sont pas comprises (N).*

La technique KANO nous a ainsi permis de mesurer la perception des patients vis-à-vis des critères du rapport de certification, et la note sur 10 de hiérarchiser ces critères par ordre d'importance.

Les résultats obtenus :

	Services "Plus"	Hyper-professionnalisme	Obligatoire, la base	Ne concerne pas le patient	Contradictoire	Douteux	Importance /10
1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement	9,90%	13,40%	37,20%	29,10%	6,10%	4,20%	7,64
2a : Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement.	13,90%	9,70%	20,70%	43,50%	9,70%	2,50%	6,03
2b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite	21,30%	16,30%	15,80%	36,00%	7,10%	3,30%	6,54
2c : La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée	14,20%	14,10%	28,20%	31,00%	6,30%	6,30%	7,04
3a : La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement	14,50%	23,40%	37,20%	18,40%	4,30%	2,30%	8,00
3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.	8,40%	23,50%	44,30%	15,50%	3,50%	5,00%	7,91
3c : L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.	15,20%	16,80%	38,30%	20,50%	4,30%	5,10%	7,47
3d : La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels	19,70%	21,60%	24,30%	26,60%	3,90%	4,20%	7,58
3e : Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement	11,00%	23,40%	40,50%	16,30%	3,20%	5,30%	7,18
4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement	13,30%	19,40%	29,40%	26,00%	4,80%	7,10%	5,94
4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.	12,20%	27,80%	28,70%	21,10%	3,90%	6,30%	7,31
5a : La direction et les responsables développent une politique de communication interne	9,30%	13,00%	45,30%	23,90%	3,60%	4,80%	7,21
5b : La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes	7,90%	24,30%	51,80%	11,00%	1,60%	3,60%	8,00

2) Mesure des attentes clients/usagers en matière d'information souhaitée sur les établissements de santé, vue par les professionnels de santé

Dans le but de valider les résultats obtenus lors de l'étude auprès des patients, 201 professionnels de santé ont été interrogés selon la même technique des gang research.

	Effectifs	Pourcentage
Paris	67	33,33%
Agen	68	33,83%
Valence	66	32,84%
Total	201	100,00%

Total: 22 groupes

	Effectifs	Pourcentage
Président CME	19	9,45%
Directeur d'établissement	42	20,90%
Responsable qualité	57	28,36%
Personnel soignant	54	26,87%
Cadre de santé	29	14,43%
Total	201	100,00%

	Effectifs	Pourcentage
CHU	20	9,95%
CH	60	29,85%
CHS	23	11,44%
HL	34	16,92%
CP	29	14,43%
EPnC	1	0,50%
PSPH	34	16,92%
Total	201	100,00%

	Effectifs	Pourcentage
Public	137	68,16%
Privé	64	31,84%
Total	201	100,00%

Ces professionnels ont donc évalué les 138 critères de la HAS en se mettant à la place de leurs patients qui seraient devant leur écran d'ordinateur sur Internet

Les professionnels de santé ont été interrogés de la manière suivante :

Sur le thème: "Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement."	
Si on communique	Si on ne communique pas
1. Cela rassurera certainement le patient	1. Cela n'aura aucune importance pour le patient
2. Cela rassurera peut être le patient	2. Cela n'aurait que peu d'importance
3. Cela lui sera indifférent	3 Je n'ai pas d'avis sur la question
4. Cela ne comptera pas vraiment pour lui	4. Ce serait un peu dommage pour le patient
5. Cela ne comptera pas	5. Ce serait franchement dommage pour le patient
6 Je doute que le patient comprenne	6 Je doute que le patient comprenne
Degré d'utilité de communiquer _ _ / 10	

Les principaux résultats issus de la confrontation des résultats de l'étude réalisée auprès des patients avec l'étude réalisée auprès des professionnels :

- Pas de distorsion entre les résultats de l'étude auprès des professionnels et l'étude auprès des patients. La hiérarchisation de ces critères par intérêt et importance se trouve être pratiquement la même que celle que les patients interrogés auparavant avait faite
- Le fait d'atteindre les critères HAS est considéré comme « normal » pour le patient et « hyperprofessionnel » pour les professionnels

3) *Les représentations graphiques :*

La HAS souhaite publier une **représentation graphique compréhensible** par le grand public des résultats.

Plusieurs représentations graphiques ont été testées auprès de 112 patients, toujours par la technique des gang research.

La représentation graphique suivante est actuellement retenue :

Première page :

- Un rapide descriptif de l'établissement, hôpital ou clinique.
- Pour plus d'information, se reporter aux sites internet indiqués (platines, hôpital.fr ou encore le site de l'établissement)

Deuxième page :

La note d'appréciation de cet établissement sur 10 thèmes regroupant l'ensemble des critères :

- Prise en charge de la douleur ;
- Prise en charge de la fin de vie ;
- Qualité de l'hôtellerie et de la restauration ;
- Hygiène et stérilisation ;
- Respect des droits du patient ;
- Continuité et organisation des soins ;
- Prévention des risques ;
- Management ;
- Prise en charge médicamenteuse ;
- Évaluation des pratiques médicales et soignantes.

Les écarts de notation de cet établissement par rapport à la moyenne nationale calculée sur la base de 1000 établissements.

Troisième page :

Les axes d'amélioration de l'établissement, le cas échéant. Ces axes d'amélioration sur des critères précis formulés dans la majorité des cas par la HAS sont représentés sur un graphique par des points dont la couleur indique le niveau de gravité. Afin de mieux coller aux préoccupations des patients, les critères ont été soumis à un panel de 400 patients et 200 professionnels de santé qui les ont hiérarchisés en fonction de leur intérêt pour eux. Un point correspond à un axe d'amélioration, la couleur indique le niveau d'importance. :

- L'établissement fonctionne très bien sur ce critère
- L'établissement est invité à s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit impérativement s'améliorer sur ce critère

Quatrième page: Le libellé intégral des décisions figure en dernière page de la version synthétique des rapports de certification.



Adresse

Pour plus d'informations www.chu-de-x.fr
www.platines.sante.gouv.fr
www.hopital.fr

Statut : Public

Type de l'établissement : CHU

		Lits d'hospitalisation	Places en ambulatoire
Nombre de lits et places	Médecine, chirurgie, Obstétrique	800 lits	87 places
	Psychiatrie	26 lits	12 places
	Soins de suite et de réadaptation	156 lits	3 places
	Soins longue durée	53 lits	-

Nombre de sites 4 sites sur Y répartis sur l'agglomération Z et 1 site sur XX à km de Y

Activités Toutes les activités d'un CHU sont pratiquées. Toutes les activités et installations techniques d'un CHU sont représentées. Le service d'accueil des urgences accueille plus de 32 000 passages par an

Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité La cuisine centrale (unité centrale de production fait l'objet d'une certification ISO 9001 selon la version 2000, renouvelée en septembre 2004. Le champ couvre la production et le transport jusqu'aux unités relais dans les différents établissements à l'exception de la cuisine, qui reste indépendante (les protocoles qualité de CHU y sont néanmoins appliqués) et en liaison chaude.
 - La blanchisserie centrale bénéficie également de la certification ISO 9001 selon la version 2000 renouvelée par l'AFAQ en juillet 2004. le champ couvre les achats, la collecte, la production et la livraison.

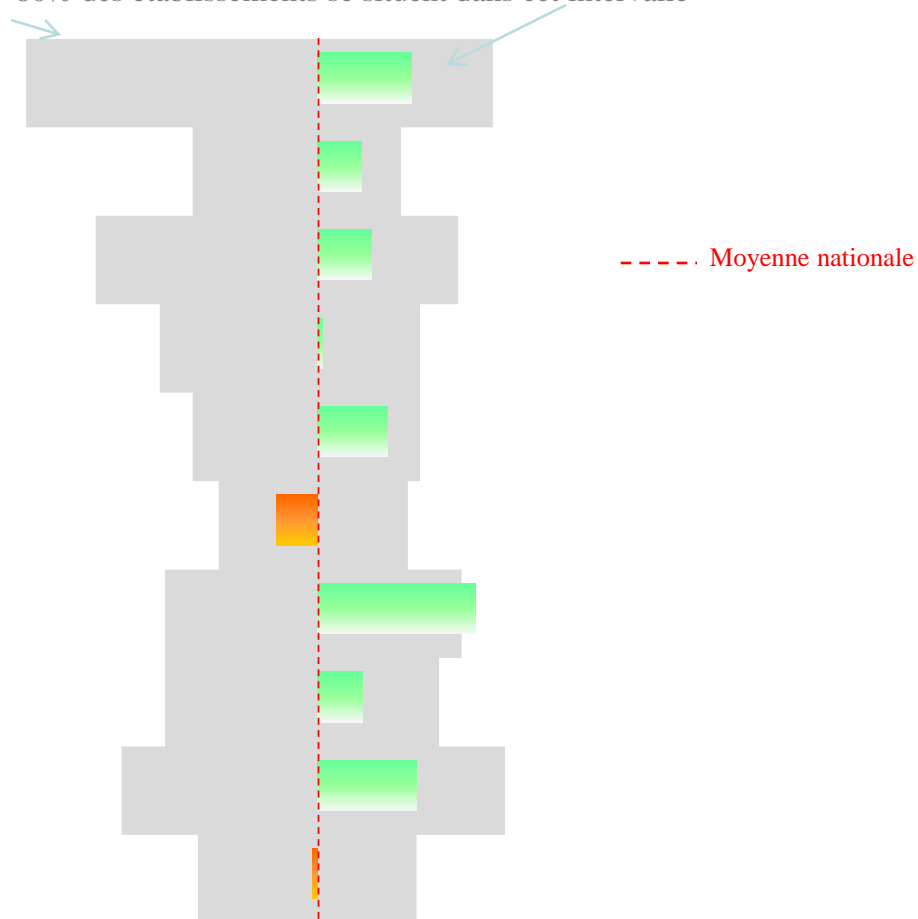


PROFIL DE L'ETABLISSEMENT

(écart par rapport à la moyenne nationale)

80% des établissements se situent dans cet intervalle

THEMES D'EVALUATION	Note sur 10 obtenue par l'établissement	Moyenne nationale
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR _____	8,55	7,79
PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE _____	8,90	8,55
QUALITE DE L'HÔTELLERIE ET DE LA RESTAURATION _____	8,52	8,08
HYGIENE / STERILISATION _____	8,42	8,39
RESPECT DES DROITS DU PATIENT _____	8,65	8,09
CONTINUITÉ ET ORGANISATION DES SOINS _____	7,84	8,19
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE _____	9,24	7,96
PREVENTION DES RISQUES _____	8,34	7,97
EVALUATION DES PRATIQUES MEDICALES ET SOIGNANTES _____	8,50	7,69
MANAGEMENT _____	8,03	8,08





		Axes d'amélioration		
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	●			
PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE	●			
QUALITE DE L'HÔTELLERIE ET DE LA RESTAURATION	●			
HYGIENE / STERILISATION	●			
RESPECT DES DROITS DU PATIENT				●
CONTINUTE ET ORGANISATION DES SOINS			●	
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE				●
PREVENTION DES RISQUES	●			
EVALUATION DES PRATIQUES MEDICALES ET SOIGNANTES	●			
MANAGEMENT				● ●

Légende :

**Un point correspond à un axe d'amélioration.
La couleur indique le niveau d'importance**

- L'établissement fonctionne très bien sur ce critère
- L'établissement est invité à s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit s'améliorer sur ce critère
- L'établissement doit impérativement s'améliorer sur ce critère



		Axes d'amélioration	
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	●		
PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE	●		
QUALITE DE L'HÔTELLERIE ET DE LA RESTAURATION	●		
HYGIENE / STERILISATION	●		
RESPECT DES DROITS DU PATIENT		●	21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.
CONTINUTE ET ORGANISATION DES SOINS		●	22b Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation : La permanence de l'accueil est organisée.
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE		●	31a Médecine, Chirurgie, Obstétrique : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.
PREVENTION DES RISQUES	●		
EVALUATION DES PRATIQUES MEDICALES ET SOIGNANTES	●		
MANAGEMENT		● ●	4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement 7b : La politique d'investissement est optimisée.

La méthode de calcul :

Les rapports d'accréditation se présentent sous la forme suivante :
chacun des 138 critères est noté suivant une lettre (A, B, C ou D)

Certains critères sont notés
par filière de prise en charge

MCO : Médecine/Chirurgie/Obstétrique
PSY : Psychiatrie
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SLD : Soins de longue durée
HAD : Hospitalisation à domicile

	Cotations				
	MCO	PSY	SSR	SLD	HAD
31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.	B	B	B	B	B
31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.	B	A	B	A	A

D'autres critères sont notés au global,
sans faire de distinction entre les filières
de prise en charge

9b : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge	B
9c : La continuité des soins, la dignité, la confidentialité, l'hygiène et la sécurité sont assurées à l'occasion du transport du patient	B
9d : Les approvisionnements des secteurs d'activité sont assurés	A

Afin de mettre en ligne une représentation graphique compréhensible par le grand public, il était indispensable de transformer les lettres A, B, C et D en notes, pour pouvoir effectuer des additions, des moyennes et des écarts à la moyenne.

Pour ce faire, 100 experts visiteurs ont été interrogés par téléphone de la manière suivante :

Lorsque vous avez mis un A à un établissement de soins sur un critère, quelle note pensiez vous donner? (sur 10 ou sur 20)

Et quand sur ce même critère vous avez mis B, vous pensiez donner quelle note ? (sur 10 ou sur 20)

Et quand vous avez mis C, vous pensiez donner quelle note ? (sur 10 ou sur 20)

Et quand vous avez mis D, vous pensiez donner quelle note ? (sur 10 ou sur 20)

Les résultats obtenus par cette étude "à dires d'expert", sur une base de 100 experts :

•A = 9,2375/10

•B = 7,18/10

•C = 4,5438/10

•D = 1,6237/10

Les étapes de l'élaboration d'un rapport d'accréditation court :

Etape I : Les 138 critères sont regroupés en 10 thèmes, sur la base d'un travail entre la HAS et PLM Marketing Research



Etape II : Les cotations A, B, C et D sont remplacées par les notes sur 10 issues de l'étude à dire d'experts



Etape III : Ces 138 critères sont pondérés par le coefficient d'importance du critère vu par le patient lui même

Les étapes de l'élaboration de la version synthétique du rapport de certification

I) Les 138 critères sont regroupés en 10 thèmes :

- 1 - Prise en charge de la douleur
- 2 - Prise en charge de la fin de vie
- 3 - Qualité de l'hôtellerie et de la restauration
- 4 - Hygiène et stérilisation
- 5 - Respect des droits du patient
- 6 - Continuité et organisation des soins
- 7 - Prévention des risques
- 8 – Management
- 9 – Prise en charge médicamenteuse
- 10 - Evaluation des pratiques médicales et soignantes

Prise en charge de la douleur :

26a : La prise en charge de la douleur est assurée.

26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement

26c : Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

Prise en charge de la fin de vie:

38a : La volonté du patient est prise en compte

Soins palliatifs 38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

38c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

39a : Le décès du patient fait l'objet d'une prise en charge adaptée

Décès 39b : Un accueil et un accompagnement de l'entourage sont assurés

39c : Les besoins d'accompagnement psychologique des professionnels sont identifiés et pris en compte.

Qualité de l'hôtellerie et de la restauration :

9a : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en restauration

9b : Une organisation est en place pour assurer la qualité et l'hygiène en blanchisserie et dans le circuit de traitement du linge

22d : Des solutions d'hébergement et de restauration sont proposées aux accompagnants

Hygiène et stérilisation :

	15a : L'hygiène des locaux est assurée.
Hygiène des locaux	15b : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.
	15c : La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air sont adaptés aux secteurs d'activité et aux pratiques réalisées
	15d : L'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée
Stérilisation	14b : Une organisation permettant d'assurer la qualité de la stérilisation est en place

Respect des droits du patient :

	2a : Le respect des droits du patient est inscrit dans les priorités de l'établissement.
	2b : Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient est conduite
Le respect de la dignité	10a : L'écoute des patients est organisée.
	21b : Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge.
	21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée
<hr/>	
	19a : Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses conditions de séjour.
	19b : Le patient reçoit une information coordonnée par les professionnels sur ses soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge.
	19c : Le patient désigne les personnes qu'il souhaite voir informer.
Le dialogue avec le patient et son entourage	19d : Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge.
	20a : La volonté du patient est respectée et son consentement éclairé est requis pour toute pratique le concernant
	24d : La restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale écrite et d'une réévaluation périodique.
	24e : En unité de soins de longue durée, un projet de vie est individualisé pour chaque résidant en prenant en compte ses souhaits.
	36a : Un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient

Respect des droits du patient :

La recherche de la satisfaction du patient	43a : Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration. 43b : Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises
La confidentialité du dossier du patient	21a : La confidentialité des informations relatives au patient est garantie
La prise en compte des situations particulières	22a : L'accueil et les locaux sont adaptés aux handicaps du patient et/ou de son entourage. Organisée 22c : Une procédure spécifique d'accueil des détenus est organisée dans les établissements concernés

Continuité et organisation des soins :

4b : Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.

10b : Le programme d'amélioration continue de la qualité est formalisé, comporte des objectifs précis et inclut les résultats issus des différentes formes d'évaluations

10c : La formation des professionnels à la qualité est assurée

10d : Le déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé

Process en vue
d'améliorer la
qualité des soins

14c : La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux est assurée.

23d : La disponibilité des lits d'hospitalisation est régulièrement évaluée et analysée au sein de l'établissement

32a : Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles

34a : La participation de l'établissement aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus est définie.

34b : Les professionnels et le public sont sensibilisés au don d'organes et de tissus

Continuité et organisation des soins :

23a : L'accueil de toute personne se présentant pour une urgence est organisé par des professionnels formés à cet effet.

23b : Selon le degré d'urgence, une prise en charge, une réorientation ou un transfert sont organisés dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.

23c : Le recours à un avis spécialisé est organisé selon les besoins.

24a : Le patient et, s'il y a lieu, son entourage, sont partie prenante dans l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique.

24b : Le projet thérapeutique prend en compte l'ensemble des besoins du patient et organise la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

24c : La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient.

25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte

25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée

25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque

25f : Les escarres font l'objet d'une prévention.

27a : Des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins.

29a : La prescription d'examen est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

29b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies

29c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais

30a : La prescription d'examen est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

30b : Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

30c : La transmission des résultats répond aux besoins des utilisateurs en termes de qualité et de délais.

32c : Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives.

35a : La prise en charge pluriprofessionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives.

Optimisation de
la prise en charge

Continuité et organisation des soins :

9c : La continuité des soins, la dignité, la confidentialité, l'hygiène et la sécurité sont assurées à l'occasion du transport du patient

22b : La permanence de l'accueil est organisée.

25e : Le risque suicidaire est pris en compte

27b : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée

Continuité des
soins

28c : L'information contenue dans le dossier du patient est accessible, en temps utile, aux professionnels en charge du patient.

32b : Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré-, per- et postinterventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent, à chaque étape, une transmission précise, orale et écrite, des informations

37a : Le patient, son entourage et les professionnels intervenant en aval sont associés à la planification de la sortie

37b : La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge.

Continuité et organisation des soins :

28a : Les règles de tenue du dossier sont connues et appliquées par les différents intervenants

Gestion du
dossier patient

28b : L'information contenue dans le dossier du patient est actualisée tout au long de sa prise en charge et également après sa sortie.

28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées

Prévention des risques :

Identification du patient

18b : Une identification fiable et unique du patient est assurée.

Prévention des infections nosocomiales

13a : Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place

13b : Des dispositions sont mises en oeuvre pour assurer la prévention et la maîtrise du risque infectieux

13d : Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel

14a : Le prétraitement et la désinfection des dispositifs médicaux non autoclavables font l'objet de dispositions connues et appliquées par les professionnels concernés

Prévention des risques :

6a : La direction et les instances définissent les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques

6b : L'établissement définit et met en oeuvre une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en cohérence avec la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.

11a : L'établissement recense et utilise toutes les sources d'information dont il dispose concernant les risques

11b : La gestion des risques est organisée et coordonnée

11c : Les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.

Identification des risques

12c : La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée

12d : Une coordination est assurée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilances.

13e : Un dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place

25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention

33a : Une organisation permettant d'assurer la qualité en radiothérapie est en place

44d : L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée

Prévention des risques :

Sécurité établissement de soins	16a : La sécurité des bâtiments, des installations et des équipements fait l'objet d'un suivi
	16b : La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée
	16c : La maintenance préventive et curative est assurée.
Sécurité des biens du patient	17a : La conservation des biens est organisée.
	17b : Des mesures préventives pour assurer la sécurité des personnes sont mises en oeuvre

Management :

Etablissement de soins, entreprise citoyenne

1a : Les orientations stratégiques prennent en compte les besoins de la population en termes de soins et de prévention

1b : Les orientations stratégiques organisent la complémentarité avec les autres établissements du territoire de santé et la participation aux réseaux de santé.

1c : La direction, les instances délibératives et consultatives et les responsables des secteurs d'activité définissent et mettent en oeuvre les orientations stratégiques.

1d : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement

2c : La participation des représentants des usagers à la politique d'amélioration des services rendus de l'établissement est organisée

Management :

3a : La politique des ressources humaines est formalisée en cohérence avec la mission et la stratégie de l'établissement

3b : Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

3d : La politique des ressources humaines favorise la motivation des personnels

4a : La politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement

5b : La direction et les responsables développent une politique de communication à destination du public et des correspondants externes

7a : L'établissement met en oeuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts.

Etablissement de soins, entreprise modèle dans sa gestion 7b : La politique d'investissement est optimisée.

8a : Le recrutement de l'ensemble des personnels est organisé

8d : L'évaluation des personnels est mise en oeuvre.

8e : La gestion administrative des personnels assure la qualité et la confidentialité des informations individuelles

9d : Les approvisionnements des secteurs d'activité sont assurés

18a : Le système d'information est organisé pour faciliter la prise en charge des patients.

44a : Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en oeuvre

44b : Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs

44c : Une évaluation du système d'information est mise en oeuvre

44e : Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.

44f : La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.

Management :

Gestion et diffusion documentaire	3c : L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines.
	10e : La gestion documentaire est assurée
	18c : La sécurité du système d'information est assurée.
	11d : La gestion d'une éventuelle crise est organisée.
Gestion de crise	11e : L'organisation des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels est en place
	12b : Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé est en place.
	3e : Le dialogue social est organisé au sein de l'établissement
	5a : La direction et les responsables développent une politique de communication interne
Etablissement de soins, entreprise sociale	8b : L'accueil et l'intégration des personnels sont assurés
	8c : La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels.
	43c : La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte

Prise en charge médicamenteuse :

12a : La traçabilité des produits de santé est assurée

13c : Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.

31a : Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées.

31b : Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées.

31c : Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.

31d : Les demandes urgentes de médicaments peuvent être satisfaites à tout moment par un personnel habilité

Evaluation des pratiques médicales et soignantes :

40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée

41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.

42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation

Les étapes de l'élaboration d'un rapport de certification court :

II) Les cotations A, B, C et D sont remplacées par les notes sur 10 issues de l'étude à dire d'experts

Exemple sur le thème "évaluation des pratiques médicales et soignantes" qui regroupe les critères suivants :

40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée
41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.
42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation

	Cotation du rapport d'accréditation
40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée	A
41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.	B
42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation	B

→ Chaque cotation est remplacée par la note sur 10 à laquelle elle correspond :

→ A=9,24
B=7,18
C=4,54
D=1,62

Note sur 10
9,2375
7,18
7,18

Lorsqu'un critère est noté par filière de prise en charge

La note globale du critère est la moyenne des notes des filières de prise en charge

	MCO	PSY	SSR	SLD	HAD	Note globale, toutes filières de prise en charge confondues
25a : L'état nutritionnel du patient est évalué et ses besoins spécifiques sont pris en compte	7,18	9,2375	7,18	7,18	7,18	7,69
25b : Les conduites addictives sont identifiées et font l'objet d'une prise en charge adaptée	7,18	9,2375	7,18	7,18	7,18	7,69
25c : La maladie thromboembolique fait l'objet d'une prévention dans les situations à risque	9,2375	9,2375	7,18	7,18	9,2375	8,21
25d : Les chutes des patients font l'objet d'une prévention	9,2375	9,2375	9,2375	9,2375	9,2375	9,2375

III) Chaque cotation est pondérée par le coefficient d'importance du critère vu par le patient. **Il s'agit de la note sur 10 attribuée au critère par les patients**, les pondérations attribuées par les professionnels étant quasiment identiques à celles des patients.

Evaluation des pratiques médicales et soignantes				<i>Coefficient d'importance du critère vu par le patient déterminé au cours des groupes (base : 286 personnes)</i>		Score
	40a : La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée	9,2375	X	7,02	=	64,87
	41a : Les professionnels identifient a priori les actes, processus, pratiques à risque et/ou a posteriori les événements indésirables. Ils mettent en oeuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.	7,18	X	7,55	=	54,21
	42a : La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation	7,18	X	6,23	=	44,75
				Somme =20,8		Somme = 163,83

La note du thème "Evaluation des pratiques médicales et soignantes" est donc :

$$\frac{163,83}{20,8} = 7,88 / 10$$

Chacun des 10 thèmes comprend un nombre différent de critères.

De ce fait, le poids des critères est variable, d'une part selon la pondération donnée par les patients et d'autre part, selon le nombre de critères figurant dans le thème.

Il peut donc arriver qu'un établissement obtienne une note supérieure à la moyenne avec une ou des décisions concernant des critères de ce thème.

A l'inverse, un établissement peut obtenir une note inférieure à la moyenne sans avoir eu de décision(s), seule la cotation étant prise en compte (et non les décisions) pour le calcul de la moyenne de l'établissement.