



La certification des établissements de santé pour la qualité des soins

1^{er} décembre 2020

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Définition

PORTER UNE APPRÉCIATION INDÉPENDANTE SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Dispositif
d'évaluation
externe
obligatoire
depuis 1996

Tout
établissement
de santé, public
ou privé

Tous les 4 ans
par des pairs
mandatés par
la HAS
(experts-visiteurs)

Diffusion
publique des
résultats

Accréditation
du dispositif par
l'ISQua



Finalité

APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE ET ÉQUILBRÉE AUX ATTENTES



DES USAGERS

connaissance du niveau de qualité
et de sécurité des soins d'un
établissement de santé



DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

outil de management interne
et amélioration des pratiques



DES AUTORITÉS DE TUTELLE

rôle dans la régulation
par la qualité

PATIENTS, SOIGNANTS, UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

Les orientations de la nouvelle certification

RECENTRER SUR LE SOIN

-○ Passer d'une culture de moyen à la culture du résultat
-○ Développer la pertinence pour le patient
-○ Des experts-visiteurs médecins plus nombreux
-○ Des méthodes d'évaluation en lien direct avec le cœur de métier des soignants, et donc de l'établissement

SIMPLIFIER

-○ Simplifier le dispositif de la visite à la décision
-○ Outils et sémantique plus clairs

S'ADAPTER

-○ Des critères adaptés aux spécificités de chaque établissement
-○ Valoriser la capacité d'adaptation des équipes

Les 4 enjeux de la certification



ENGAGEMENT
DU PATIENT



CULTURE
DE L'ÉVALUATION
DE LA PERTINENCE
ET DU RÉSULTAT



TRAVAIL
EN ÉQUIPE



ADAPTATION
AUX ÉVOLUTIONS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le référentiel : une rupture



Un **seul document**



Un **nouveau système d'information (CALISTA)**



Une **transparence** des méthodes traceurs
Une **simplification** de la préparation



Une **cotation ciblée sur le résultat et basée sur la moyenne** et non plus sur les seuls écarts



Un **rapport plus synthétique**

Une dénomination explicite

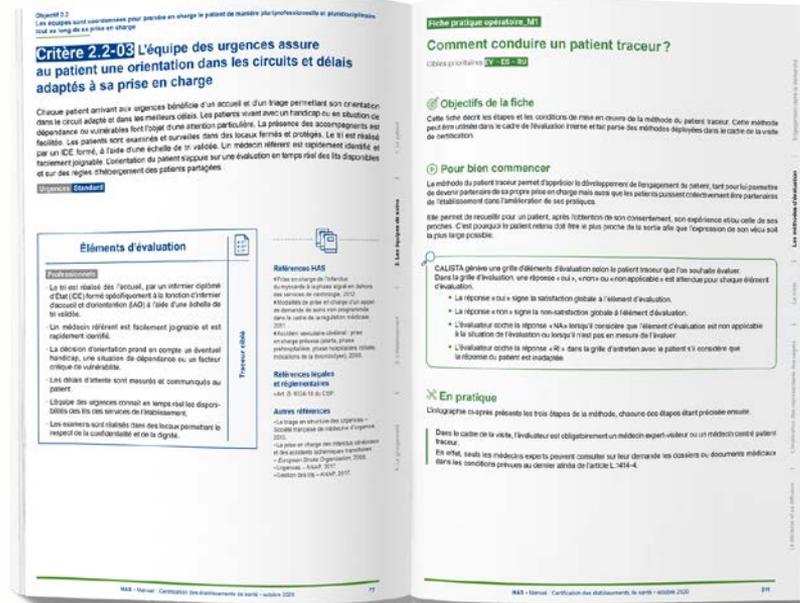


Le référentiel de certification

Référentiel

Fiches critères

Fiches pratiques



LE MANUEL



Le référentiel de certification

3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE
SOINS



L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ

Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication est recherchée

Le patient est respecté

Les proches et/ou aidants
sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec
l'accord du patient

Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises
en compte dans le cadre de sa prise en charge

Chapitre 1 : Le patient



Un chapitre consacré au résultat pour le patient

-○ Promouvoir le recueil & l'exploitation de l'expression du patient
-○ Initiatives pour rendre le patient acteur de sa prise en charge

Personnalisation du service rendu en fonction de ses vulnérabilités patient en situation de handicap, âgé, mineur,...

Chapitre 2 : Les équipes de soin



La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et partagée avec le patient

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri-professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

Chapitre 2 : Les équipes de soin



Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat :

L'objet n'est pas d'évaluer la pertinence et les résultats mais l'appropriation de cette culture d'analyse et d'évaluation par les équipes

Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques :

-○ L'équipe protège le patient mais aussi ses membres
-○ L'équipe est la clé de voute de la sécurité

Chapitre 3 : L'établissement de santé



L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

La gouvernance fait preuve de leadership

L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de QVT impulsée par la gouvernance

L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Chapitre 3 : L'établissement de santé



Un 3^{ème} chapitre clé de voute de la qualité et de la sécurité des soins par un management global et fédérateur de la qualité

Structure du référentiel



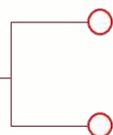
I
LE PATIENT



II
LES ÉQUIPES
DE SOINS



III
L'ÉTABLISSEMENT



OBJECTIF

OBJECTIF



CRITÈRE GÉNÉRIQUE

CRITÈRE SPÉCIFIQUE

FICHE CRITÈRE

FICHE CRITÈRE

Des critères adaptés

TYPES DE CRITÈRES

```
graph TD; A[TYPES DE CRITÈRES] --- B[Un référentiel adapté au profil de chaque établissement de santé]; A --- C[Une évaluation de certification priorisée];
```

Un référentiel adapté au profil de chaque établissement de santé

(90)

GÉNÉRIQUE

s'appliquant à l'ensemble
des établissements de santé

(41)

SPÉCIFIQUE

Population, activité, mode de prise en charge

Une évaluation de certification priorisée

(15)

IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus voir"

(111)

STANDARD

Les attendus

(5)

AVANCÉ

Les standards de demain

Les fiches critères

Objectif 2.2
Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

Critère 2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Chaque patient arrivant aux urgences bénéficie d'un accueil et d'un triage permettant son orientation dans le circuit adapté et dans les meilleurs délais. Les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance ou vulnérables font l'objet d'une attention particulière. La présence des accompagnants est facilitée. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux fermés et protégés. Le tri est réalisé par un IDE formé, à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est rapidement identifié et facilement joignable. L'orientation du patient s'appuie sur une évaluation en temps réel des lits disponibles et sur des règles d'hébergement des patients partagées.

Urgences Standard

Éléments d'évaluation	
Professionnels Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'Etat (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'ordonner d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié. La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité. Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient. L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement. Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.	Références HAS # Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012 # Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011 # Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolysé), 2009. Références légales et réglementaires • Art. D. 6124-16 du CSP. Autres références • La triage en structure des urgences – Société française de médecine d'urgence, 2013. • La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires – European Stroke Organisation, 2008. • Urgences – ANAP, 2017. • Gestion des lits – ANAP, 2017.

Tracéur ciblé

HAS - Manuel : Certification des établissements de santé - octobre 2020 77

Intitulé critère et descriptif

Champ d'application & niveau d'exigence

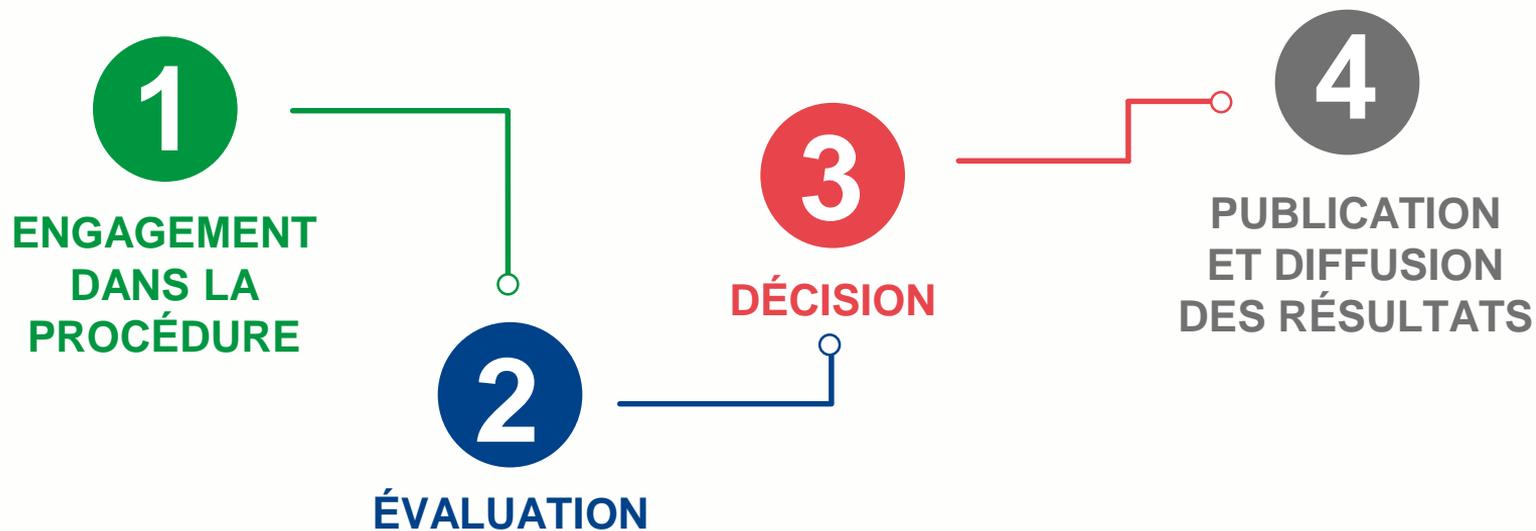
Éléments d'évaluation

Références

Méthode(s) d'évaluation à employer



La démarche de certification en pratique



La démarche de certification en pratique...

1

**ENGAGEMENT
DANS LA
PROCÉDURE**

Un référentiel adapté au profil de l'établissement

- Un profil prédéfini sur la base de la SAE, du PMSI et des IQSS
- Une plateforme d'accès à toutes les informations de l'établissement de santé : sa démarche, ses échanges, ses supports d'information et de formation, ses bilans qualité

Une préparation de la visite allégée et conjointe avec la HAS

La démarche de certification en pratique...

2

ÉVALUATION

Une transparence des méthodes d'évaluations

-○ Une évaluation interne laissée à la main des établissements
-○ Des profils d'experts-visiteurs médicalisés et un dimensionnement des traceurs adapté au profil
-○ Un accès aux résultats dès la fin de la visite

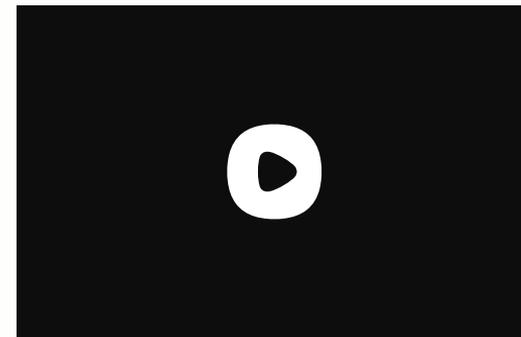
Les 5 méthodes d'évaluation

2

—○ Méthode privilégiée : Les traceurs

-○ Cible les résultats
-○ Approche médicalisée
-○ Allège le temps d'investissement des établissements (- de préparation)

ÉVALUATION



Audit système



Traceur ciblé



Patient traceur



Parcours traceur



Observations

Saisie des évaluations



Patient traceur



Parcours traceur



Traceur ciblé



Audit système



Observations

Chaque élément
d'évaluation fait
l'objet d'une
réponse.
La moyenne
permet
ensuite de
calculer sa note.



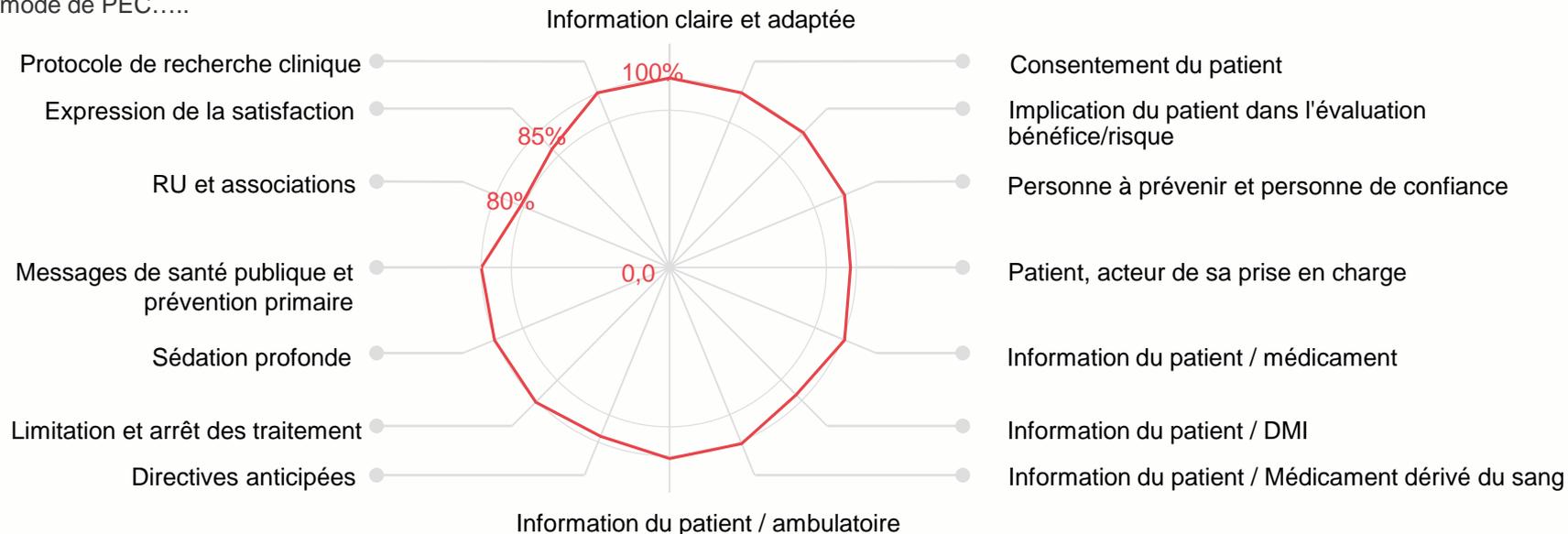
Ces
réponses
permettent
de noter
un critère.

Visualisation des résultats

OBJECTIF 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée

→ Ces représentations peuvent se faire par chapitre, par objectif, par secteur, par population, par mode de PEC.....

Exemple



Plus simple, plus lisible et permettant aux établissements de se valoriser et de s'améliorer.

Les comptes qualité

2

ÉVALUATION

- Une structuration des résultats déclinés selon le référentiel : chapitres / objectifs / critères
- Leur analyse synthétique



Une analyse agrégée et comparative possible pour un groupement d'établissements.

Pour les GHT : une synchronisation des visites sur une période resserrée

La démarche de certification en pratique...

3

DÉCISION



Nouvelle visite sous 4 ans

Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois

Visite reprogrammée entre 12 à 24 mois

La démarche de certification en pratique...

4

PUBLICATION
ET DIFFUSION
DES RÉSULTATS

Rapport de
certification

Établissement de santé concerné

Diffusion publique



ARS



S'approprier la nouvelle certification



Calendrier

NOV
2020

Lancement
du dispositif
(*procédure,
référentiel,
supports
d'information
et CALISTA*)

AVRIL
2021

Premières visites pour les
établissements
de santé
volontaires

SEPT
2021

Réalisation des autres
visites

← Événements : rencontres régionales
et participation aux événements des parties prenantes →

→ Le calendrier
sera adapté selon
l'évolution de la
crise sanitaire.

La certification pour la qualité des soins

Une démarche pragmatique qui laisse l'initiative aux équipes d'organiser leurs pratiques pour atteindre les résultats par les méthodes qu'ils jugent les plus appropriées :

- Une implication accrue du patient
- Une meilleure coordination des équipes
- Une dynamique d'amélioration continue des soins

La certification pour la qualité des soins

Nous remercions tous les participants
au développement de la certification des établissements
de santé pour la qualité des soins.

**Patients, soignants,
un engagement partagé**

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

