



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Bilan de la 4^{ème} version de la certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins

V2014: 2015-2022

Validé par le Collège le 6 avril 2023

Descriptif de la publication

Titre	Bilan de la 4^{ème} version de la certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins V2014: 2015-2022
Méthode de travail	
Objectif(s)	Etablir le bilan de la quatrième version de la certification des établissements de santé, dite V2014, pilotée par la HAS entre janvier 2015 et décembre 2022.
Cibles concernées	Professionnels de santé, gouvernance des établissements de santé, autorité de régulation, représentants des usagers, usagers.
Demandeur	/
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Service Certification des Etablissements de Santé
Recherche documentaire	/
Auteurs	Anne CHEVRIER, Loïc KERIBIN, Patrick MECHAIN, Frédéric CAPUANO, Mohammed MA-KHOUKH
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 6 avril 2023
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2023 – ISBN :

Sommaire

Introduction	4
1. Le périmètre de la certification	5
2. Le cycle continu des évaluations : la visite et le compte-qualité	6
3. Le référentiel : l'exigence de la HAS en matière de qualité et sécurité des soins.	7
4. Les méthodes d'évaluation	8
5. L'évaluation par les pairs : les experts-visiteurs.	9
6. Les conclusions de l'évaluation : la décision	10
7. Le suivi de la décision, un dispositif progressif	12
8. Résultats par thématique	14
8.1. Les thématiques génériques, évaluées lors de chaque visite	14
8.2. Les thématiques spécifiques, évaluées en fonction de l'activité de l'établissement	16
9. Quel impact et quelle satisfaction pour la V2014 ?	18
Table des annexes	20
Abréviations et acronymes	25

Introduction

La Haute Autorité de santé (HAS) a pour mission de certifier les établissements de santé publics et privés depuis les ordonnances de 1996. Cette procédure d'évaluation vise à évaluer le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Elle est effectuée par des professionnels mandatés par la HAS, appelés experts-visiteurs, et est indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients est évalué lors d'une visite de l'établissement en référence à des critères collectivement définis par les professionnels et les usagers.

La certification a débuté il y a plus de 20 ans pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle a stimulé une démarche collective d'amélioration continue qui a constamment évolué au fil des itérations et répondait à une attente légitime de plus grande transparence sur la qualité du service rendu, pour les patients et leurs représentants, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels de santé.

La première procédure (dite V1) date de juin 1999. Elle a permis de développer la culture de qualité et de sécurité des soins et d'impliquer les établissements dans une démarche d'amélioration continue. La deuxième version (dite V2-V2007) de la certification, lancée en 2005, introduisait l'évaluation des pratiques professionnelles dans les unités de soins. La troisième version (dite V2010) a mis en place une exigence accrue en termes de prise en charge du patient et de gestion des risques. Débutée en 2015, la quatrième version (dite V2014) renforce la capacité des établissements de santé à identifier et maîtriser leurs risques et mobilise ainsi les professionnels et les représentants des usagers sur les enjeux de qualité et de sécurité des soins. Reprenant le référentiel de la troisième version (V2010), accrédité par l'ISQua¹ en 2010, elle introduit le compte qualité, l'audit processus et la méthode du patient traceur. Cette 4^{ème} version, débutée en 2015 et temporairement suspendue pendant la crise sanitaire, est arrivée à son terme le 31 décembre 2022.

Depuis avril 2021, la HAS déploie la cinquième version de la certification. Cette nouvelle version a pour ambitions de renforcer la médicalisation la certification, de mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge du patient, de simplifier la démarche, de valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. Ce dernier référentiel des établissements de santé pour la qualité des soins a également été accrédité par l'ISQua en 2021.

¹ International Society for Quality in Health Care

1. Le périmètre de la certification

Tous les établissements de santé publics et privés de France exerçant une activité sanitaire (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, santé mentale et hospitalisation à domicile) sont tenus de se soumettre à une procédure de certification.

Les activités sociales et médico-sociales ne sont pas concernées par cette obligation, même si elles sont exercées dans un établissement sanitaire.

La démarche de certification est par principe menée au niveau d'une entité juridique, qu'elle soit composée d'une ou plusieurs entités géographiques.

Par exception, pour les plus grandes, l'entité juridique peut être décomposée en plusieurs démarches. La Haute Autorité de santé peut aussi organiser une démarche unique entre plusieurs entités juridiques lorsque cela est pertinent en termes de positionnement des établissements sur un territoire, de lisibilité pour les usagers et de cohérence des projets d'établissement, notamment du projet médical.

Ainsi, **2374** démarches ont été engagées dans la 4^{ième} version de la certification des établissements de santé, soit 2176 entités juridiques et 8228 entités géographiques. Pour le 5^{ième} version, ce chiffre est relativement stable puisqu'au 31 décembre 2022, 2420 démarches sont engagées. De plus, le périmètre pour la 5^{ème} version a été élargi aux SAMU/SMUR.

2. Le cycle continu des évaluations : la visite et le compte-qualité

La certification V2014 est cyclique afin de garantir la continuité de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Par principe, elle commence par une autoévaluation, le compte qualité, qui est transmis à la HAS six mois avant la visite, puis tous les 24 mois. Le compte qualité est une analyse des risques de l'établissement qui regroupe son diagnostic et ses plans d'action pour améliorer la qualité et réduire ses risques. De plus, les conclusions des contrôles et inspections menées par d'autres agences d'évaluation y sont inscrites pour garantir que l'établissement déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

Elle se poursuit par une visite sur site organisée tous les 4 à 6 ans par une équipe de professionnels de santé recrutés, formés et évalués par la HAS, les experts-visiteurs.

Par exception, pour s'assurer du suivi de certains dysfonctionnements constatés lors des visites, la HAS peut intégrer dans ce cycle des visites de suivi ou des comptes-qualités supplémentaires.

Il y a eu **3000 visites** au total.

- ➔ Parmi ces visites, **2370 ont été réalisées lors du premier cycle** qui a débuté en janvier 2015 et s'est terminé en décembre 2018, tandis que **320 ont été effectuées lors du second cycle** qui a commencé en janvier 2019 et a été suspendu en mars 2020 en raison de la crise sanitaire.
- ➔ Il y a également eu **310 visites de suivi** organisées à la demande de la HAS pour vérifier que les écarts constatés lors d'une visite du premier ou du second cycle ont été corrigés.

Il y a eu **5449 comptes-qualités** au total. Sur ces 5449 comptes-qualités, 819 ont été envoyés à la demande de la HAS pour vérifier que les écarts constatés lors d'une visite du premier ou du second cycle ont été corrigés.

Le compte-qualité était utilisé pour répondre à une obligation d'auto-évaluation prévue par l'article R. 6113-13 du Code de la santé publique. Cet article imposait aux établissements de santé de réaliser une auto-évaluation avant une visite sur site et de communiquer les résultats à la Haute Autorité de santé (HAS).

S'appuyant sur une étude IPSOS de 2018 dans laquelle seuls 9% des établissements interrogés se déclaraient satisfaits du compte-qualité et pour simplifier le processus de certification, cet article a été abrogé dans la 5ème version de la certification. Les établissements peuvent désormais réaliser une évaluation interne en utilisant le référentiel et les méthodes qui seront utilisés par les experts-visiteurs lors de leur visite, mais ils ne sont plus obligés de le faire et de transmettre les résultats à la HAS.

3. Le référentiel : l'exigence de la HAS en matière de qualité et sécurité des soins.

Pour garantir la reproductibilité de leurs évaluations, les experts-visiteurs se réfèrent à un référentiel de certification élaboré en 2009 pour la 3^{ème} version de la certification, et mis à jour en 2014 pour la 4^{ème} version.

Ce référentiel est divisé en deux chapitres distincts :

- ➔ Le management de l'établissement
- ➔ La prise en charge du patient.

Chacun de ces chapitres est ensuite subdivisé en critères, dont certains sont considérés comme des pratiques essentielles et sont donc soumis à une exigence renforcée.

S'inspirant de cette logique de priorisation de critères sur lesquels l'exigence est renforcée, le référentiel publié à l'occasion de la 5^{ème} version de la certification cible 17 critères dits impératifs sur des pratiques à risques que la HAS entend voir éradiquer.

Pour la V2014, la HAS a fait le choix de regrouper ces critères en 26 thématiques :

- ➔ **5 thématiques génériques** évaluées lors de chaque visite : le management de la qualité et des risques, les droits du patient, son parcours, son dossier et le management de la prise en charge médicamenteuse
- ➔ **9 thématiques spécifiques** évaluées en fonction de l'activité de l'établissement : les urgences, le bloc opératoire, les secteurs à risques (endoscopie, salle de naissance, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle radiothérapie, la gestion des équipements au domicile pour les patients en hospitalisation à domicile)
- ➔ **12 thématiques personnalisées** évaluées si des risques sont identifiés en amont ou pendant la visite : le management stratégique, la gestion des ressources humaines, le système d'information, la qualité de vie au travail, les soins palliatifs, la douleur, l'identification des patients, le don d'organes, la logistique, le développement durable, la biologie et l'imagerie médicale

S'inspirant de cette logique, le référentiel publié à l'occasion de la 5^{ème} version de la certification prévoit des critères génériques applicables à tous les établissements et des critères spécifiques applicables en fonction de l'activité réelle de l'établissement (SSR, SLD, santé mentale), des secteurs à risques (bloc et secteur interventionnel, maternité, urgences, SAMU/SMUR, soins critiques), des modes d'hospitalisation (ambulatoire, à domicile), de la population accueillies (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap.)

4. Les méthodes d'évaluation

En V2014, les experts-visiteurs utilisent deux méthodes d'évaluation : l'audit de processus et le patient traceur.

- **L'audit de processus** consiste à évaluer la maîtrise et la capacité d'un processus à atteindre ses objectifs. Les experts-visiteurs évaluent la stratégie d'amélioration, sa mise en œuvre, l'atteinte des objectifs et la définition de nouveaux objectifs d'amélioration. **6803 audits** de processus ont été réalisés en V2014.
- **Le patient traceur** consiste à évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient en rencontrant le patient et l'équipe médicale et paramédicale qui le prend en charge. Entre janvier 2015 et décembre 2022, **10723 patients et équipes** ont été rencontrés. A noter que les résultats issus des patients traceurs servaient à illustrer les résultats des audits de processus.

Forte de l'adhésion des professionnels de terrain à la méthode du patient-traceur (88% des établissements interrogés dans l'étude IPSOS de 2018 se déclarent satisfaits), la HAS en a démultiplié le nombre passant de 4 patients-traceurs en moyenne par visite V2014 à 10 pour la 5^{ème} version de la certification. Ainsi, depuis avril 2021, ce sont déjà plus de 8000 patients qui ont été rencontrés.

5. L'évaluation par les pairs : les experts-visiteurs.

La certification est effectuée par des professionnels (des pairs), recrutés, formés et missions par la HAS : les experts-visiteurs. En V2014, 516 experts-visiteurs (données 2018) dont 30% de médecins soit 8328 missions qui ont été réalisées par des médecins, paramédicaux, gestionnaires, pharmaciens, sage-femmes, etc.

Tableau 1 : Répartition des profils des experts-visiteurs mandatés en V2014

	Nombre de missions	Pourcentage
Médecin	2405	29%
Paramédical	2907	35%
Gestionnaire	2371	28%
Autres (pharmacien, sage-femme, etc.)	645	8%

En médiane, une visite du premier ou du second cycle est réalisée par 3 experts-visiteurs. S'agissant des visites de suivi, le dimensionnement médian est de 2 experts-visiteurs.

En 2018, la communauté des experts-visiteurs étaient composée 516 membres dont 30% de médecins.

En V2014, seules 70% des visites intégraient un médecin dans l'équipe d'experts-visiteurs. Pour atteindre son objectif de médicalisation de la certification, la HAS a mené plusieurs campagnes de recrutement et créer un nouveau profil d'experts-visiteurs : le médecin centré patient-traceur. Ce médecin est missionné pour une journée de visite pendant laquelle il réalise des évaluations grâce à la méthode du patient traceurs. Ainsi, pour la 5^{ième} version de la certification, toutes les visites intègrent désormais, au moins, un médecin.

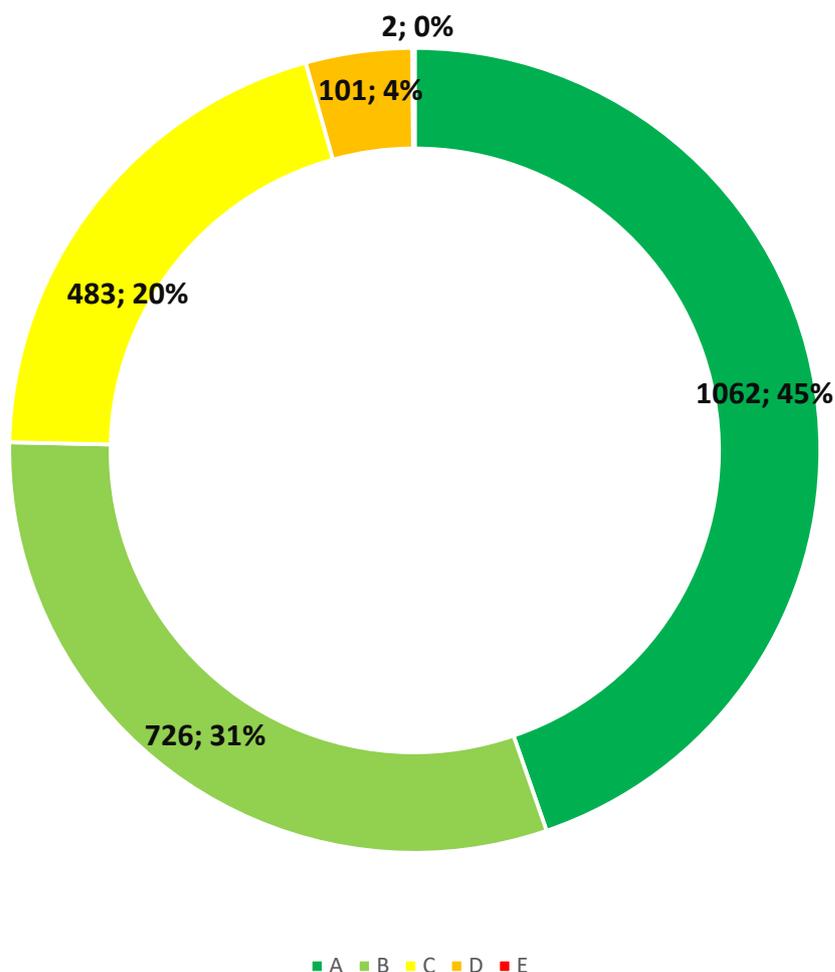
Désormais, après validation de leur formation (atteinte d'un score de 80% sur les tests post-formations distancielles et présentiels) et un tutorat lors de leur première visite, les experts-visiteurs reçoivent une habilitation.

6. Les conclusions de l'évaluation : la décision

A l'issue d'une visite sur site, et au regard de l'atteinte ou non des attendus du référentiel, la HAS peut prononcer l'un des 5 niveaux de certification :



Graphique 2 : Répartition des décisions de certification après une visite de 1^{er} ou de 2nd cycle



La décision de certification est publique et accessible, antérieurement sur Scope Santé et sur le site internet de la HAS, et désormais sur [Qualiscope](#). Elle est transmise à l'autorité de tutelle des établissements, dans la grande majorité des cas : l'Agence régionale de santé. L'établissement doit en assurer une large communication.

[Qualiscope](#) est un espace d'information sur la qualité des établissements de santé qui permet à tous de s'informer sur le niveau de qualité des hôpitaux et cliniques :

- ➔ Niveau de certification pour la qualité des soins ;
- ➔ Résultats annuels des indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins.

Pour renforcer la lisibilité des décisions de certification, la HAS a développé, pour la 5^{ème} version de la certification, 4 macarons miroir des 4 niveaux de certification



7. Le suivi de la décision, un dispositif progressif

A

Les établissements certifiés (A) le sont pour 6 ans. L'établissement transmet à la HAS un compte-qualité tous les deux ans, qui lui permet d'évaluer la continuité de la démarche

B

Les établissements certifiés avec recommandation d'amélioration (B) le sont pour 4 ans :

- L'établissement transmet un compte-qualité tous les deux ans, qui permet à la HAS d'évaluer la continuité de la démarche
- Il peut également solliciter une visite non annoncée pour lever les recommandations d'amélioration et donc être certifié (A)

C

Les établissements certifiés avec obligation d'amélioration (C) le sont pour un an.

A cette échéance :

- Si un compte-qualité ou une visite permettent de constater que les dysfonctionnements ont été résolus, l'établissement sera certifié (A), éventuellement avec des recommandations d'amélioration (B).
- A défaut, l'établissement sera non-certifié (E).

D

Les établissements en sursis à certification (D) le sont pour 6 mois.

A cette échéance :

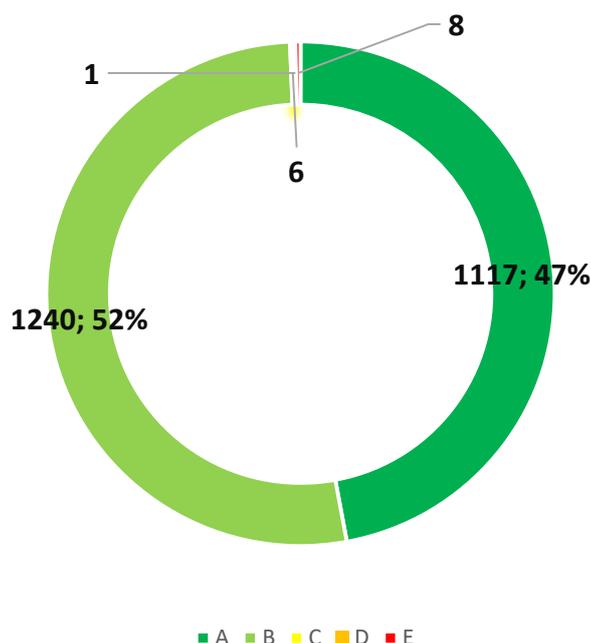
- Si une visite permet de constater que les dysfonctionnements ont été résolus, l'établissement sera certifié (A), éventuellement avec des recommandations d'amélioration (B) voire des obligations d'amélioration (C) – auquel cas, il rejoint le régime décrit précédent.
- A défaut, l'établissement sera non-certifié (E).

E

Les établissements non-certifiés (E) le sont pour deux ans maximum, à l'issue desquels, ils doivent se réengager dans un cycle de certification.

In fine, tous les établissements engagés en V2014 finissent leur cycle de certification certifiés (A), éventuellement avec des recommandations d'amélioration (B) ou non-certifiés (E)

Graphique 2 : Répartition des décisions après suivi des dysfonctionnements constatés pendant une visite du 1^{er} ou du 2nd cycle.



- ➔ Par définition, les 1062 établissements certifiés (A) le sont restés.
- ➔ Sur les 726 établissements certifiés avec recommandations d'amélioration, **2** ont été certifiés (A)
- ➔ Sur les 483 établissements certifiés avec obligations d'amélioration (C)
 - **51**, soit **11%**, ont finalement été certifiés (A)
 - **423**, soit **88%**, ont finalement été certifiés avec recommandations d'amélioration (B)
 - **3** sont non-certifiés (E)
 - **6** le sont restés en dérogation à la procédure*
- ➔ Sur les 101 établissements en sursis à certification (D)
 - **2** ont finalement été certifiés (A)
 - **95**, soit **91%**, ont finalement été certifiés avec recommandations d'amélioration (B)
 - **3** sont non-certifiés (E)
 - **1** l'est resté en dérogation à la procédure*

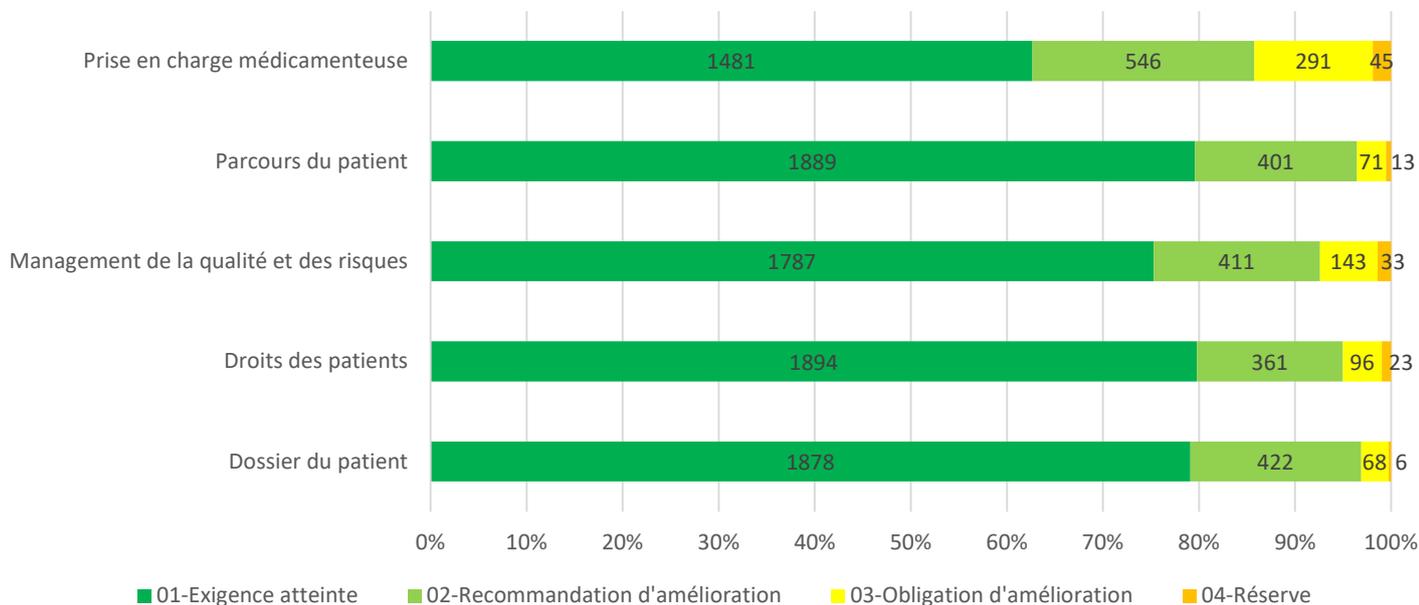
* En accord avec 6 établissements certifiés avec obligation d'amélioration (C) et 1 en sursis à certification (D), la HAS a fait le choix de suspendre le suivi des dysfonctionnements sous le format V2014 en privilégiant une accélération de l'engagement dans la 5^{ème} version de certification déployée depuis avril 2021.

Par ailleurs, la somme des deux graphiques n'est pas égale puisque, en raison de l'évolution de l'offre de soins sur des territoires, certains établissements ont pu quitter le secteur sanitaire ou arrêter leur activité

8. Résultats par thématique

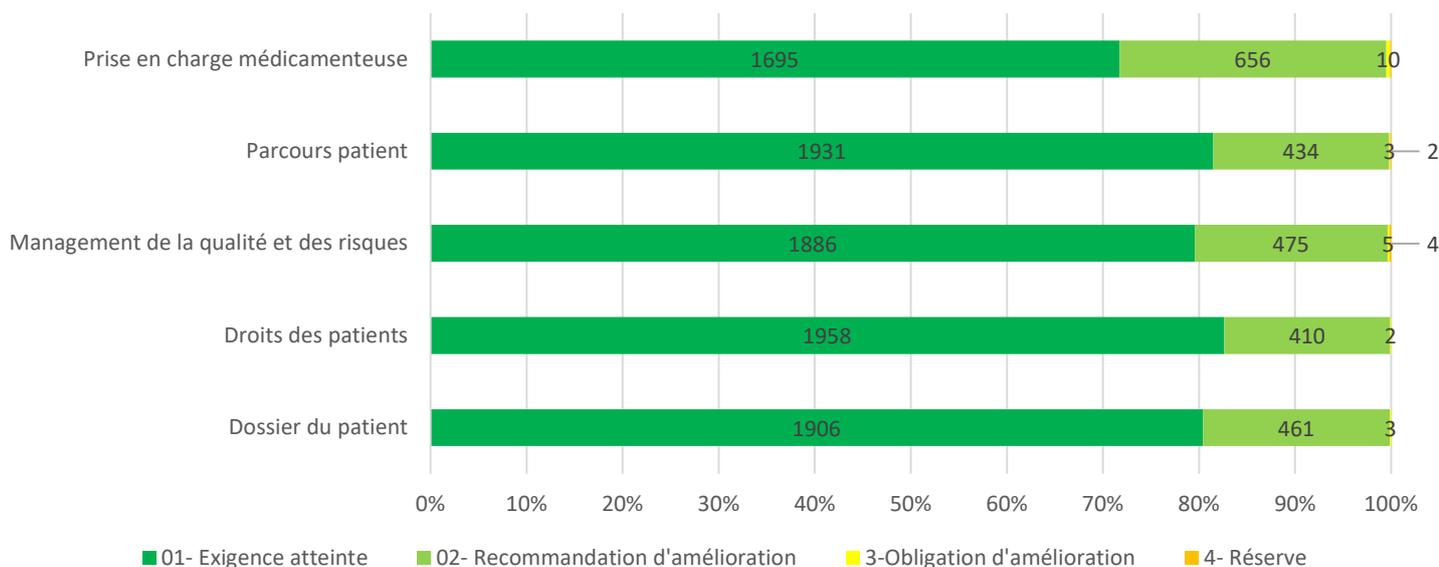
8.1. Les thématiques génériques, évaluées lors de chaque visite

Graphique 7 : Les avis par thématique générique V2014 après visite du 1er ou du 2nd cycle



* La thématique « Prise en charge médicamenteuse » n'a pas concerné 7 établissements pour lesquels aucune prise en charge médicamenteuse n'était réalisée (ni prescription, ni dispensation, ni dispensation).

Graphique 8 : Les avis par thématique générique V2014 après suivi des dysfonctionnements constatés lors d'une visite du 1er ou du 2nd cycle



Après mesure de suivi, l'analyse des résultats montre que, pour 4 thématiques génériques, environ 80% des établissements atteignent l'attendu de la HAS :

- Parcours du patient : 82% des établissements atteignent l'attendu
- Management de la qualité et des risques : 79% des établissements atteignent l'attendu
- Droits des patients : 83% des établissements atteignent l'attendu
- Dossier du patient : 80% des établissements atteignent l'attendu

En revanche, pour la prise en charge médicamenteuse, à peine plus de 70% des établissements atteignent l'attendu de la HAS.

Pour maintenir l'effet levier de la certification sur ces thématiques, la 5^{ème} version déployée depuis avril 2021 mobilise des méthodes d'évaluation :

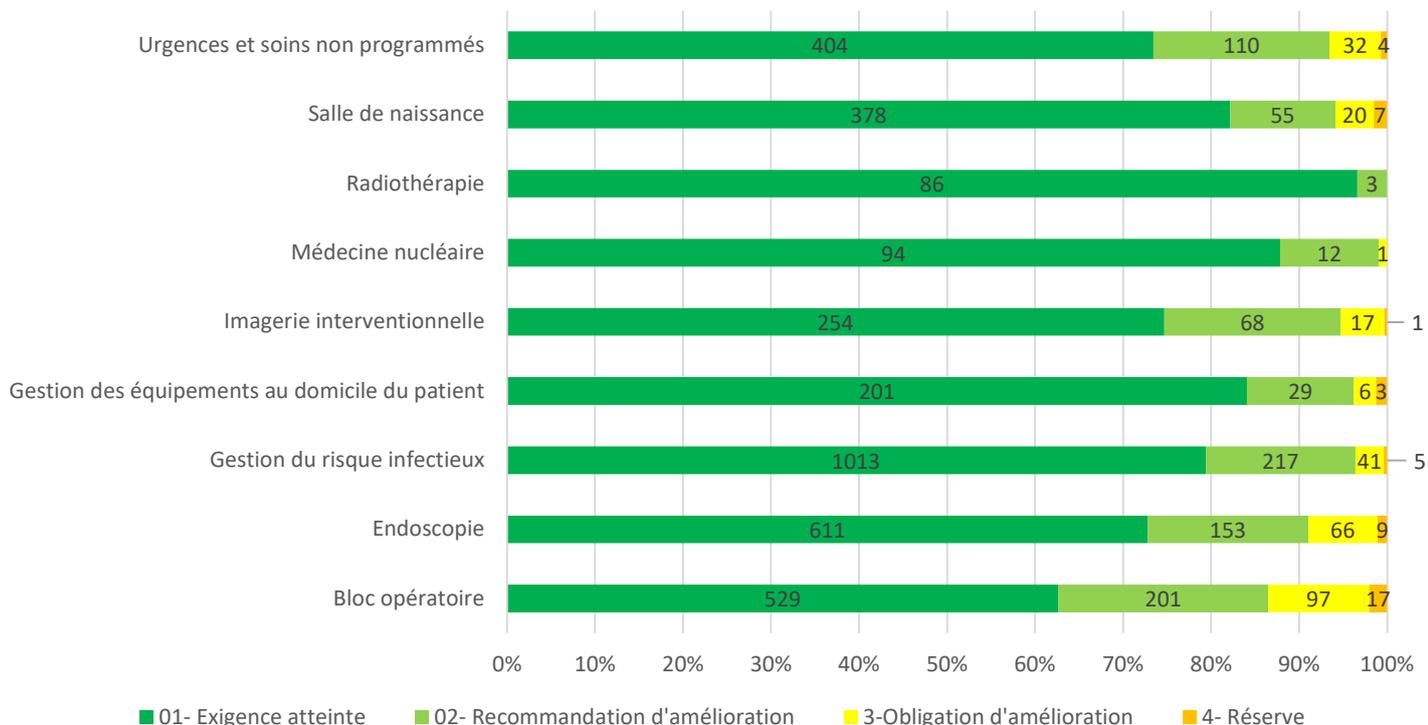
- Une méthode d'évaluation dite du parcours traceur qui évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.
- Deux méthodes d'évaluation basées, en partie, sur la tenue des dossiers des patients : le parcours traceur et le patient traceur
- Une méthode d'évaluation dite du traceur ciblé qui évalue sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. En l'espèce, pendant la visite, les experts-visiteurs sont amenés à suivre un médicament de sa prescription à son administration en passant par l'étape de dispensation.

et des critères impératifs en lien avec ces résultats :

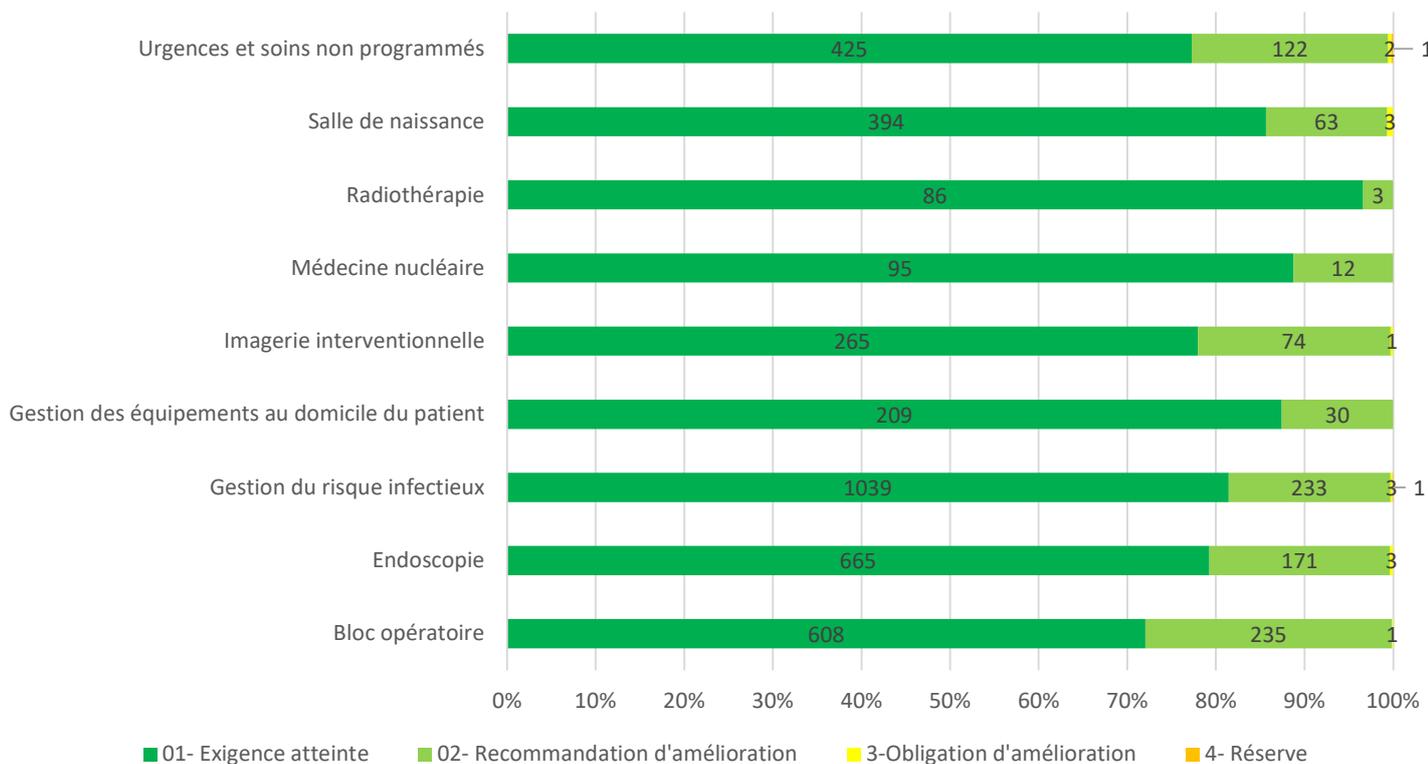
- Critère 1.2-01 : Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité
- Critère 1.2-02 : Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté
- Critère 2.1-05 : La pertinence du recours à des mesures de restriction de liberté est argumentée et réévaluée.
- Critère 2.3-06 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risques
- Critères 2.4-04 : Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés
- Critère 3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins
- Critère 3.7-03 : L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

8.2. Les thématiques spécifiques, évaluées en fonction de l'activité de l'établissement

Graphique 9 : Les avis par thématique spécifique V2014 après visite du 1er ou du 2nd cycle



Graphique 10 : Les avis par thématique spécifique V2014 après suivi des dysfonctionnements constatés lors d'une visite du 1er ou du 2nd cycle



Après mesure de suivi, l'analyse des résultats montre, pour 4 thématiques spécifiques, moins de 80% des établissements concernés atteignent l'attendu de la HAS :

- Urgences et soins non programmés : 77% des établissements concernés atteignent l'attendu
- Imagerie interventionnelle : 78% des établissements concernés atteignent l'attendu
- Endoscopie : 79% des établissements atteignent l'attendu
- Bloc opératoire : 72% des établissements atteignent l'attendu

Pour maintenir l'effet levier de la certification sur ces thématiques, la 5^{ème} version, déployée depuis avril 2021, mobilise des méthodes d'évaluation et des critères impératifs :

- Une méthode d'évaluation dite du traceur ciblé qui évalue sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. En l'espèce, pendant la visite, les experts-visiteurs sont amenés à évaluer la prise en charge d'un patient se présentant aux urgences pour des soins non programmés, un dispositif médical invasif réutilisable (endoscope).
- Critère 2.2-12 : Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace.

Par ailleurs, la nouvelle version de la certification intègre désormais l'évaluation des SAMU et des SMUR.

A l'inverse, après mesure de suivi, l'analyse des résultats montre, pour 5 thématiques spécifiques, plus de 80% des établissements concernés atteignent l'attendu de la HAS :

- Salle de naissance : 86% des établissements atteignent l'attendu
- Radiothérapie : 96% des établissements concernés atteignent l'attendu
- Médecine nucléaire : 89% des établissements concernés atteignent l'attendu
- Gestion des équipements au domicile du patient (HAD) : 88% des établissements concernés atteignent l'attendu
- Gestion du risque infectieux : 82% des établissements concernés atteignent l'attendu

Pour maintenir l'effet levier de la certification sur ces thématiques, la 5^{ème} version, déployée depuis avril 2021, mobilise des méthodes d'évaluation et des critères impératifs :

- Une méthode d'évaluation dite du traceur ciblé qui évalue sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. En l'espèce, pendant la visite, les experts-visiteurs sont amenés à évaluer la maîtrise des risques liés aux infections associées aux soins (respect des précautions standards et complémentaires, bonnes pratiques d'antibioprophylaxie).
- Critère 2.3-11 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires
- Critère 2.3-12 : Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
- Critère 2.3-20 : Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum

9. Quel impact et quelle satisfaction pour la V2014 ?

En 2018, la HAS a mandaté un organisme indépendant (IPSOS) pour évaluer l'impact de la V2014 et la satisfaction de **561 établissements**.

Les établissements ont exprimé une **satisfaction globale de 6,4/10** avec des points à conserver :

- La méthode du patient traceur (7,9/10)
- La restitution des points forts et écarts par les experts-visiteurs (7,1/10)
- La visite (7,1/10)
- L'audit de processus (7/10)

Des points à améliorer :

- La qualité des échanges avec la HAS tout au long de la procédure de certification (6,6/10)
- Le format du rapport de visite (5,9/10)
- Le compte qualité (5,6/10)

Des points faibles :

- La plateforme dédiée à la certification SARA (4,5/10)
- Les délais d'obtention du rapport de certification (2,7/10)

Concernant **l'impact** de la certification, les établissements interrogés jugent que la V2014 améliore :

- L'approche centrée patient,
- L'identification des risques,
- La continuité de la démarche qualité et sécurité des soins,
- La culture qualité et gestion des risques,
- Le fonctionnement des secteurs à risques, du circuit du médicament, du dossier patient et la déclaration des événements indésirables sont en progrès grâce à la certification

En revanche, ils considèrent que la V2014 est peu impactante sur :

- L'amélioration de la pertinence des soins
- La valorisation des prises en charge réalisées dans les établissements
- L'implication du patient dans sa prise en charge
- La régulation sur le territoire
- La douleur, le risque infectieux et la qualité de vie au travail

Pour développer la 5^{ème} version de la certification, la HAS s'est appuyée :

- ➔ Cette mesure de **satisfaction** en conservant les points forts (patient traceur, audit de processus, visite, restitution) et en améliorant les autres points (révision du format du rapport, amélioration du délai de rendu des décisions de certification, ouverture d'une nouvelle plateforme CALISTA, etc.)
- ➔ Cette mesure **d'impact** en définissant 4 enjeux :

- L'engagement des patients
- La culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat
- Le travail en équipe, moteur de l'amélioration des pratiques
- L'adaptation aux évolutions du système de santé.

En 2022, la HAS a mandaté un organisme indépendant (BVA) pour évaluer l'impact de la 5^{ème} version de la certification et la satisfaction de **290 établissements avec 1.600 répondants**.

Les établissements ont exprimé une **satisfaction globale de 7,4/10**, soit une augmentation d'un point par rapport à la V2014. Ils estiment que la 5^{ème} version est réaliste, plus simple, adaptée à la pratique quotidienne et qu'elle permet d'améliorer la qualité grâce à des éléments repères.

Des points forts confirmés :

- Des méthodes connues et utilisés, particulièrement celle du patient-traceur (7,9/10)
- La restitution des points forts et écarts par les experts-visiteurs (8,3/10 ; +1.2 point)
- La visite (7,8/10 ; +0,7 point)

Des points améliorés :

- La qualité des échanges avec la HAS tout au long de la procédure de certification (8/10 ; +1,4 points)
- Le format du rapport de visite (7,7/10 ; +1,8 point)

Des points en amélioration mais sur lesquels la HAS doit poursuivre ses actions d'amélioration :

- La plateforme dédiée à la certification CALISTA (6,8/10 ; +2.3 points)
- Les délais d'obtention du rapport de certification (7,1/10 ; +4.4 points)
- La personnalisation du référentiel aux spécificités des établissements
- La certification est toujours perçue comme stressante et chronophage

Concernant **l'impact** de la certification, les établissements interrogés jugent que la 5^{ème} version améliore :

- La culture et la démarche de qualité et de gestion des risques
- Les pratiques et organisations avec des effets sur la pertinence des soins
- L'engagement du patient
- Les relations avec les représentants des usagers
- La coordination des professionnels et le parcours de soins des patients
- L'esprit d'équipe
- L'implantation des établissements dans leur territoire

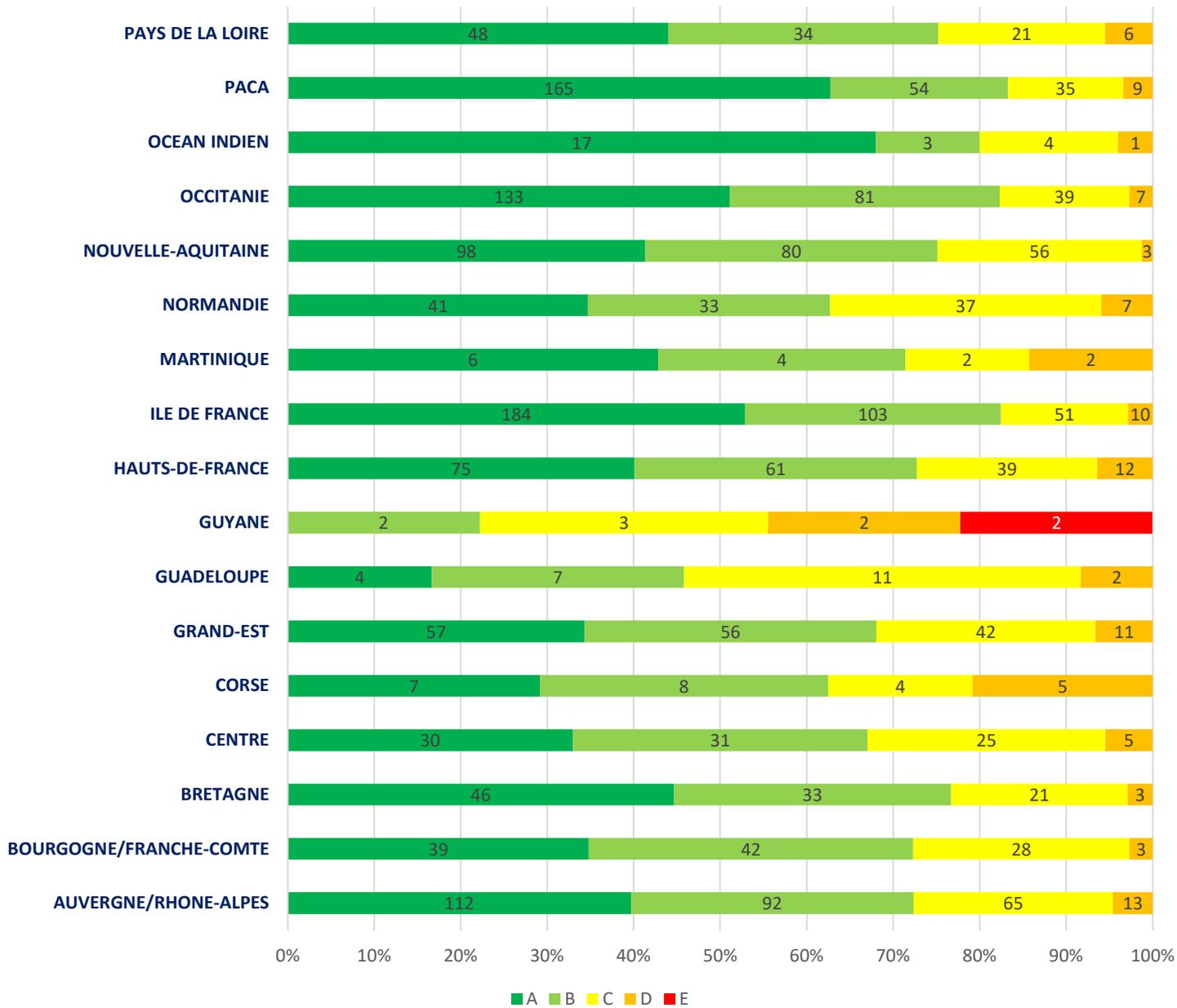
En revanche, la certification est toujours perçue comme peu impactante sur la qualité de vie au travail et sur les relations avec les institutions et organismes de tutelle. Par ailleurs, les établissements interrogés estiment que le macaron est encore trop peu connu pour avoir un impact auprès des patients et des professionnels de santé.

Table des annexes

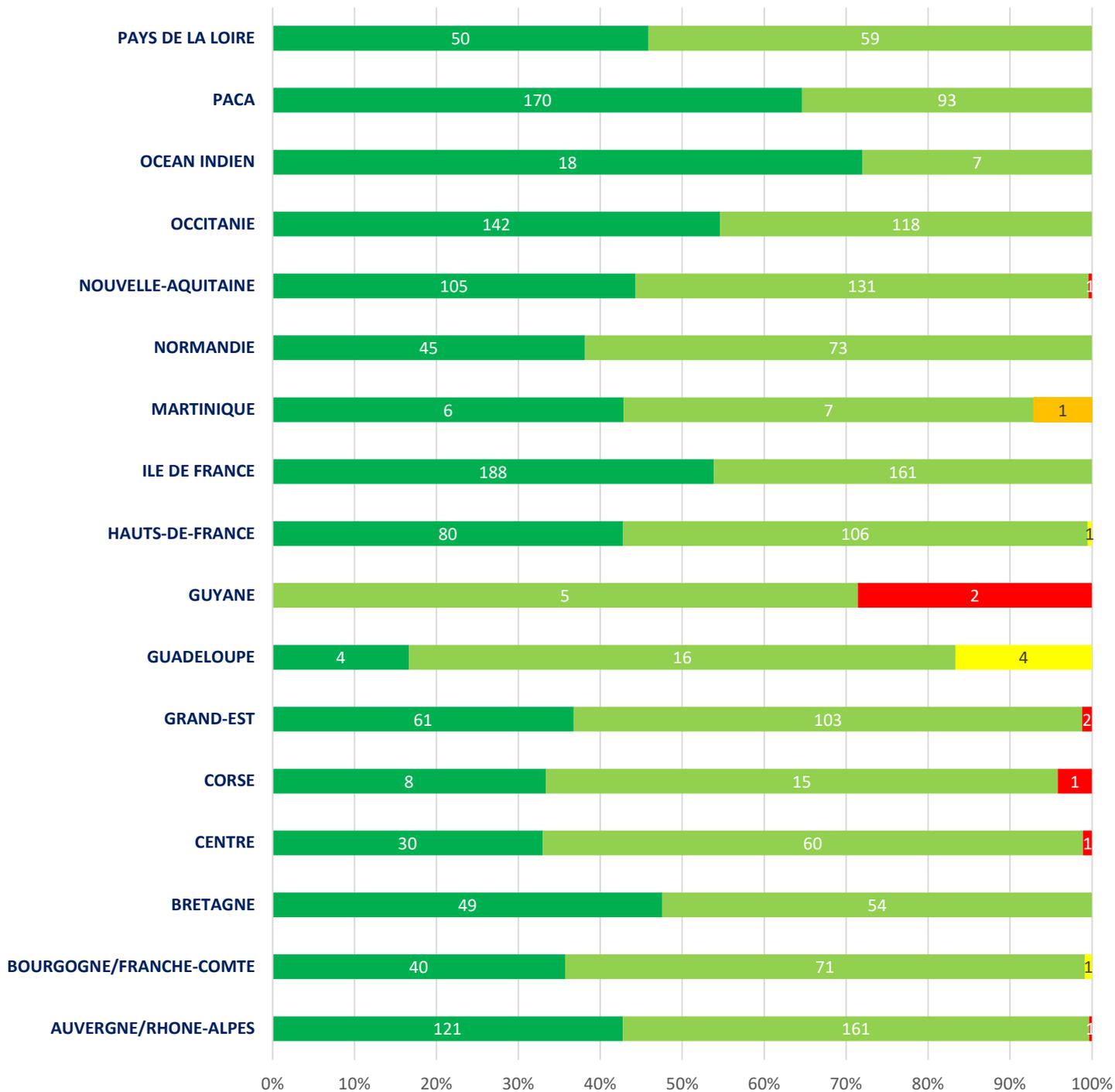
Annexe 1. Résultats régionaux	20
Annexe 2. Résultats par type d'établissements	22
Annexe 3. Résultats par thématiques personnalisées	23

Annexe 1. Résultats régionaux

Graphique 3 : Répartition régionale des décisions de certification V2014 après visite du 1er ou du 2nd cycle

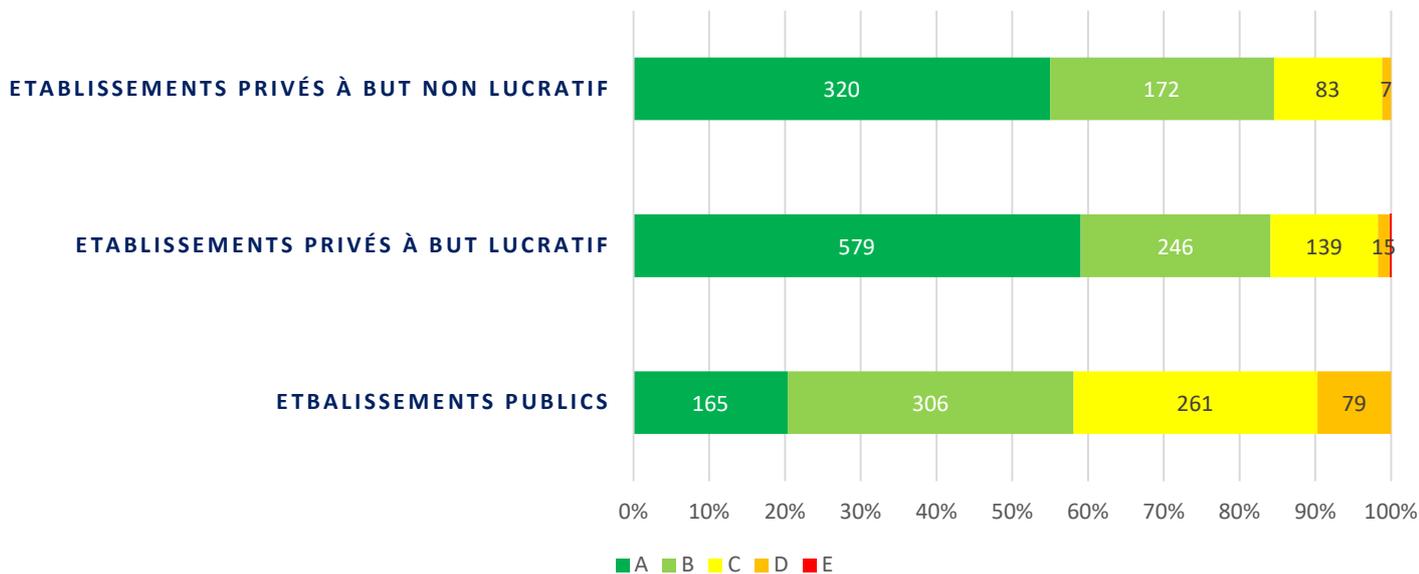


Graphique 4 : Répartition régionale des décisions après suivi des dysfonctionnements constatés pendant une visite du 1er ou du 2nd cycle.

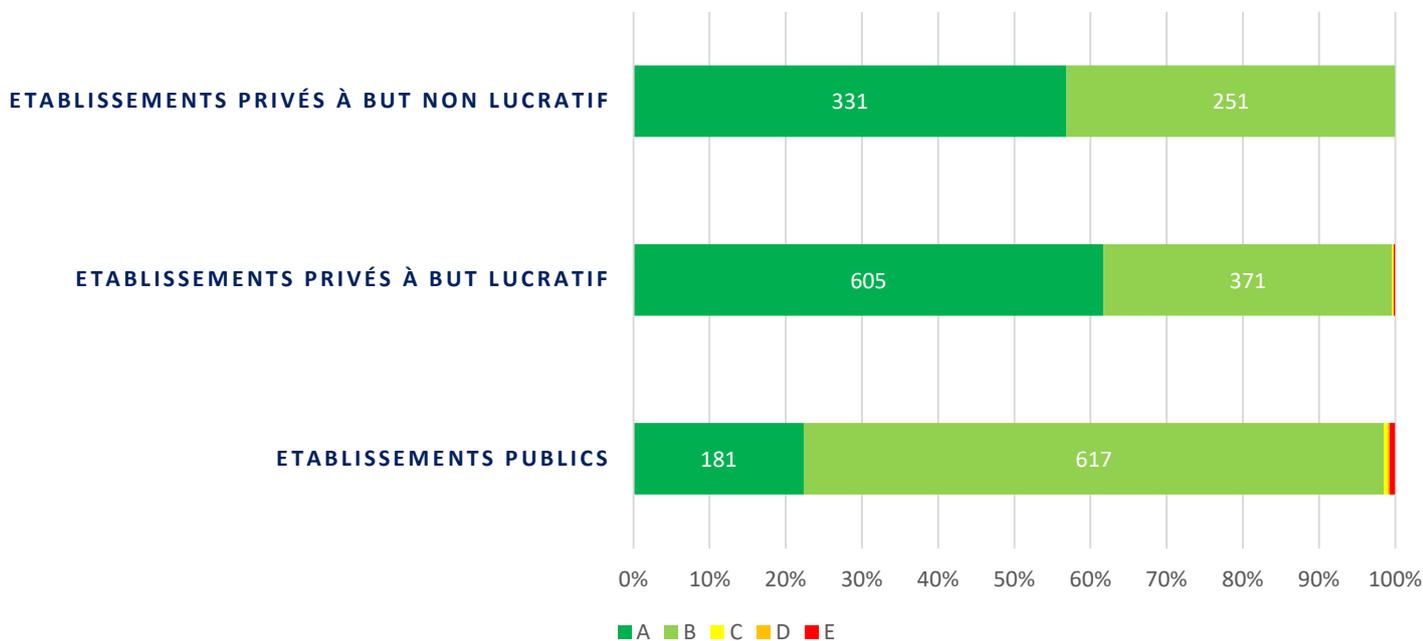


Annexe 2. Résultats par type d'établissements

Graphique 5 : Répartition des décisions de certification V2014 après visite du 1^{er} ou du 2nd cycle par type d'établissements

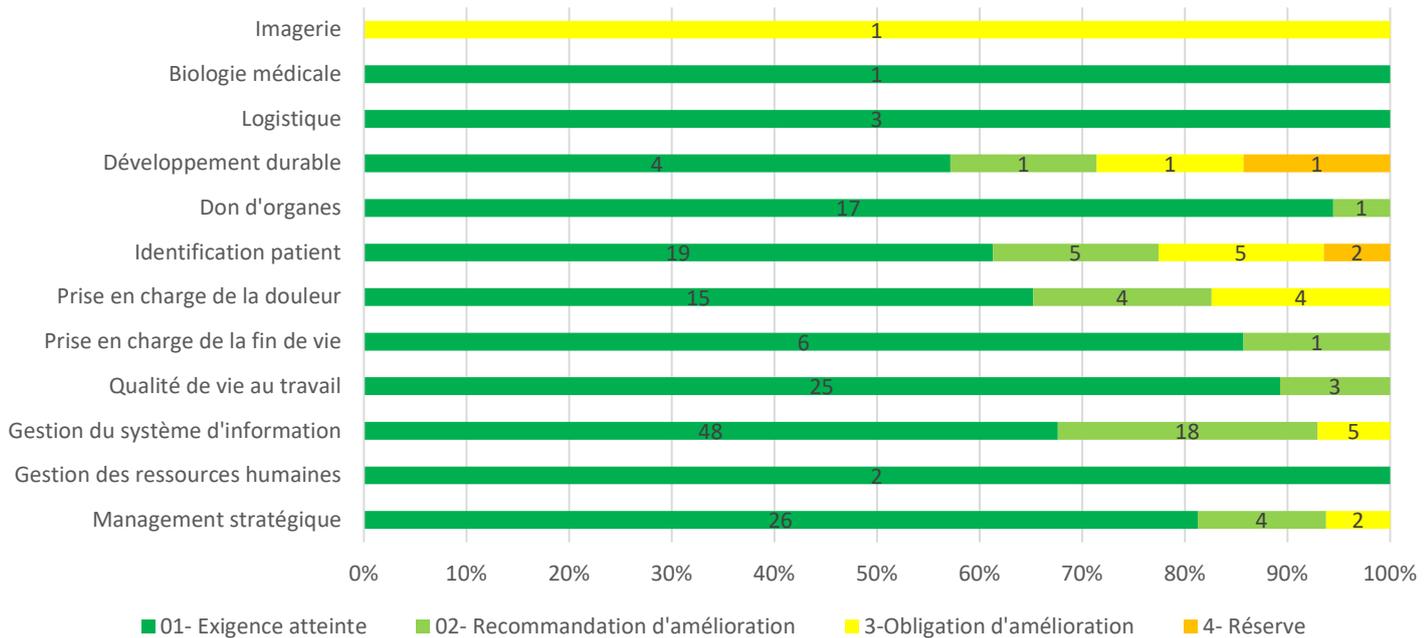


Graphique 6 : Répartition des décisions après suivi des dysfonctionnements constatés pendant une visite du 1^{er} ou du 2nd cycle par type d'établissement

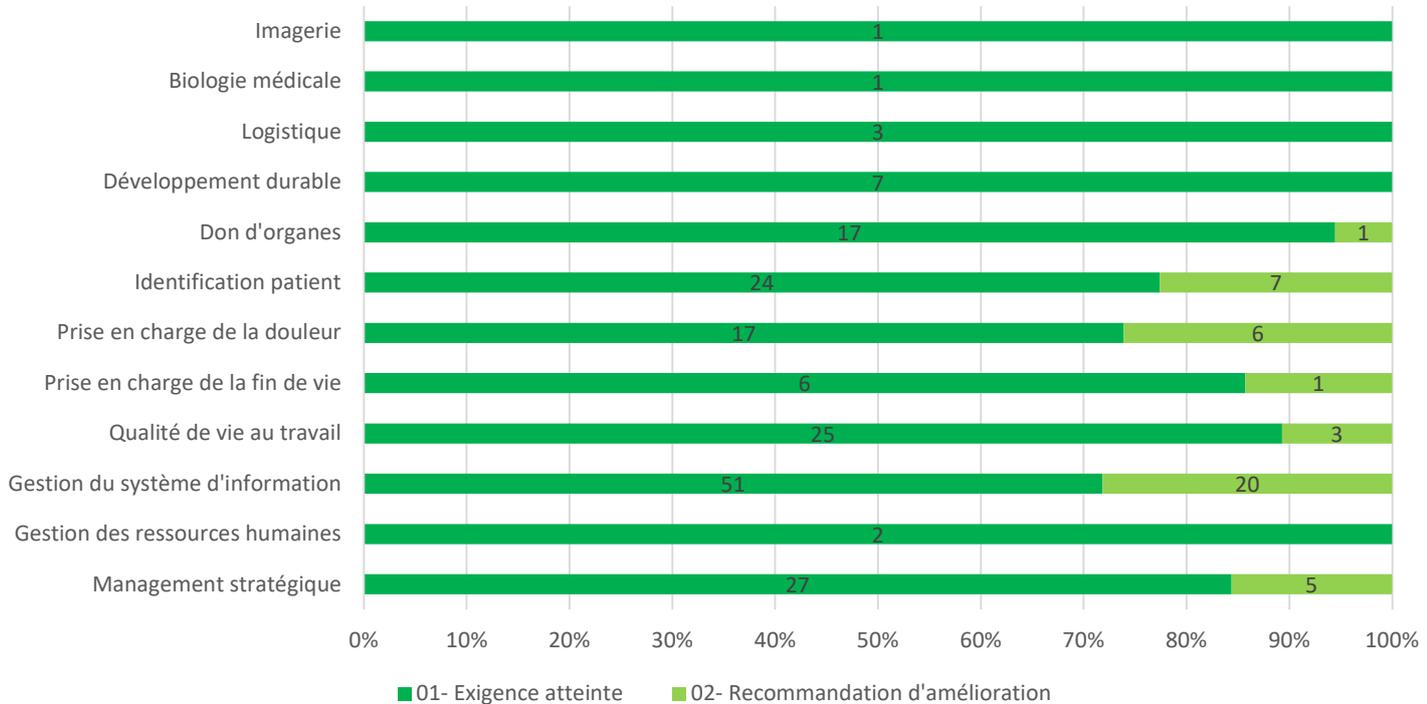


Annexe 3. Résultats des thématiques personnalisées, évaluées si des risques sont identifiés en amont ou pendant la visite

Graphique 10 : Les avis par thématique personnalisée V2014 après visite du 1er ou du 2nd cycle



Graphique 11 : Les avis par thématique personnalisée V2014 après suivi des dysfonctionnements constatés lors d'une visite du 1er ou du 2nd cycle



Ces thématiques étant évaluées uniquement lorsque des risques sont identifiés en amont ou pendant la visite, l'échantillon est trop faible pour en réaliser une analyse.

Abréviations et acronymes

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suite et réadaptation

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

