



Certification des IACE

Réunion d'information



18/09/2024

Sommaire

- 1. Bilan de la V2014**
- 2. La certification pour la qualité et la sécurité des soins**
- 3. Un référentiel de certification dédié aux IACE**
- 4. La démarche de certification en pratique**
- 5. La visite**
- 6. La décision de certification**
- 7. Pour vous accompagner ...**



Bilan de la V2014

Certification des IACE en V2014

20 IACE visitées en V2014

- Entre janvier et juin 2019

Dimensionnement des visites

- Visites dimensionnées 2EV / 2J ou 2EV / 3J
- Des experts-visiteurs choisis spécifiquement pour leur connaissance du secteur chirurgical

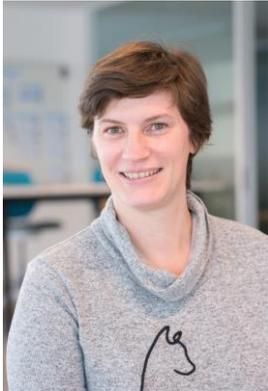




Pour vous accompagner ...

Un binôme

Chef de projet / assistante gestionnaire



Eléna RAUCH
Cheffe de projet



Félix HAUSFATER
Chef de projet



Ghislaine COUESPEL
Assistante de gestion



Anna GOAR
Cheffe de projet



La certification pour la qualité et la sécurité des soins

Définition

Évaluation externe destinée à porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins

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



Article L.6322-1 du CSP

Les documents socles



Le Code de la Santé publique

=> cadre de la certification



La procédure de certification

=> les grands principes du dispositif



Le référentiel de certification

=> les attendus de la HAS

Apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes



1. **Des usagers** : connaissance du niveau de qualité et de sécurité des soins d'un IACE



2. **Des professionnels de santé** : outil de management interne et amélioration des pratiques



3. **Des autorités de tutelles** : rôle dans la régulation par la qualité

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

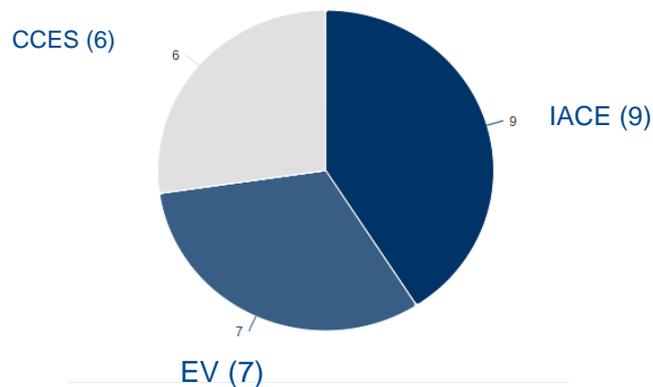


Un référentiel de certification dédié aux IACE

La concertation

- Les IACE
- Les membres de la CCES
- Le CNP de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- Les experts (V2014 et Plastirisq)

Les retours (22 répondants)



- Propositions de reformulation
- Point d'alerte concernant les structures réalisant uniquement de l'ambulatoire

3 chapitres

Certification des IACE pour

la qualité des soins : 9 objectifs



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE SOINS



L'IACE

1. Le patient est informé et son consentement est obtenu
2. Le patient est respecté
3. L'engagement du patient
4. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
5. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire
6. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
7. L'IACE pilote par la qualité et la gestion des risques
8. L'IACE fidélise et soutient ses professionnels
9. L'IACE garantit la qualité de son fonctionnement

Patients, soignants, un engagement partagé

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son consentement est obtenu

Le patient est respecté

L'engagement du patient

Un chapitre consacré
au **résultat pour le patient**

-> Promouvoir l'information
du patient

-> Soutenir la mobilisation de
l'expression du patient

-> Initiatives pour rendre le
patient acteur de sa prise en
charge

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

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 par les équipes

-> évaluer la maturité des équipes à mesurer, analyser et améliorer la pertinence de ses actes et de ses résultats.

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'IACE

L'IACE pilote par la qualité et la gestion des risques

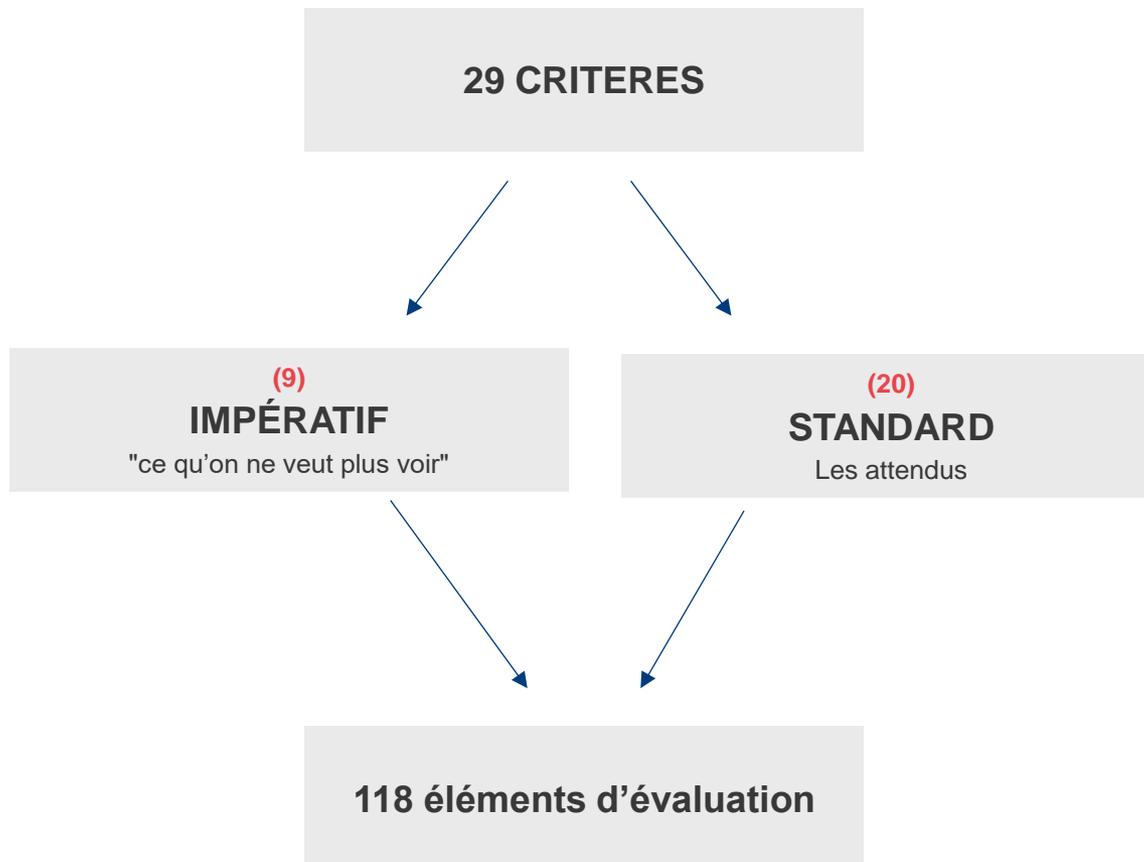
L'IACE fidélise et soutient ses professionnels

L'IACE garantit la qualité de son fonctionnement

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

Des critères et des éléments d'évaluation adaptés

Une évaluation de certification priorisée



Les 9 critères impératifs



Le patient

- Le consentement sur son projet de soins et ses modalités
- Le respect de son intimité et de sa dignité
- Prise en charge de sa douleur



Les équipes
de soins

- La définition du projet de prise en charge personnalisé
- La sécurisation de l'activité interventionnelle au bloc opératoire
- La maîtrise des risques en lien avec les produits de santé
- Le risque infectieux
- La prise en charge des urgences vitales



L'IACE

- Le programme d'amélioration de la qualité

Les fiches critères

Critère 1.1-03 Le patient reçoit des informations générales

Dans toute IACE, une communication claire et complète est essentielle pour assurer l'information du patient sur ses droits, ses responsabilités et les modalités de fonctionnement de l'IACE. Cette communication se fait à l'aide du livret d'accueil, remis et expliqué au patient à son admission. Ce livret d'accueil rappelle notamment l'organisation et les formalités administratives propres à l'IACE, les droits des patients et le rôle et les coordonnées des représentants des usagers.

Le patient doit également être informé et connaître les solutions de sécurisation de ses objets personnels.

Critère standard

Éléments d'évaluation	
<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none">Le patient a reçu un livret d'accueil qui décrit ses droits (exprimer son expérience et sa satisfaction, déclarer un événement indésirable grave, accéder à son dossier, rédiger une plainte/réclamation, existence de représentants des usagers, associations/bénévoles, mission de la CDU, etc.) et ses responsabilités en tant que patient.En amont de l'intervention, le patient a reçu les informations générales sur le fonctionnement de l'IACE : éléments administratifs à fournir, heures de visite, respect de la confidentialité dont le RGPD.Le patient sait que des représentants d'usagers et/ou associations de bénévoles peuvent l'accompagner.Le patient connaît les moyens de sécurisation de ses effets personnels.	<p>Patient traceur</p>

Références HAS

- † [Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire](#) (e-Satis MCOCA), 2024.
- † [Faire dire](#), 2016.
- † [Implication des représentants des usagers dans la certification](#), 2020

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1112-3 et R. 1112-91 du CSP.
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/S. D4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la Commission des usagers
- Art. L. 1111-1 à L. 1111-9 du CSP, information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Art. L. 1111-2).
- Art. L. 1112-1 à L. 1112-6 du CSP.
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

Autres références

- Stratégie nationale en santé, 2021/2026.
- La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Rapport annuel de l'Observatoire des violences en milieu de santé, 2019

Intitulé du critère et descriptif

Niveau d'exigence du critère

Éléments d'évaluation

Références

Méthode(s) d'évaluation



La démarche de certification en pratique

Des méthodes en lien direct avec le cœur de vos métiers



Le patient traceur : Une rencontre avec le patient



Le parcours traceur : Une évaluation de la coordination, du travail en équipe et de la culture de l'évaluation des résultats



Le traceur ciblé : Une évaluation de terrain de la mise en œuvre d'un processus ciblé :

- ✓ Circuit des produits de santé
- ✓ Acte interventionnel
- ✓ Gestion de l'urgence vitale
- ✓ Gestion des évènements indésirables et des plaintes



L'audit système : Une évaluation de la politique jusqu'au terrain

- Les représentants des usagers
- La gouvernance



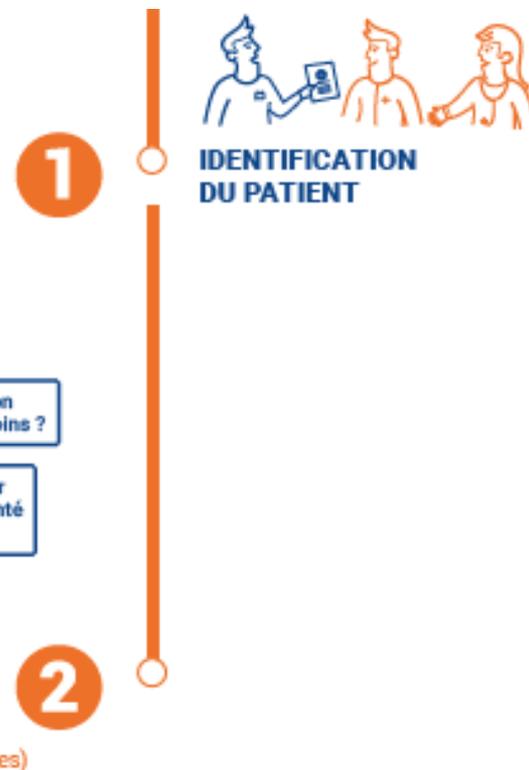
Observations

Le patient traceur



Centré sur un patient :

- Rencontre avec le chirurgien en charge du patient
- Rencontre avec un patient présent et près de sa sortie

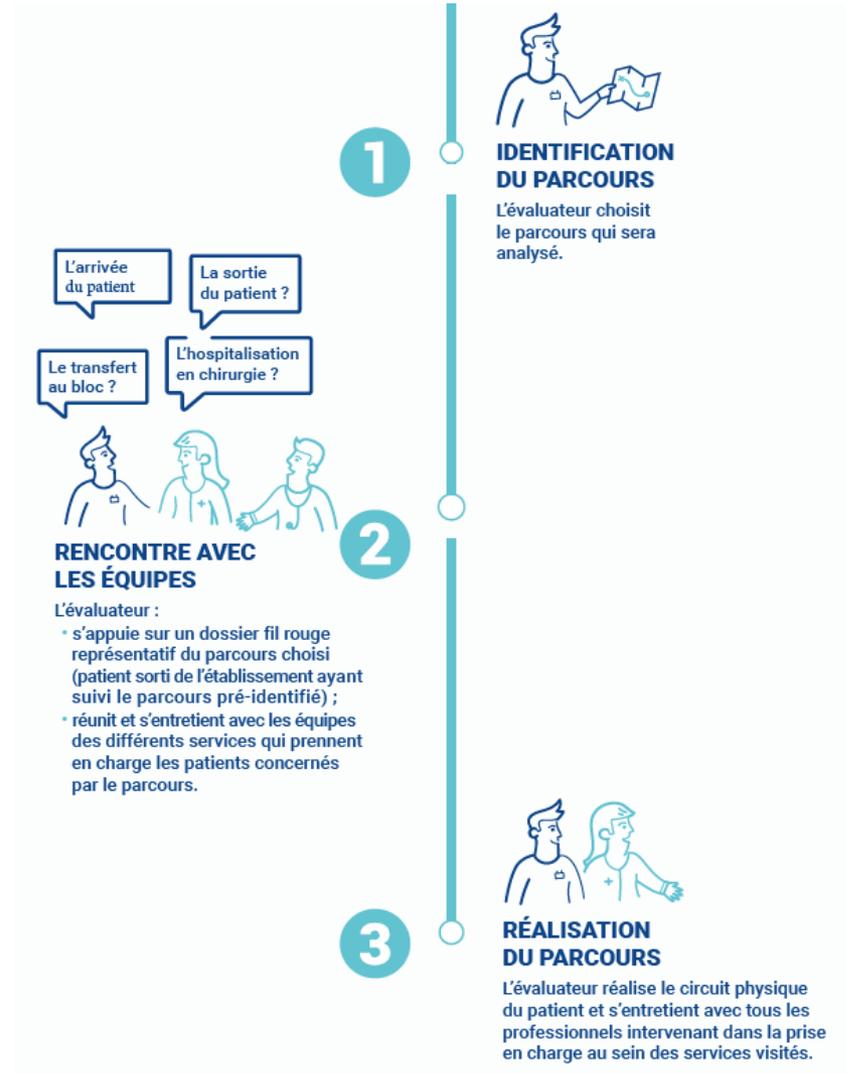


Le parcours traceur



Centré sur le parcours théorique de patients :

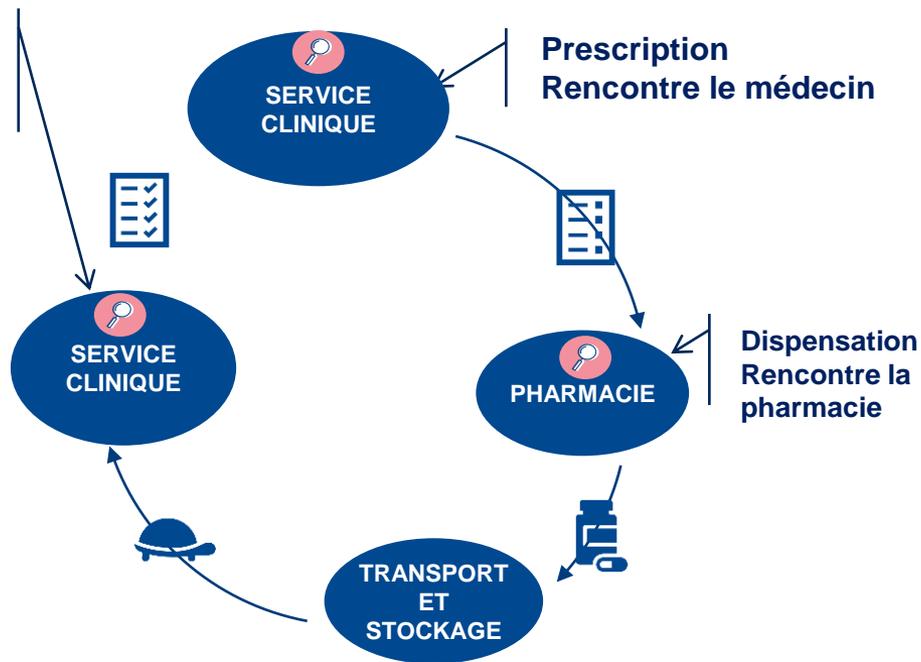
- Les dossiers du service dont l'un sert de fil rouge
- Rencontre avec les équipes des secteurs impliquées dans ce parcours
- Reconstitution du parcours physique d'un patient théorique de l'admission à la sortie



Le traceur ciblé

Administration
Rencontre avec
les infirmières

Prescription
Rencontre le médecin



Centré sur un « **objet** » : l'idée est de suivre le circuit théorique de l'objet suivi (une prescription, un évènement indésirable, etc.) pour en évaluer la mise en œuvre réelle.

L'audit système



Une rencontre avec la **gouvernance** et avec les **représentants des usagers**



Représentants des usagers



IMPLICATION
SOCIAL
SOUTIEN SOCIAL
EFFECTIFS
NUMERIQUE
QVTEQUIPES
NUMERIQUE
EFFECTIFS
FORMATION
VALEURS
TENSION VALEURS
EFFICACITE
ACCESSIBILITE
IMPLICATION

Les observations



- **Points observables dans le service**

=> *hygiène des locaux, tenues professionnels, bijoux, respect de l'intimité, etc.*

- Elles sont faites à l'occasion des autres traceurs



Les grandes étapes ...

1

Engagement dans la procédure

2

Évaluation

3

Décision

4

Publication et diffusion des résultats

1	Engagement dans la procédure de certification	INITIALEMENT		
		Engagement		
2	Évaluations	ENTRE 2 VISITES		
		ES Évaluation(s) interne(s)		
		L'ANNÉE DE LA VISITE		
3	Décision	HAS-ES Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES	HAS Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	HAS Visite
		HAS Transmission du rapport de visite à l'ES 15 jours après la visite	ES Transmission des observations 1 mois après réception du rapport	CCES Décision de certification Après observations
		HAS Notification et diffusion de la décision et du rapport		ES Possibilité de formuler un recours gracieux 2 mois après réception de la décision
4	Publication et diffusion des résultats	CERTIFIÉ		NON CERTIFIÉ
		Nouvelle visite sous 4 ans		Visite reprogrammée dans les 12 à 24 mois



La visite

En amont de la visite ...

Afin de préparer votre visite, documents à transmettre à la HAS :

- Projet d'établissement ou note d'orientation stratégique
- Politique qualité
- PAQSS
- Bilan de la Commission des Usagers (CDU)
- Cartographie du système d'information applicatif
- Charte d'utilisation des ressources informatiques
- Bilan des événements indésirables
- Liste des plaintes et réclamations
- Bilan des plaintes et réclamations
- Organigramme
- Plan d'implantation des services



Dimensionnement des visites

**Avril à juillet
2025**

**2 experts-visiteurs
durant 2 jours**

**9 séquences
d'évaluation**

- 1 expert-visiteur médecin
- 1 expert-visiteur soignant

- 2 patient-traceurs
- 1 parcours traceur
- 4 traceurs ciblés
(circuit du médicament et
des produits de santé,
bloc opératoire, urgence
vitale, EI et plainte)
- 2 Audits système

Le calendrier de visite

Repartition des EV	Jour 1 (Date de visite)			
Horaires	Coordonnateur : XXX		EV2 : XXX	
7h45 - 8h00	Accueil des EV			
8h00 - 9h00	Réunion d'ouverture + Présentation de l'établissement et de sa démarche qualité et de maîtrise des risques (cf. onglet "Temps d'échanges")			
9h00 - 9h30	Logistique informatique (cf. onglet "Logistique") + Calage du calendrier / Logistique avec l'établissement (cf. onglet "Temps d'échanges")			
9h30 - 12h30	Patrol Itascaur		Audit SquDor	
	Durée: 15min	Présentation de la séquence et préparation synthétique de patrol avec un membre de	Durée: 1h	Rencontre avec la quinquennaire
	Durée: 15min	Exercice avec le patrol		
	Patrol Itascaur			
	Durée: 15min	Présentation de la séquence et préparation synthétique de patrol avec un membre de		
	Durée: 15min	Exercice avec le patrol		
Travaux CIBM Conseil de planification		Audit SquDor		
Durée: 1h	Rencontre Equipe	Durée: 15min	Rencontre Représentants des Usagers [RM]	
12h30 - 13h00	Temps de finalisation des grilles			
13h00 - 14h00	Déjeuner (cf. onglet "Logistique")			
14h - 17h	Parcours Itascaur		Travaux CIBM Bilan applicatif	
	Durée: 15min	Rencontre Equipe	Durée: 1h	Rencontre Equipe
	Durée: 1h	Parcours applicatif patrol	Durée: 15min	Travaux CIBM Parcours applicatif
	Durée: 1h	Séquence à définir en visite	Durée: 15min	Rencontre Equipe
17h - 17h30	Temps de finalisation des grilles			
17h30 - 18h30	Synthèse Collective entre EV			
18h30 - 19h30	Bilan d'étape			
Commentaire de l'établissement sur la préparation de calendrier				

Repartition des EV	Jour 2 (Date de visite)		
Horaires	Coordonnateur : XXX	EV2 : XXX	
8h30 - 12h00	Consolidation des résultats + Préparation des restitutions	Tracer Ciblé EI	
		Durée: 1h	Rencontre équipe
		Durée: 1h	Séquence à définir en visite
		Consolidation des résultats + Préparation des restitutions	
12h00 - 12h30	Bilan d'étape (si besoin)		
13h00 - 14h00	Déjeuner (cf. onglet "Logistique")		
14h - 15h	Bilan Fin de visite (cf. onglet "Temps d'échanges")		



La logistique de la visite



Une salle dédiée pour les experts visiteurs



Un accès internet



Une proposition de restauration
(budget maximum de 20€/repas)

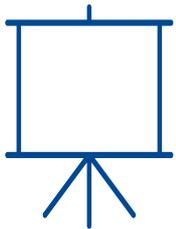
Le déroulement de la visite



Des échanges plus sur le terrain selon un calendrier partagé avec l'IACE



Des briefs avec l'équipe EV (bilan d'étape et restitution)



Restitution de visite

Le rapport de visite



MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

IACE

5 avenue du stade de France
93200 ST DENIS LA PLAINE

Validé par la HAS en Juillet 2024

- Résultats chiffrés (graphiques) par chapitre et par objectif
- Une synthèse par chapitre

La phase des observations

A partir de quand ?

- A réception du rapport de visite
- Possibilité pour l'établissement de formuler des observations dans un délai d'un mois sur les synthèses

Traitement des observations par la HAS

- Analyse des observations par la HAS
- Transmission à la Commission de certification du rapport tenant compte du traitement des observations





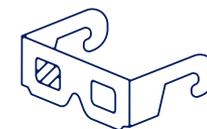
La décision de certification

Débat et décision de la Commission de Certification des Établissements de Santé

- 20 membres, nommés pour 3 ans : médecins, paramédicaux, directeur d'établissement et représentants des usagers



- Analyse du profil de l'IACE, des résultats, des synthèses par chapitre et les observations de l'IACE : proposition d'un rapport final



- Un membre de la CCES, est désigné pour chaque dossier et procède à l'analyse du rapport final.

- La CCES restreinte entend la présentation contextualisée du dossier et propose un niveau de décision.



Les modalités de décision

- 1 Rapport de visite
- 2 Observations de l'IACE



- Synthèse par chapitre
- Les résultats :
 - ✓ Scores chapitres/objectifs
 - ✓ Scores critères impératifs



Nouvelle visite
sous 4 ans



Visite reprogrammée
entre 12 et 24 mois
Si maintien de l'autorisation

La diffusion des résultats

PUBLICATION
ET DIFFUSION
DES RÉSULTATS

Rapport de
certification

IACE

Diffusion publique



ARS



Le recours gracieux

- Délai de 2 mois à compter de la réception du rapport
- Recours examiné par le Collège de la HAS
- Proposition de maintien ou de révision de la Décision

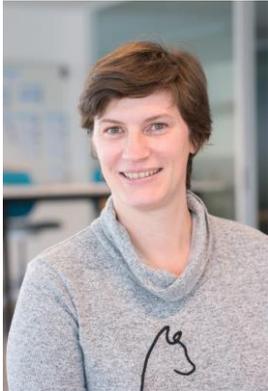
Nouveau rapport transmis à l'IACE, à l'ARS et publié sur le site internet de la HAS.



Pour vous accompagner ...

Un binôme

Chef de projet / assistante gestionnaire



Eléna RAUCH
Cheffe de projet



Félix HAUSFATER
Chef de projet



Ghislaine COUESPEL
Assistante de gestion



Anna GOAR
Cheffe de projet

Les modalités de communication et de transmission des documents



- Documents obligatoires
- Programme et calendrier de visite
- Le rapport de visite
- Le tableau de gestion des observations
- Le rapport de certification



- Date de visite et composition de l'équipe EV
- Demande de recours gracieux

Une page internet dédiée ...

The screenshot shows the HAS website interface. At the top, there are navigation menus for 'Professionnels', 'Établissements et services' (highlighted), 'Usagers', 'Industriels', 'La HAS', 'Presse', 'FR', and 'Accessibilité'. Below this is the HAS logo and a secondary navigation bar with 'Évaluation des ESSMS', 'Certification des établissements de santé', 'Indicateurs', and 'Qualiscope'. A search bar contains the text 'Ex : diabète, antalgique, hôpital...' and a dropdown menu is set to 'Dans tout le site'. A 'RECHERCHE AVANCÉE' button is also visible. The breadcrumb trail reads: 'Établissements et services > Certification des établissements de santé > Installation Autonome de Chirurgie Esthétique > Installation Autonome de Chirurgie Esthétique'. The article title is 'Installation Autonome de Chirurgie Esthétique', dated '02 sept. 2024'. A sidebar on the left offers options like 'ÉCOUTER', 'AJOUTER À MA SÉLECTION', and a list of 'Les documents de référence' including 'La démarche de certification en pratique', 'Cinq méthodes d'évaluation', 'La visite de certification', 'La décision', and 'La diffusion des résultats'. The main content area begins with the question 'Que représente la certification pour une IACE ?' followed by several paragraphs explaining the certification process and its goals.

Les documents de référence

Une page internet dédiée ...

The screenshot shows the HAS website interface. At the top, there are navigation tabs: 'Professionnels', 'Établissements et services' (highlighted in red), 'Usagers', and 'Industriels'. On the right, there are links for 'La HAS', 'Presse', 'FR', and 'Accessibilité'. Below this is the HAS logo and the text 'HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ'. A secondary navigation bar contains 'Évaluation des ESSMS', 'Certification des établissements de santé', 'Indicateurs', and 'Qualiscope'. A blue search bar contains the text 'Ex: diabète, antalgique, hôpital...' and a dropdown menu set to 'Dans tout le site'. A search button with a magnifying glass icon and the text 'RECHERCHE AVANCÉE' is also present. Below the search bar, a breadcrumb trail reads: 'Établissements et services > Certification des établissements de santé > Installation Autonome de Chirurgie Esthétique > Installation Autonome de Chirurgie Esthétique'. The main content area shows a list of documents with blue arrows pointing to descriptive labels on the right:

- ÉCOUTER
- AJOUTER À MA SÉLECTION
- Les documents de référence → La procédure et le référentiel
- La démarche de certification en pratique → Explications des méthodes
- Cinq méthodes d'évaluation → Informations sur la visite
- La visite de certification → Modalités de décision
- La décision →
- La diffusion des résultats → Diffusion des rapports de certification
- Voir aussi

Avez-vous des questions?





Merci de votre attention

Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr



Patients, soignants, un engagement partagé



la qualité dans le champ
social et médico-social