

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a blue, serif font. A red, wavy horizontal line is positioned behind the 'A' and 'S', extending from the right side of the 'A' towards the 'S'.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA QUALITÉ DES SOINS

Patients, soignants,
un engagement partagé

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 TUTELLES

rôles 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

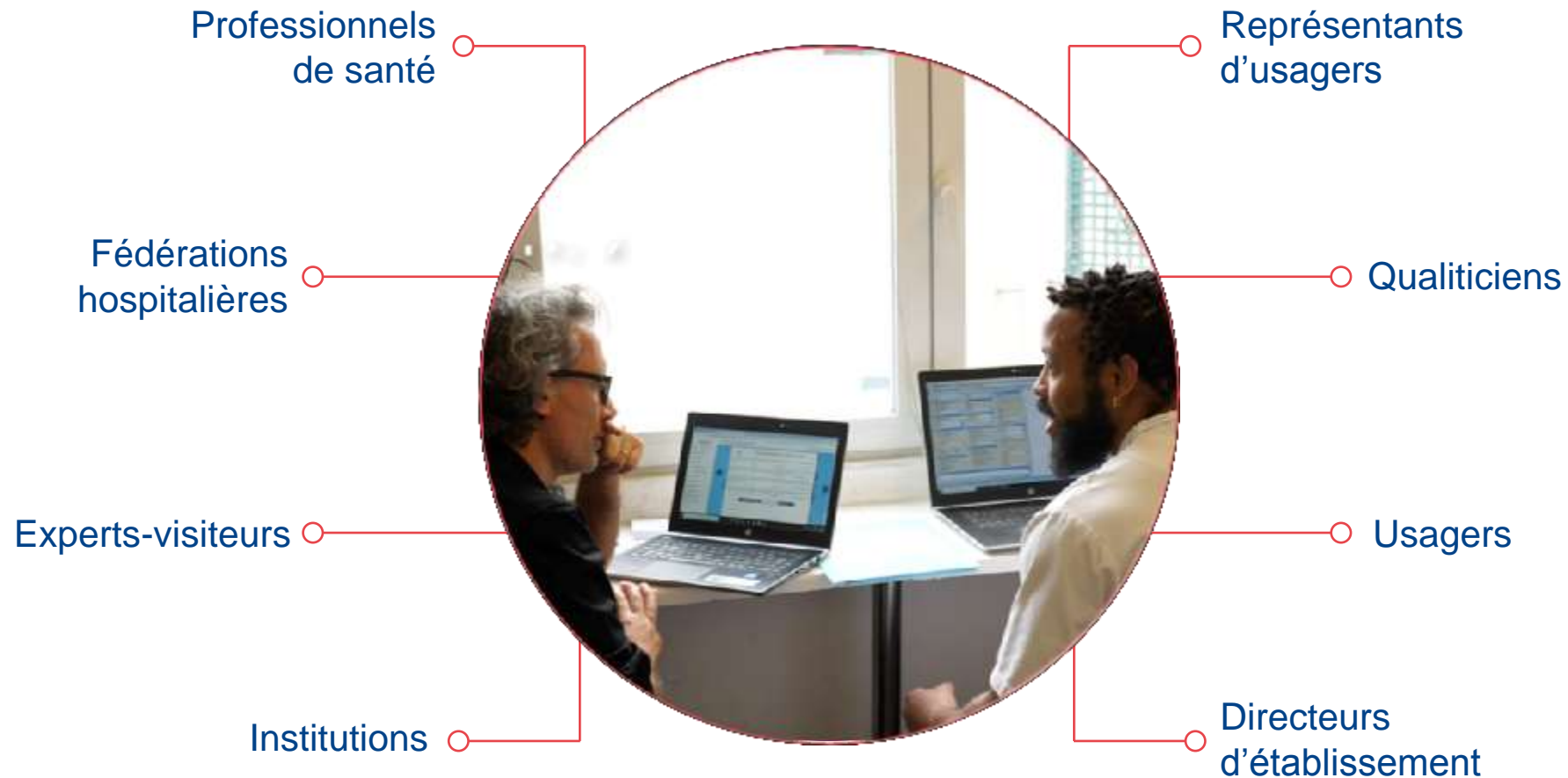
SIMPLIFIER

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

S'ADAPTER

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

Une certification construite avec les acteurs



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

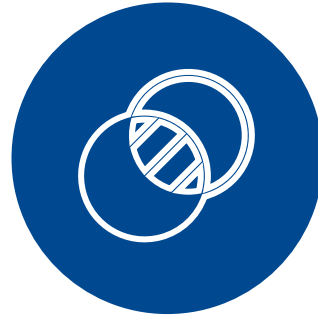
Le référentiel : une rupture



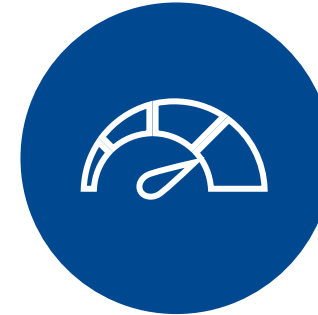
Un **seul**
document



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



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

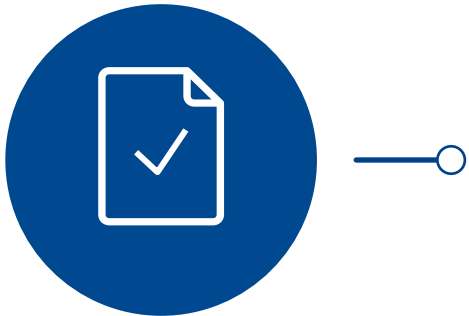


Une **cotation**
ciblée sur le
résultat et basée
sur la moyenne
et non plus sur les
seuls écarts



Un rapport plus
synthétique

Une dénomination explicite



Le référentiel de certification



LE MANUEL

Référentiel

Fiches critères

Fiches pratiques



Le référentiel de certification



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Un chapitre consacré au résultat pour le patient

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

Personnalisation du service rendu

pour le patient vulnérable, 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

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'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

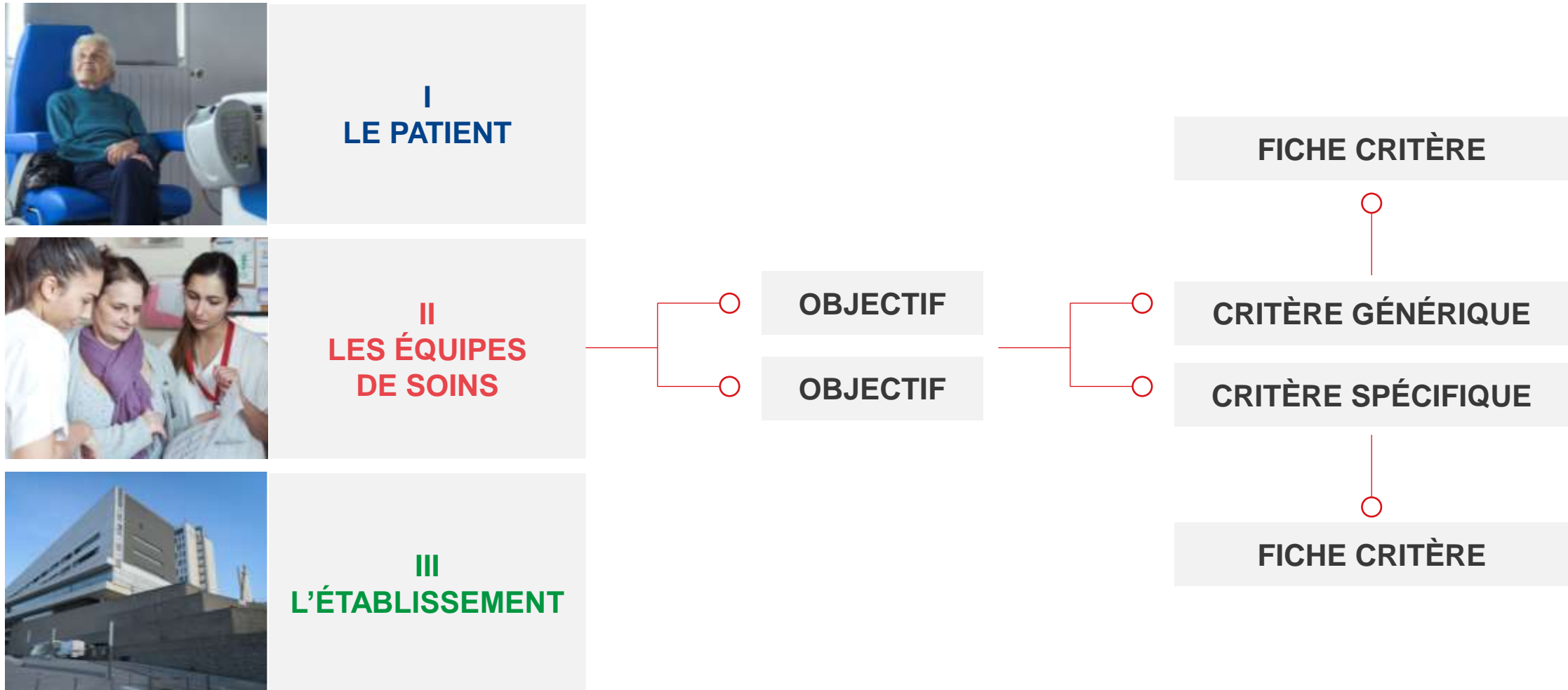
L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

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



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



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	
<p>Professionnels</p> <p>Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.</p> <p>Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.</p> <p>La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.</p> <p>Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.</p> <p>L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de rétablissement.</p> <p>Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.</p>	<p>Traceur cible</p>

Références HAS

- #Prise en charge de l'enfant du regard à la prise en charge en dehors des services de pédiatrie, 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 et/ou, indications de la thrombolysse), 2009

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-18 du CSP

Autres références

- Le triage en situation des urgences - Société française de médecine d'urgence, 2012
- La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires - European Stroke Organisation, 2008
- Urgences - ANAP, 2017
- Gestion des lits - ANAP, 2017

Intitulé critère et descriptif

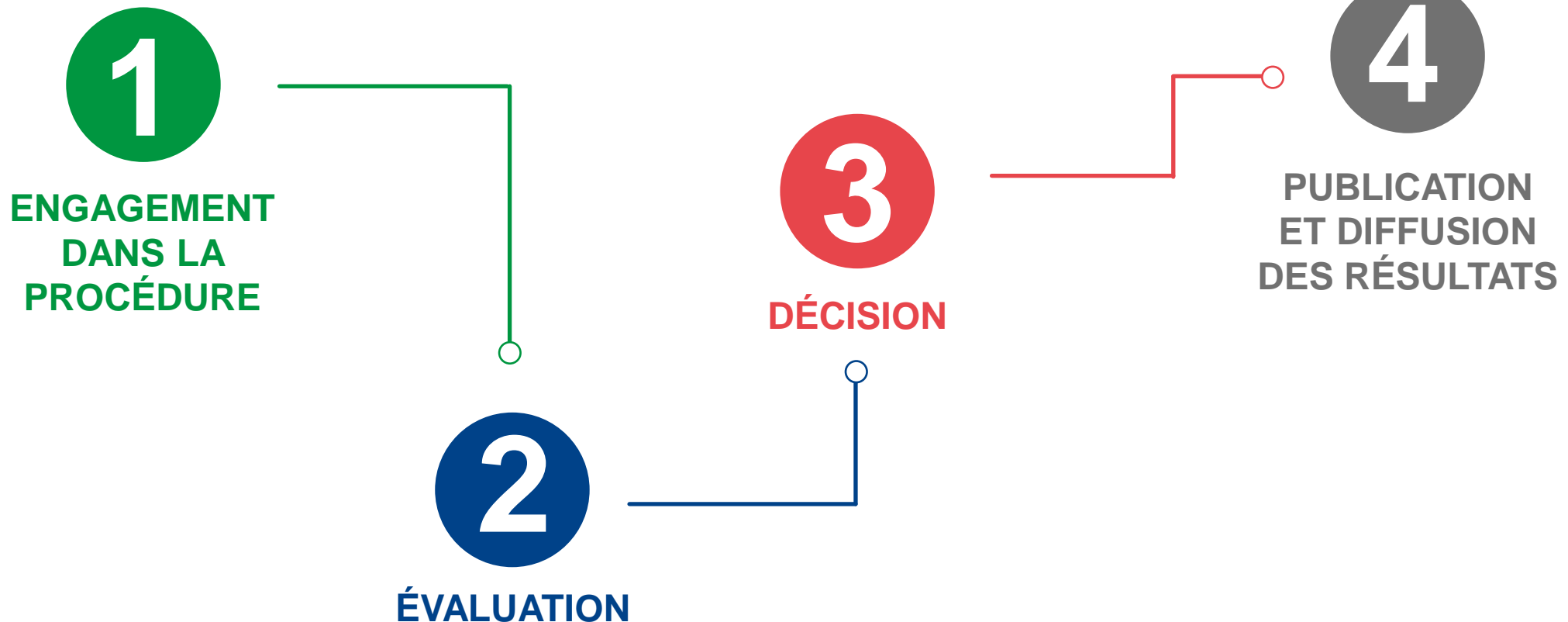
Champ d'application & niveau d'exigence

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

ÉVALUATION

Méthode privilégiée : Les traceurs

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



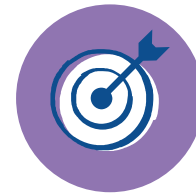
Patient traceur



Audit système



Parcours traceur



Traceur ciblé



Observations

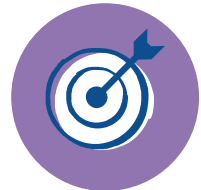
Saisie des évaluations



Patient traceur



Parcours traceur



Traceur ciblé



Audit système

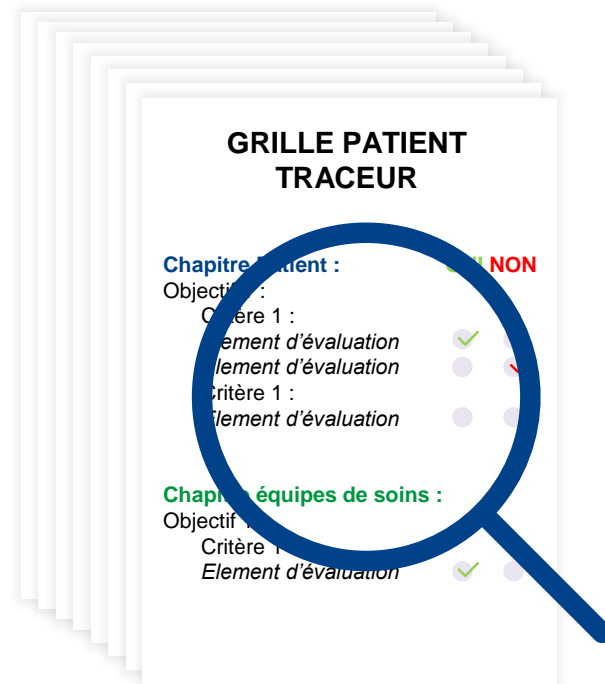


Observations

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.

Agrégation de l'ensemble des grilles



PLUSIEURS GRILLES

GRILLE PATIENT
TRACEUR

	OUI	NON
Chapitre Patient :		
Objectif 1 :		
Critère 1 :		
Element d'évaluation	60%	40%
Element d'évaluation	50%	50%
Critère 1 :		
Element d'évaluation	40%	60%
Chapitre équipes de soins :		
Objectif 1 :		
Critère 1 :		
Element d'évaluation	50%	50%

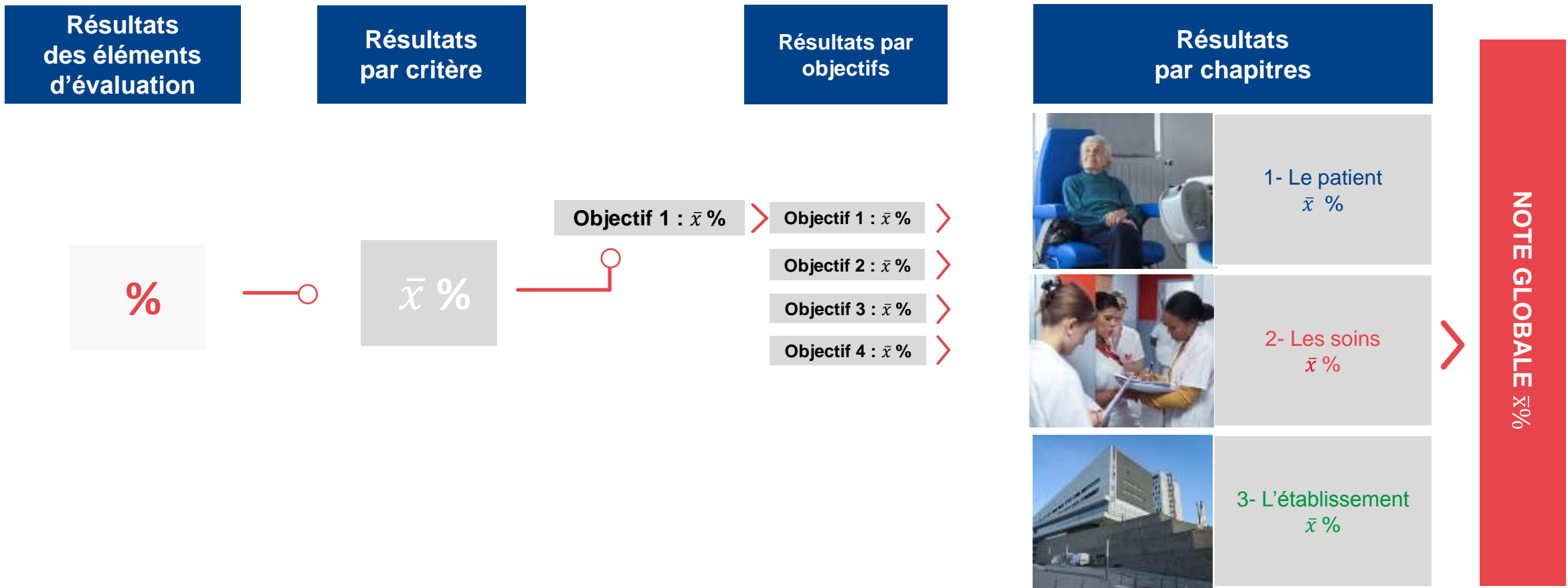
% de « Oui » des
évaluations réalisées



Moyenne des résultats de chaque élément d'évaluation = taux de satisfaction (%) à l'élément d'évaluation

Calcul de la note globale

$$\bar{x}\% = \frac{\Sigma \text{ des } \%}{\% \text{ total}}$$



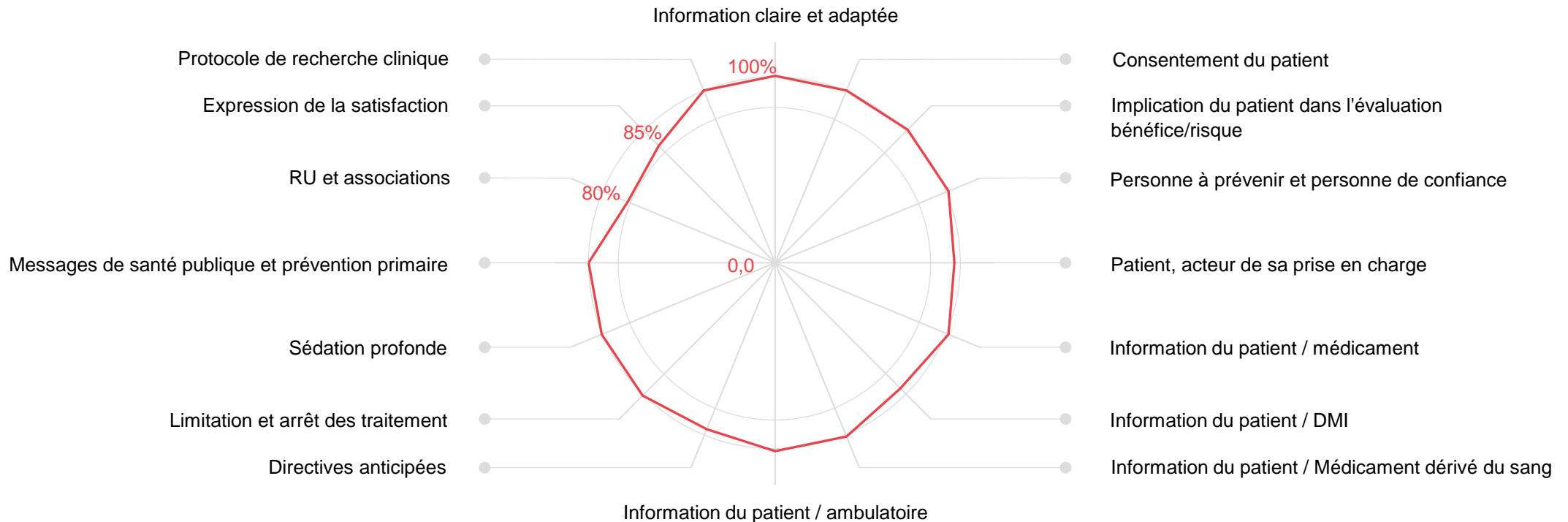
Agrégation des résultats des éléments d'évaluation jusqu'au score final

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 qualités

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

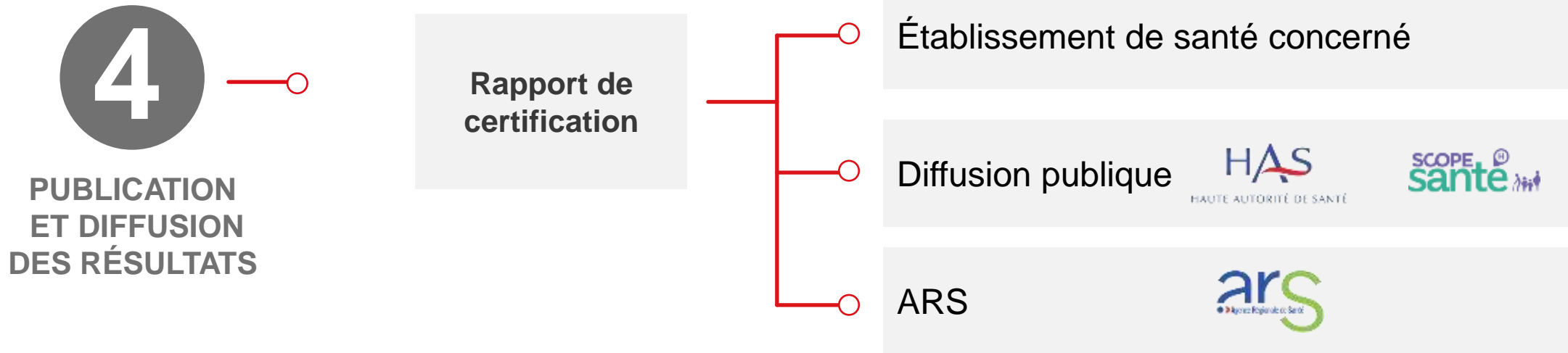


Nouvelle visite sous 4 ans

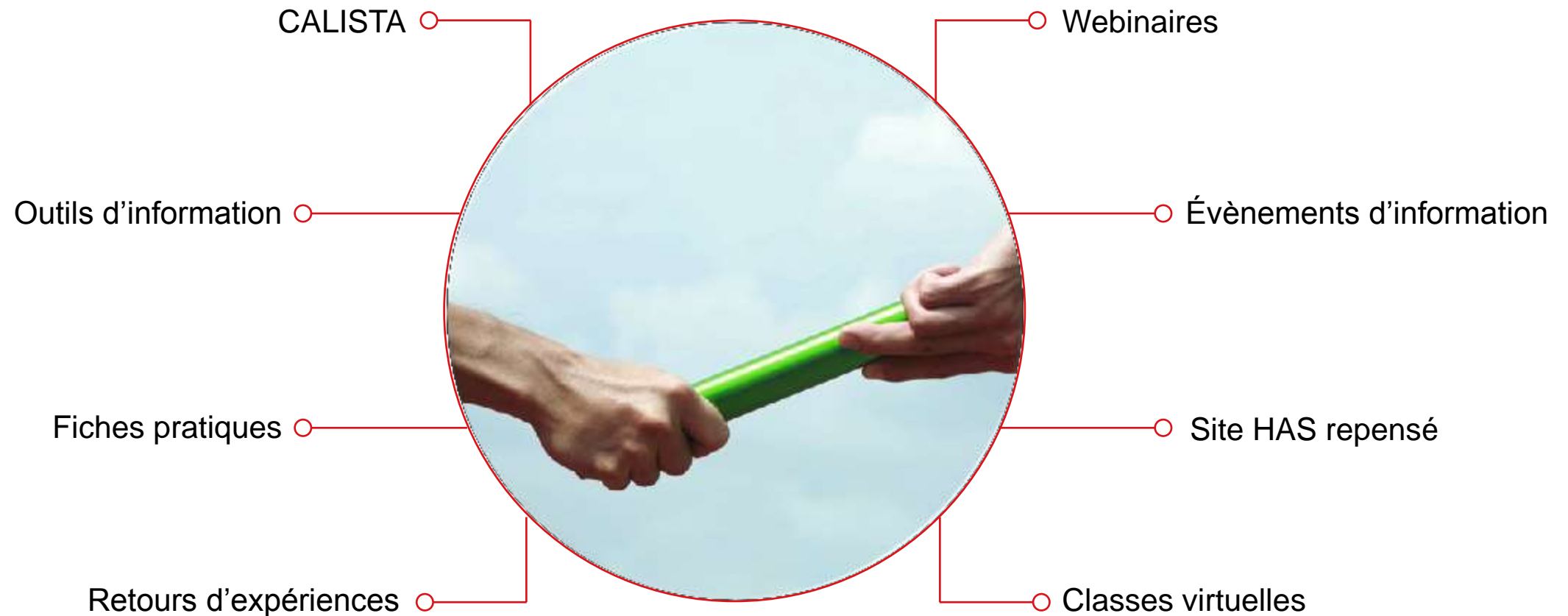
Visite reprogrammée
entre 6 et 12 mois

Visite reprogrammée
entre 12 à 24 mois

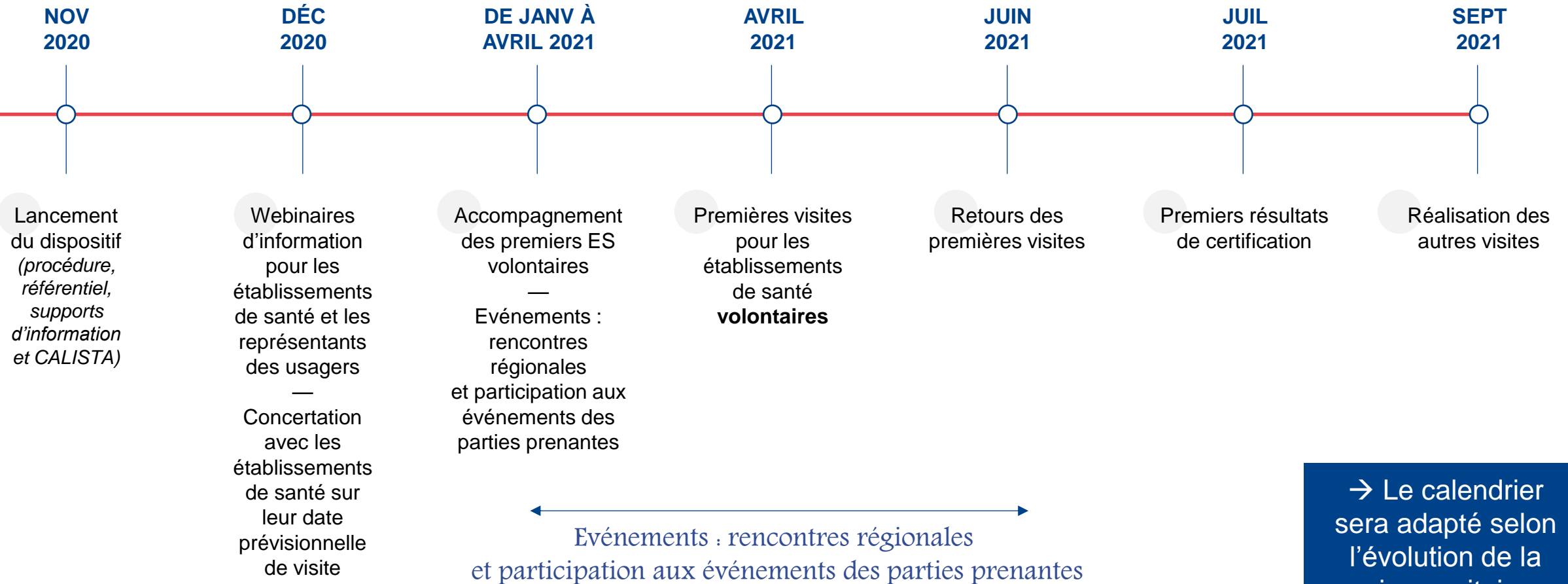
La démarche de certification en pratique...



S'approprier la nouvelle certification



Calendrier



→ 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

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

**Patients, soignants,
un engagement partagé**