

Certifications des établissements de santé et indicateurs de qualité

Définition

- La démarche qualité est la mise en œuvre de moyens de prévision, de prévention et de contrôle, de manière progressive afin d'atteindre les objectifs fixés de qualité. Elle correspond aussi à l'ensemble des actions menées pour développer la satisfaction des clients sur un domaine particulier comme la qualité des soins.
- Le but de la démarche qualité en établissement de santé: est d'adopter, grâce à la mise en place de procédures et de protocoles, une attitude d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Mais elle ne s'occupe pas de la performance médicale de l'établissement ni des praticiens, qui est un autre sujet.

Les enjeux de la démarche qualité

Les enjeux:

- Les démarches qualité, qui concernent l'ensemble des professionnels d'une structure de soins, constituent un enjeu de santé publique, dans la mesure où l'amélioration de **la qualité des soins se fait au bénéfice du patient**.
- C'est aussi un **enjeu organisationnel** : les dysfonctionnements de management mis en lumière par l'autoévaluation doivent être l'occasion de repenser les organisations
- C'est aussi un **enjeu financier**, car la démarche qualité évite des dysfonctionnements coûteux.

Certification des établissements de santé

- Depuis 1996, tous les établissements de santé publics ou privés doivent s'engager dans une démarche de certification. L'accréditation est un processus d'évaluation externe à un établissement de soins, effectué par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies. L'accréditation est délivrée par une agence sanitaire indépendante : [la haute autorité de santé \(HAS\)](#).

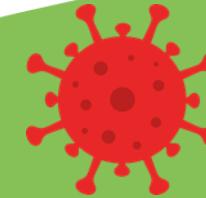
2002: la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico sociale, impose aux ESSMS des évaluations internes et externes

2008: L'ANESM élabore des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à destination des ESSMS

2018: La HAS intègre les missions de l'ANESM

2019: La direction de la qualité de l'accompagnement social et médicosocial est créée au sein de la HAS. Elle est en charge de l'élaboration des RBPP relatives à l'ensemble du champ social et médico-social ainsi que l'évolution de l'évaluation

2021: consultation publique autour de la VO du 1^{er} référentiel national d'évaluation de la qualité



2022: Entrée en vigueur du dispositif voté dans la loi santé

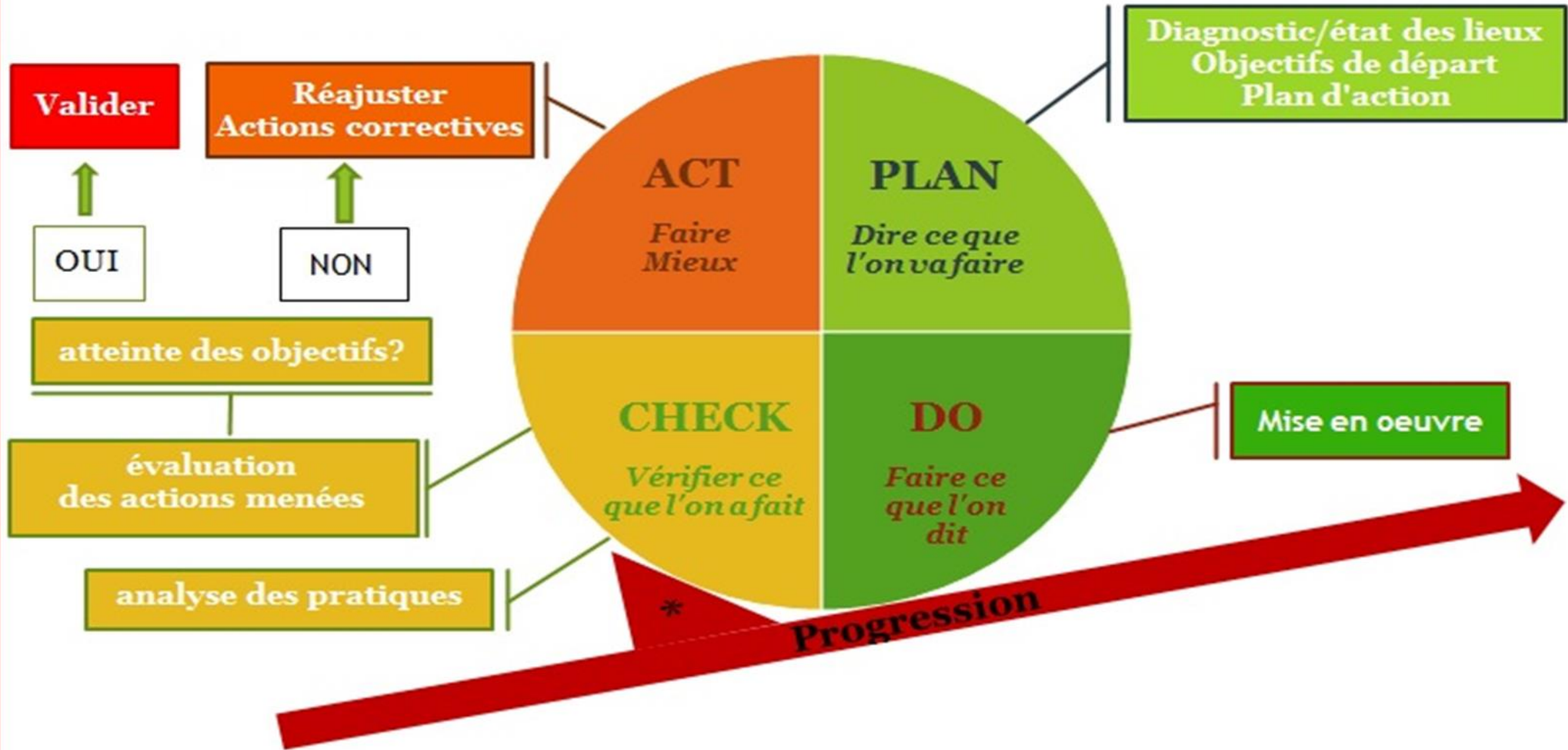
Un peu d'histoire

Le concept d'amélioration continue

4 étapes: exemple de la roue de DEMING

- Planifier: **c'est dire ce que l'on va faire** après un état des lieux, un diagnostic. C'est faire un plan d'action.
- Faire: c'est l'étape de l'action, **c'est faire ce que l'on a dit**
- Vérifier: c'est une démarche d'évaluation, **c'est vérifier ce que l'on a fait**. C'est une démarche réflexive.
- Réajustement: **comment faire mieux?** Quelles actions correctives?

Roue de Deming



* la cale symbolise la consolidation et le maintien des efforts

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

- Un indicateur de qualité et de sécurité des soins permet de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement, et ainsi d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps. Il évalue la structure, le processus ou le résultat, et peut être recueilli à partir de différentes sources de données.

Un exemple: la déclaration d'un évènement indésirable (EI; EIG; EIGS) ne sert pas à trouver le coupable d'une faute, mais à faire en sorte que l'évènement ne se reproduise plus.

FOCUS SUR LES EHPAD

- Depuis 2015, un portail national administré par la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) permet aux aînés et à leurs aidants faisant face à une situation de perte d'autonomie, d'obtenir des informations concernant :
 - Les aides disponibles et les démarches à effectuer
 - Des outils pour guider les personnes âgées dans leur parcours
 - Un annuaire des EHPAD et leurs fiches signalétiques
 - Un annuaire des services de soin à domicile
 - Un comparateur officiel des prix et des restes à charge en EHPAD

FOCUS SUR LES EHPAD

- Depuis 2015, les directions des établissements sont tenues de mettre à jour annuellement leurs fiches signalétiques avec les éléments en leur possession (révision du tarif annuel s'il a lieu, capacité d'hébergement, s'il y a eu des travaux etc...).
- Désormais, en plus des informations déjà consultables pour chaque EHPAD à savoir :
 - Le tarif
 - La capacité d'hébergement
 - Le type d'hébergement
 - Le détail des prestations et leur prix
 - 10 indicateurs seront clairement consultables

FOCUS SUR LES EHPAD

- En effet, pour renforcer la transparence de l'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le gouvernement a annoncé la publication de dix indicateurs-clés. L'action vient en complément des nouvelles mesures en faveur du renforcement des contrôles, de l'évaluation et de la transparence des EHPAD présentées le 8 mars 2022.
- Publiés chaque année, ces 10 indicateurs-clés permettront aux personnes âgées et à leurs familles d'évaluer et de comparer les EHPAD qu'ils soient publics ou privés.
- Les indicateurs pourront être consultés pour chaque établissement sur le portail du gouvernement dédié aux personnes âgées et à leurs proches

FOCUS SUR LES EHPAD

10 indicateurs-clés supplémentaires viendront donc compléter la fiche signalétique de chaque établissement et seront publiés annuellement :

- 1- Le taux d'encadrement
- 2- Le taux de rotation des personnels
- 3- Le taux d'absentéisme
- 4- La date de la dernière évaluation de la qualité de l'établissement (consultable en version synthétique)
- 5- La présence ou non d'un plateau technique (salle de stimulation sensorielle, balnéothérapie, etc.)
- 6- La configuration des chambres (double/simple)
- 7- Le budget quotidien alloués aux repas par personne
- 8- Le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH)
- 9- La présence d'une infirmière de nuit et d'un médecin coordonnateur
- 10- L'existence de partenariat avec un réseau de santé (gériatrique, de soins palliatifs, etc.).

La certification des établissements de santé pour la qualité des soins

**Patients, soignants, un engagement partagé
(Présentation de l'HAS)**



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 équilibrée 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

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

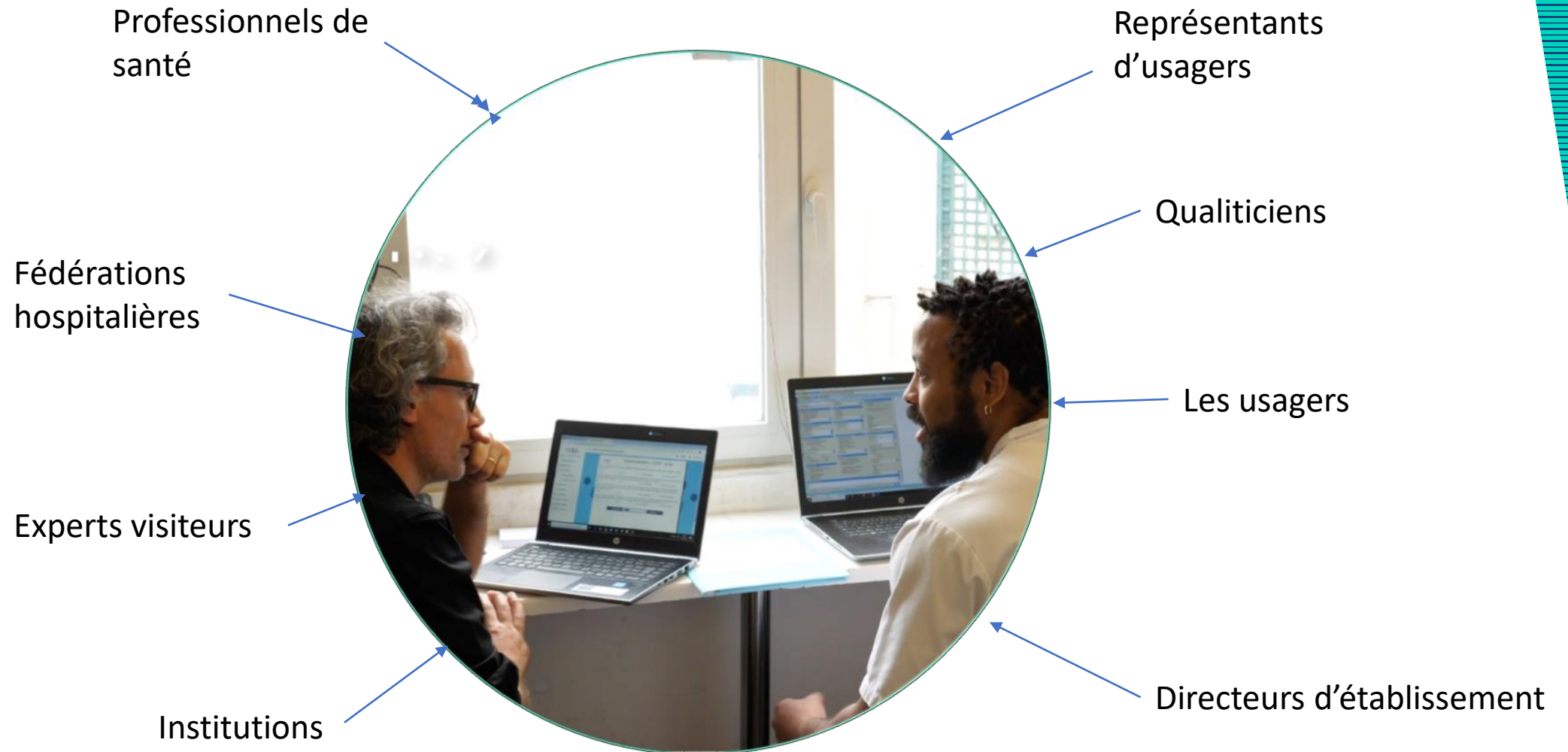
SIMPLIFIER

- 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



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

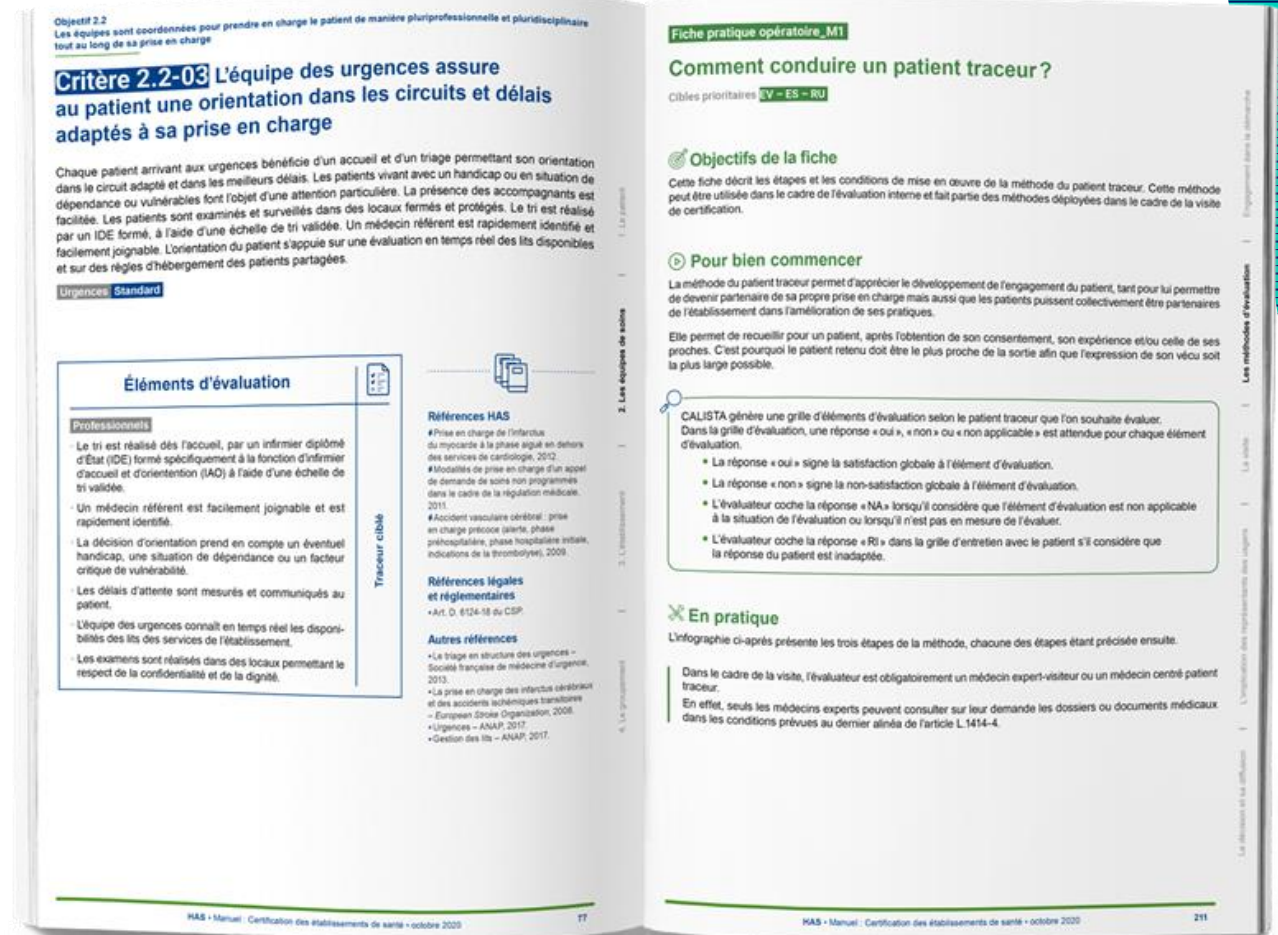


Le référentiel de certification

REFERENTIEL

FICHES CRITERES

FICHES PRATIQUES



Le référentiel de certification

3 chapitres



LE PATIENT

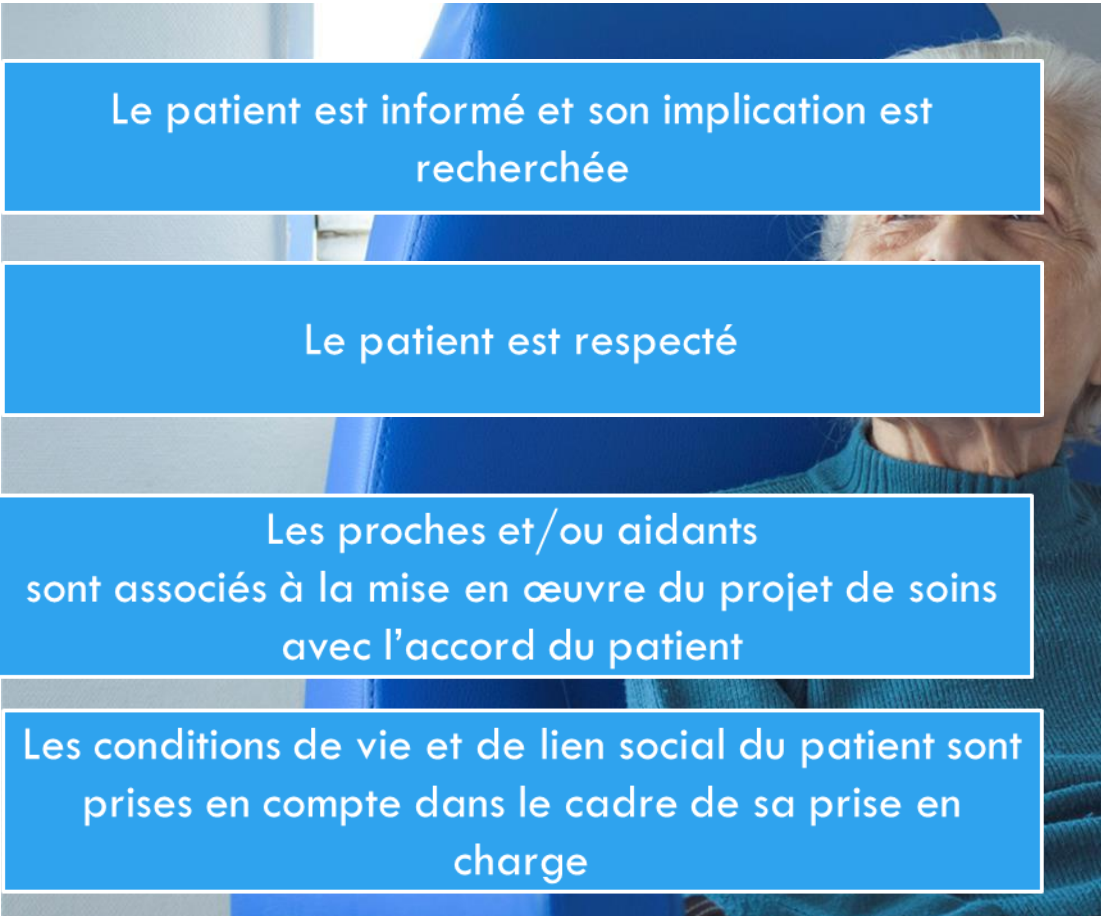


LES EQUIPES DE SOINS



L'ETABLISSEMENT DE SANTE

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

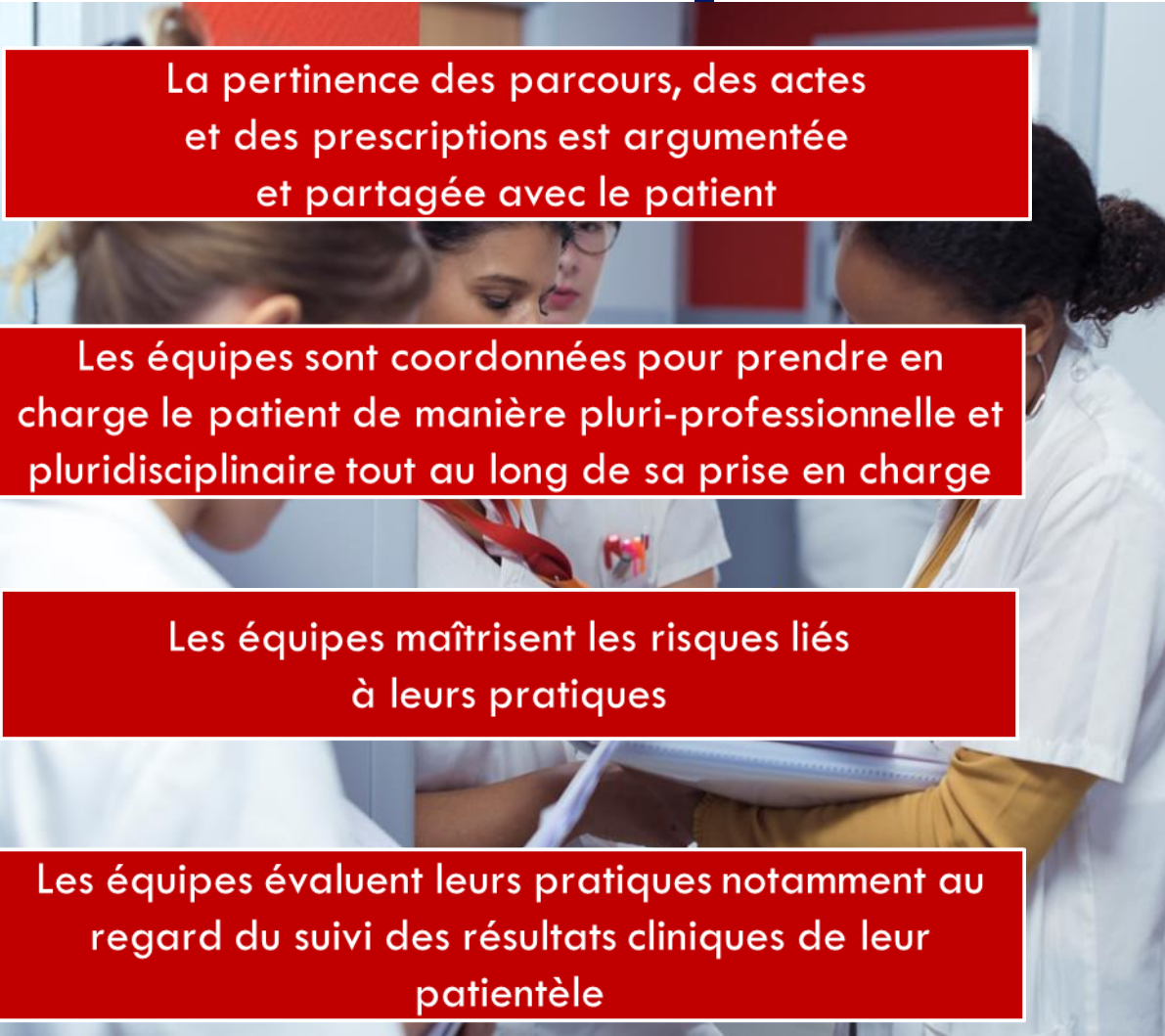
Un chapitre consacré au résultat pour le patient

- 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



I
LE PATIENT



II
LES ÉQUIPES
DE SOINS



III
L'ÉTABLISSEMENT

OBJECTIF

OBJECTIF

FICHE CRITÈRE

CRITÈRE GÉNÉRIQUE

CRITÈRE SPÉCIFIQUE

FICHE CRITÈRE

Des critères adaptés

TYPES DE CRITÈRES

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

(19)

IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus
voir"

(107)

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 <ul style="list-style-type: none">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.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.	Traceur ciblé

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 thrombolyse), 2009.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-18 du CSP.

Autres références

- Le 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 Organization, 2005.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.

HAS • Manuel • Certification des établissements de santé • octobre 2020 77

Intitulé critère et descriptif

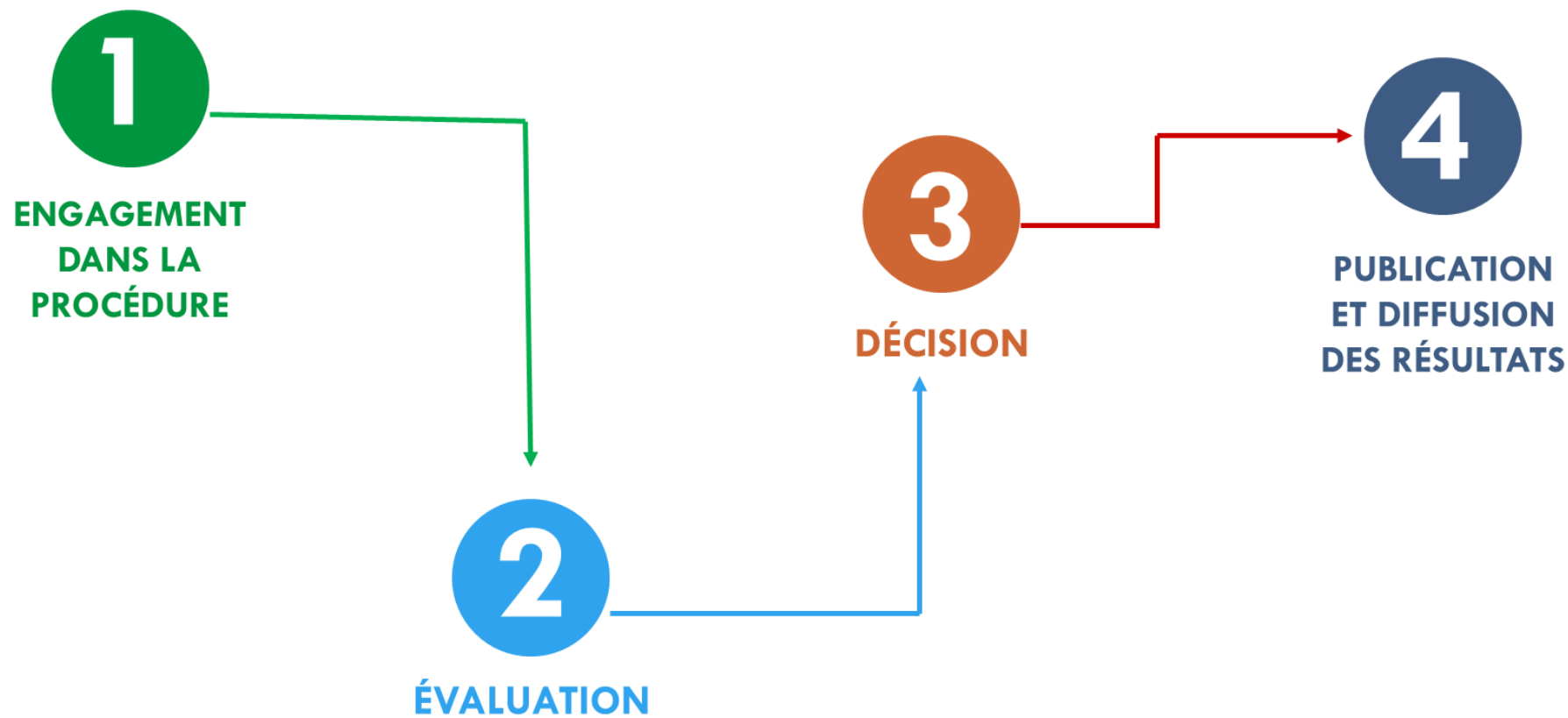
Champ d'application & niveau d'exigence

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 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)



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.

Agrégation des résultats - calcul de la note globale

- Pour chaque élément d'évaluation, l'ensemble des résultats des grilles, sont comptabilisés, et le ratio du nombre d'évaluations positives par rapport au nombre total d'évaluation est calculé
- La multiplication des grilles par les différents évaluateurs, assure ainsi la robustesse des résultats
- On obtient ainsi la moyenne des résultats de chaque élément d'évaluation = taux de satisfaction (%) à l'élément d'évaluation.
- Ce calcul se fait pour chaque critère, objectif et chapitre (patient- équipe- établissement), jusqu'à l'obtention de la note globale.
- La visualisation des résultats est simple, lisible et permet aux établissements de se valoriser et de s'améliorer (plus de focus sur les écarts)

La démarche qualité en pratique...

Le score global est supérieur ou égal à 50%

Le score global est inférieur à 50%

3

DÉCISION

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Haute
Qualité
des soins**



Établissement
certifié avec mention

Nouvelle visite sous 4 ans

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Qualité
des soins
confirmée**



Établissement
certifié

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Qualité
des soins
à améliorer**



Établissement certifié
sous conditions

Visite reprogrammée
entre 6 et 12 mois

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

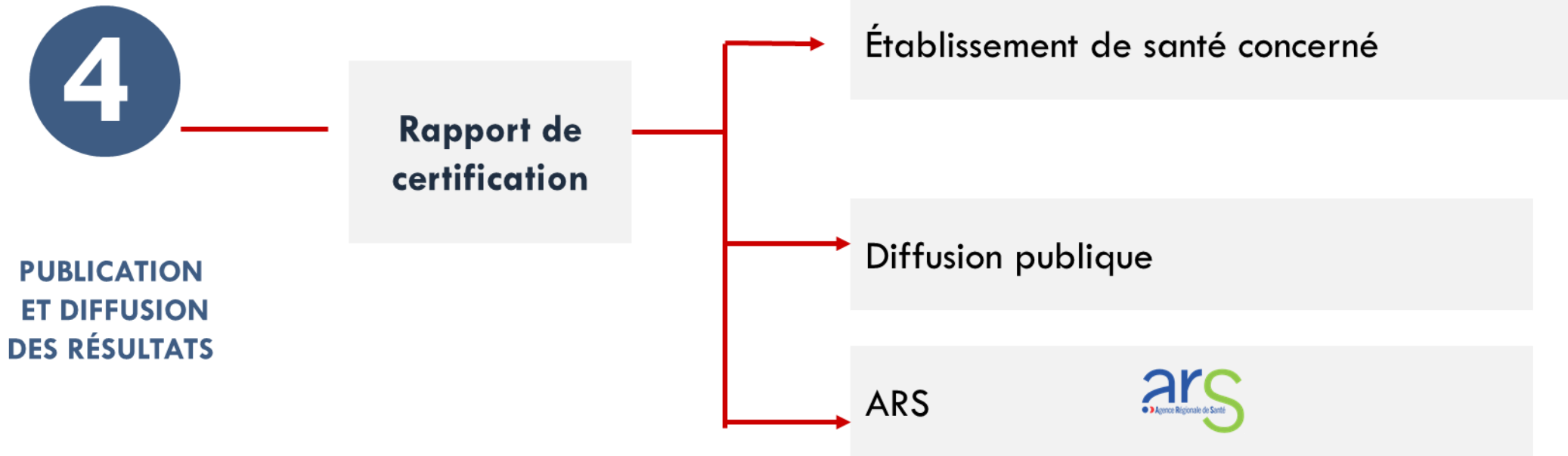
**Qualité
des soins
insuffisante**



Établissement
non certifié

Visite reprogrammée
entre 12 à 24 mois

La démarche de certification en pratique...



	INITIALEMENT	ANNUELLEMENT	
1 Engagement dans la procédure de certification	ES Engagement	HAS Intégration des données issues des bases nationales	ES Validation de la mise à jour des données de l'établissement
2 Évaluations	ENTRE 2 VISITES		
	ES Évaluation(s) interne(s) (Transmission possible mais non obligatoire à la HAS)		
	L'ANNÉE DE LA VISITE		
	HAS Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES HAS Visite	
3 Décision	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
4 Publication et diffusion des résultats	HAS Notification et diffusion de la décision et du rapport		ES Possibilité de formuler un RG 2 mois après réception de la décision
	CERTIFIÉ	CERTIFICATION SOUS CONDITIONS	NON CERTIFIÉ
	Nouvelle visite sous 4 ans	Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois	Visite reprogrammée dans les 12 à 24 mois

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

Lexique

- ARS: Agence régionale de santé
- CCES: Commission de certification des établissements de santé
- CNSA: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CSMS: Commission en charge du social et du médico social
- EI: Evènement indésirable
- EIG: Evènement indésirable grave
- EIGS: Evènement indésirable grave lié aux soins
- ES: Etablissement de santé
- ESSMS: Etablissements et services sociaux et médico sociaux
- HAS: Haute autorité de santé
- IQSS: Indicateur de qualité et de sécurité des soins