

Certification des établissements de santé

Bilan 2023, nouveautés 2024 & accompagnements en région



Programme

- 10h30 > Introduction du webinaire
- 10h45 > La certification des établissements de santé
- 11h15 > L'action de l'ARS sur la certification des établissements de santé
- 11h45 > L'accompagnement des établissements de santé
- 12h15 > Questions / réponses



Patients, soignants,
un engagement partagé



La certification des établissements de santé

Patrick MECHAIN

Adjoint à la cheffe du service certification des établissements de santé

Anne-Claire DUVAL

Cheffe de projet



La certification qualité des soins

Certification Qualité des soins : finalités

Apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes



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



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

**“patients, soignants,
un engagement partagé”**

Les orientations de la certification

MEDICALISER

-○ Passer d'une culture de moyen à la culture du résultat
-○ Proposer des méthodes d'évaluation en lien direct avec le cœur de métier des soignants, et donc de l'établissement
-○ Être à l'écoute des différents acteurs et de leurs pratiques
-○ Donner du sens et de la clarté aux professionnels de santé et aux usagers

SIMPLIFIER

-○ Transparence et lisibilité
-○ Vers plus d'autonomie et de souplesse
-○ Délais de publication du rapport

S'ADAPTER

-○ Des critères adaptés aux spécificités de chaque établissement
-○ Prise en compte du contexte
-○ Ajustement annuel du référentiel de certification

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

1 référentiel - 3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES
DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour

la qualité des soins :

15 objectifs

1. Le patient est informé et son implication est recherchée
2. Le patient est respecté
3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. La gouvernance fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Patients, soignants, un engagement partagé

17 critères impératifs



Le patient

- Le consentement sur son projet de soins et ses modalités
- Le respect de son intimité et de sa dignité
- Un environnement adapté aux mineurs
- Prise en charge de sa douleur



Les équipes de soins

- Le recours à des mesures restrictives de liberté
- L'examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
- L'utilisation des médicaments à risque
- Le risque infectieux
- Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie
- Les risques liés à HPPI
- L'analyse collective des EIAS
- Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la *check-list*



L'établissement

- Lutte contre la maltraitance
- Un management par la qualité et la sécurité des soins
- Les SSE
- La prise en charge des urgences vitales
- Les IQSS sont pilotés



Le processus décisionnel

La décision de certification

Base d'appréciation :

1. Le profil de l'établissement
2. Rapport de visite + observations de l'ES → **Analyse qualitative**
3. L'homogénéité et les résultats des scores atteints → **Analyse quantitative**
4. Les risques éventuels pour le patient



La CCES prononce sa décision selon 4 niveaux :



Publication et diffusion des résultats



Établissement de santé concerné

Diffusion publique
sur le service d'information en ligne de la HAS [QualiScope](#)



ARS





Ajustements du dispositif et du référentiel pour 2024

Ajustements du référentiel 2024



- Un **nombre de critères identique** y compris pour les critères impératifs
- Des fusions de critères, évolutions de terminologie, ajouts de nouvelles recommandations, permutation de méthodes pour une évaluation plus pertinente et une meilleure lisibilité
- Les sujets marquants :
 - ✓ **Evolution de l'exigence sur les critères liés à la check-list**
 - ✓ **Renforcement de la thématique numérique en santé**
 - ✓ **Changement de méthode** (transport & recours à des mesures restrictives de liberté)
 - ✓ **Extension de la notion de consignes de suivi à la sortie**
 - ✓ **Renforcement du critère sur les risques environnementaux**

Changement de niveau d'exigence du critère : CHECK-LIST secteur interventionnel

Critère 2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list «Sécurité du patient» est utilisée de manière efficace

Manuel 2023

Impératif



Manuel 2024

Standard

Critère 2.4-06 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list

Standard



Impératif



Renforcement du numérique dans la Certification

1. Répondre à l'enjeu fort de la sécurité informatique :

- pour la **continuité d'activité** = sécurité des soins
- pour gérer les risques des cyberattaques sur le soin

2. En cohérence avec les politiques publiques en matière de numérique et de sécurité :

- Programmes nationaux de financement du numérique à l'hôpital (HOP'EN)
- Ségur du numérique en santé (SUN-ES)
- Feuille de route du numérique en santé 2023-2027
- Programme CaRE



Ajustements annuels du référentiel de certification

Décision de renforcer les critères numériques dans la certification



C'est :

Un levier : développer les usages du numérique au bénéfice de la continuité et sécurité des soins

> Un audit résultat centré sur les professionnels



Ce n'est pas :

Un audit technique / une inspection qui évalue la sécurité des systèmes d'information

Les 7 critères numériques dans la certification

- ✓ **Maîtriser les risques de sécurité numérique, en renforçant la lutte contre la cyber malveillance**
- ✓ **Permettre le partage de données, la communication et l'information entre les acteurs de soins et les patients, en sécurisant les échanges**
- ✓ **Améliorer la pertinence et la continuité de la prise en charge sans rupture de parcours pour le patient**

Gestion des risques numériques

- Critère 3.6-02 : **Maîtrise par l'ES du risque de sécurité numérique**
- Critère 3.6-06 : **Sécurisation de l'identification des professionnels dans le SI**

Promotion des bons usages

- Critère 2.2-05 : **Usage du système d'information pour l'accès au dossier du patient**
- Critère 3.1-07 : **Sécurisation des usages des communications informatiques d'informations médicales**
- Critère 3.2-09 : **Accès du patient à son dossier**
- Critère 1.1-18 : **Information du patient**
- Critère 2.3-01 : **Respect des bonnes pratiques d'identification du patient**

Autres ajustements

Critère 1.1-09

Extension des attendus liés aux **consignes de suivi à la sortie** à l'ensemble des informations permettant la suite de la prise en charge (et non plus la seule prise en charge médicamenteuse)

Critère 3.6-04

Renforcement du critère sur les **risques environnementaux**

Critère 3.5-02

Renforcement de la thématique « **gestion des conflits** » par l'intégration de la saisie des **médiateurs**

Critère 2.3-22

Suppression du traceur ciblé dit « **transport** » -> évaluation par la **méthode du parcours traceur** pour une couverture plus large

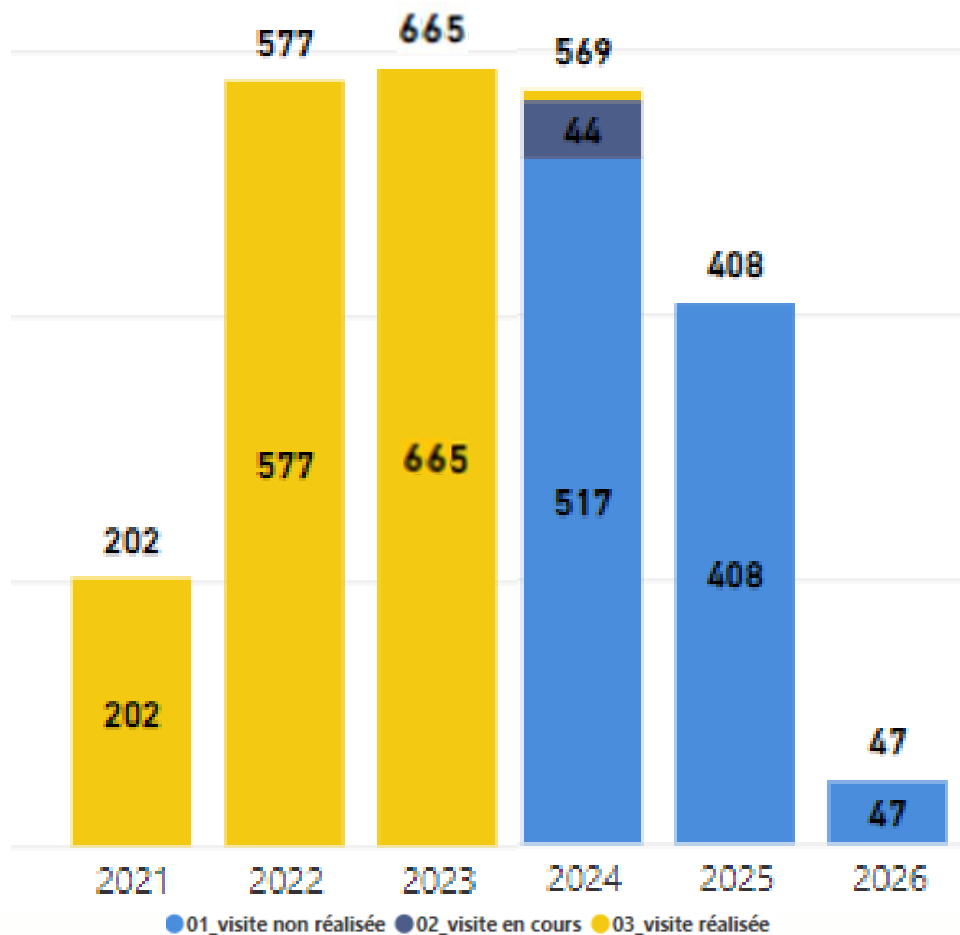
Critère 2.1-05

Changement de méthode pour l'évaluation de la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté
Patient traceur => Parcours traceur (pour les 3 derniers EE)



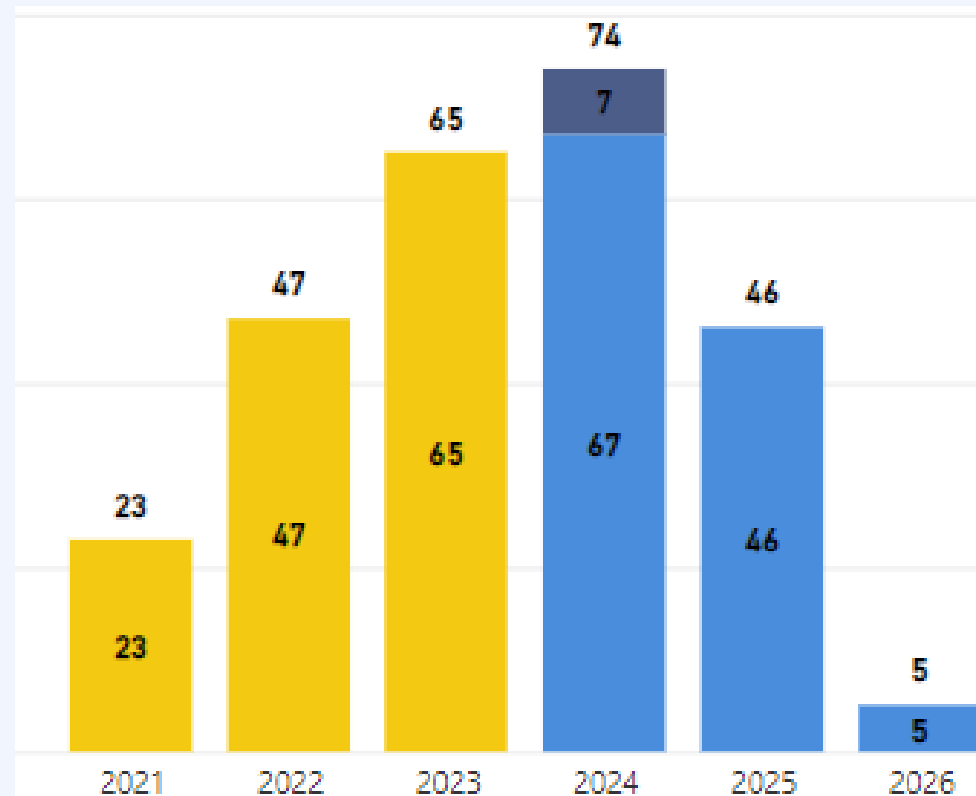
Point d'étape : résultats de certification

1452 visites réalisées / 2392 au 31 janvier 2024



Région OCCITANIE

135 visites réalisées / 260



Calendrier des prochaines visites en Occitanie

FEVRIER 2024 – 4 VISITES

CH des Deux Rives

Unité psychiatrique de soins de réadaptation du Château de Coulorgues

Clinique du Vallespir

Clinique Val Pyrène

MARS 2024 – 12 VISITES

Clinique Stella

Clinique Fonte Redonde

Clinique la Recouvrance

UMT - CRPA

Clinique Saint-Michel

Clinique Sensevia et Soleil Cerdan

CH de Montauban

CH de Langogne

CH de Perpignan

Etab Santé Mentale de Toulouse

CSSR le Pech du Soleil

CRF de Montrodât

AVRIL 2024 – 8 VISITES

CH de Narbonne et CH Francis Vals Port la Nouvelle

Clinique la Camargue Mont Duplan

Clinique du Pré

Pôle de Santé la Reviscolada

Clinique Korian Pietat

CH de Lavaur

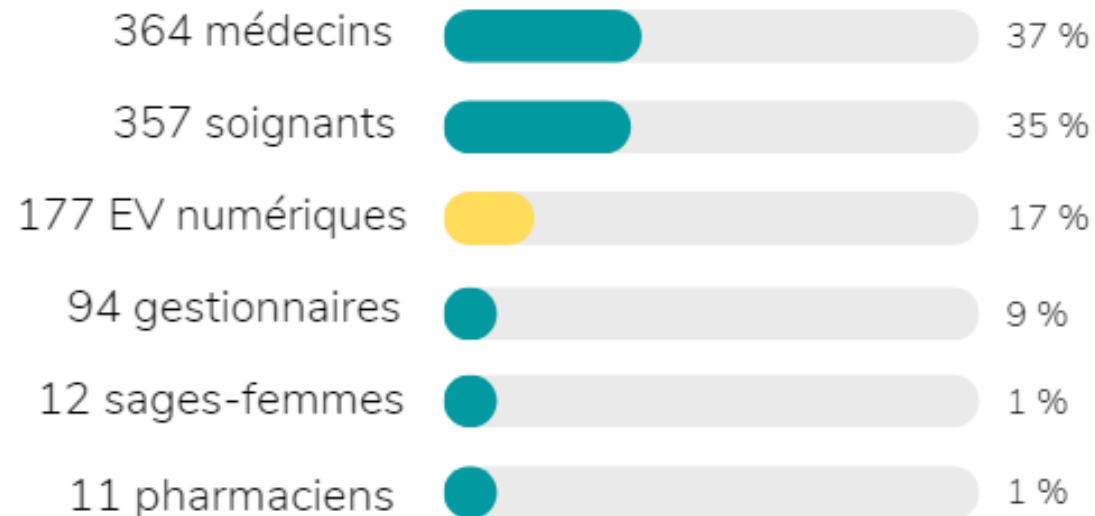
CH du Val d'Ariège et CH du Pays d'Olmes

Clinique Claude Bernard-Albi

Point sur les effectifs experts-visiteurs et EV numériques (déc 23)



1015 experts-visiteurs

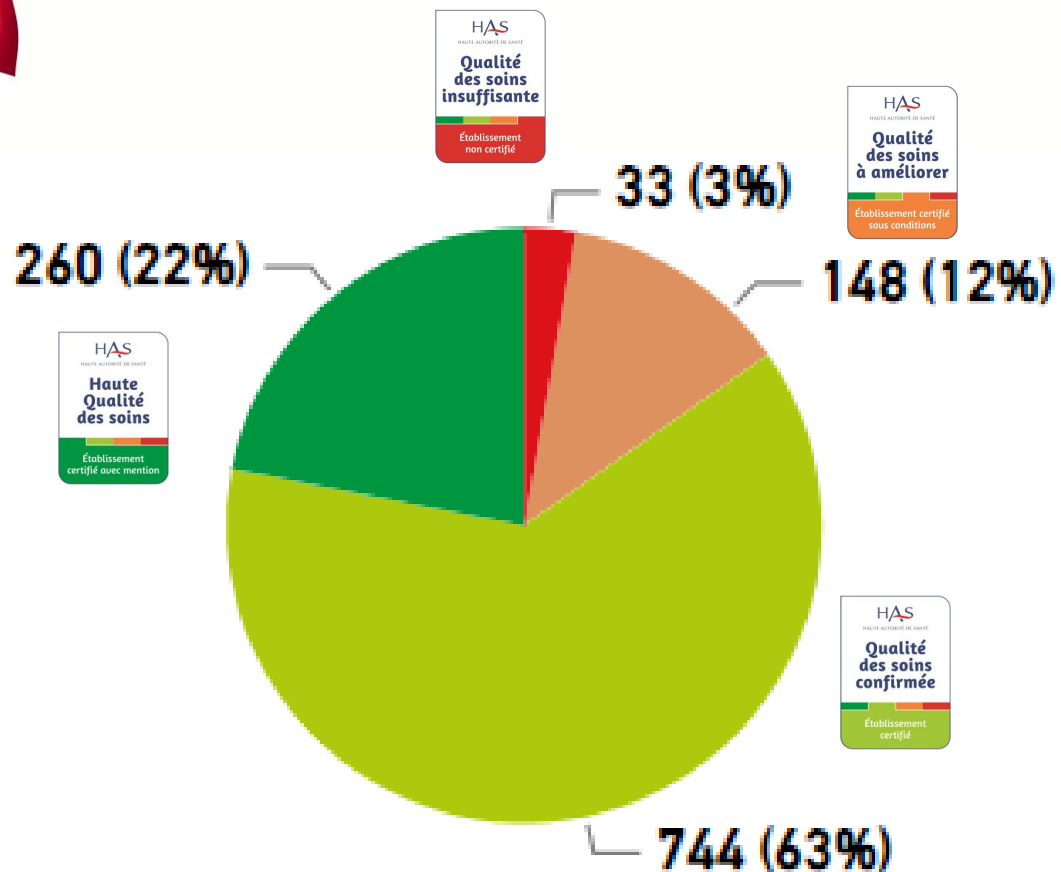


74 % (750) de cet effectif est composé de « nouveaux » EV recrutés pour la CQSS

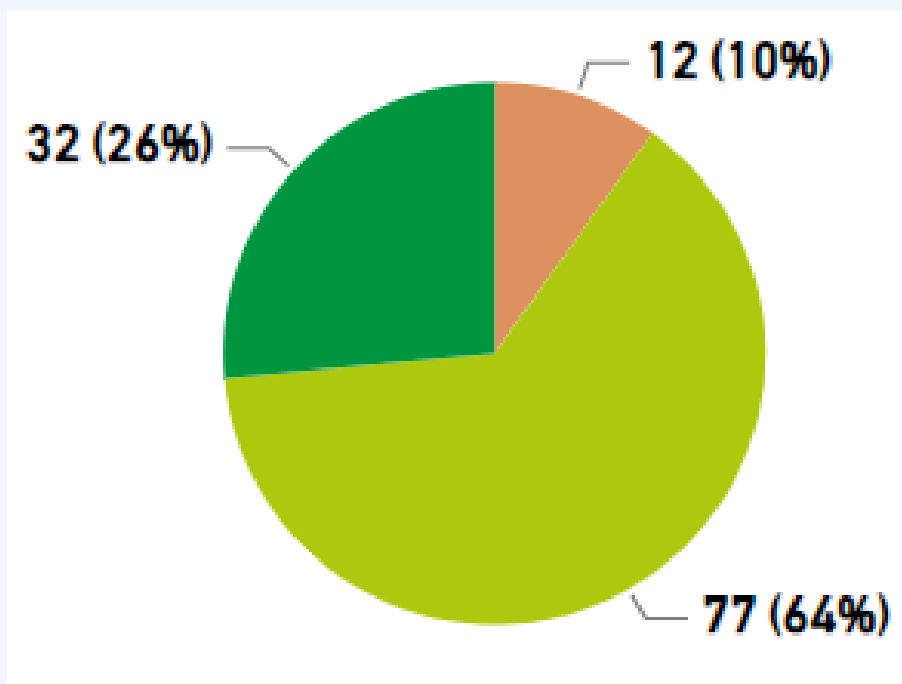


1185 décisions de certification au 31 janvier 2024

👉 Pour retrouver les résultats par établissement, consultez l'espace [QualiScope](#)



Région OCCITANIE
121 décisions de certification



Procédure 2nde visite (EVAX2)



Délai de reprogrammation : **entre 6 et 12 mois**



Décision 2nde visite :



- ✓ Visite complète
- ✓ Nouvelle équipe d'EV

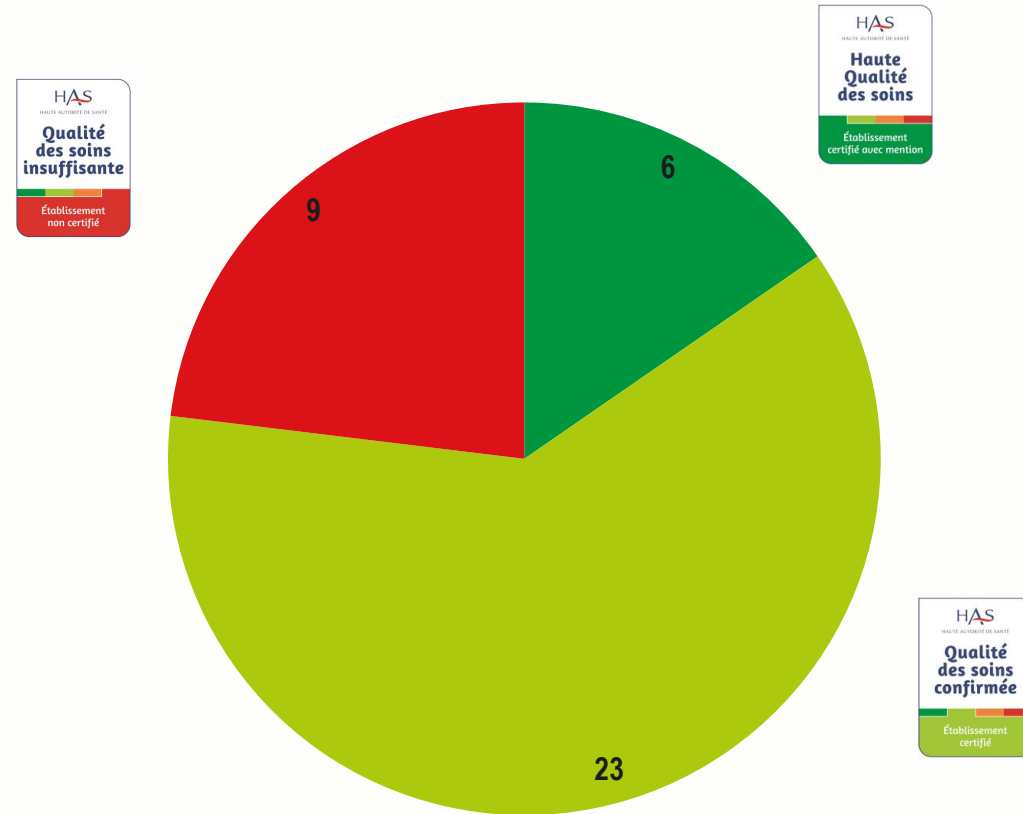


Délai de reprogrammation : **entre 12 et 24 mois**

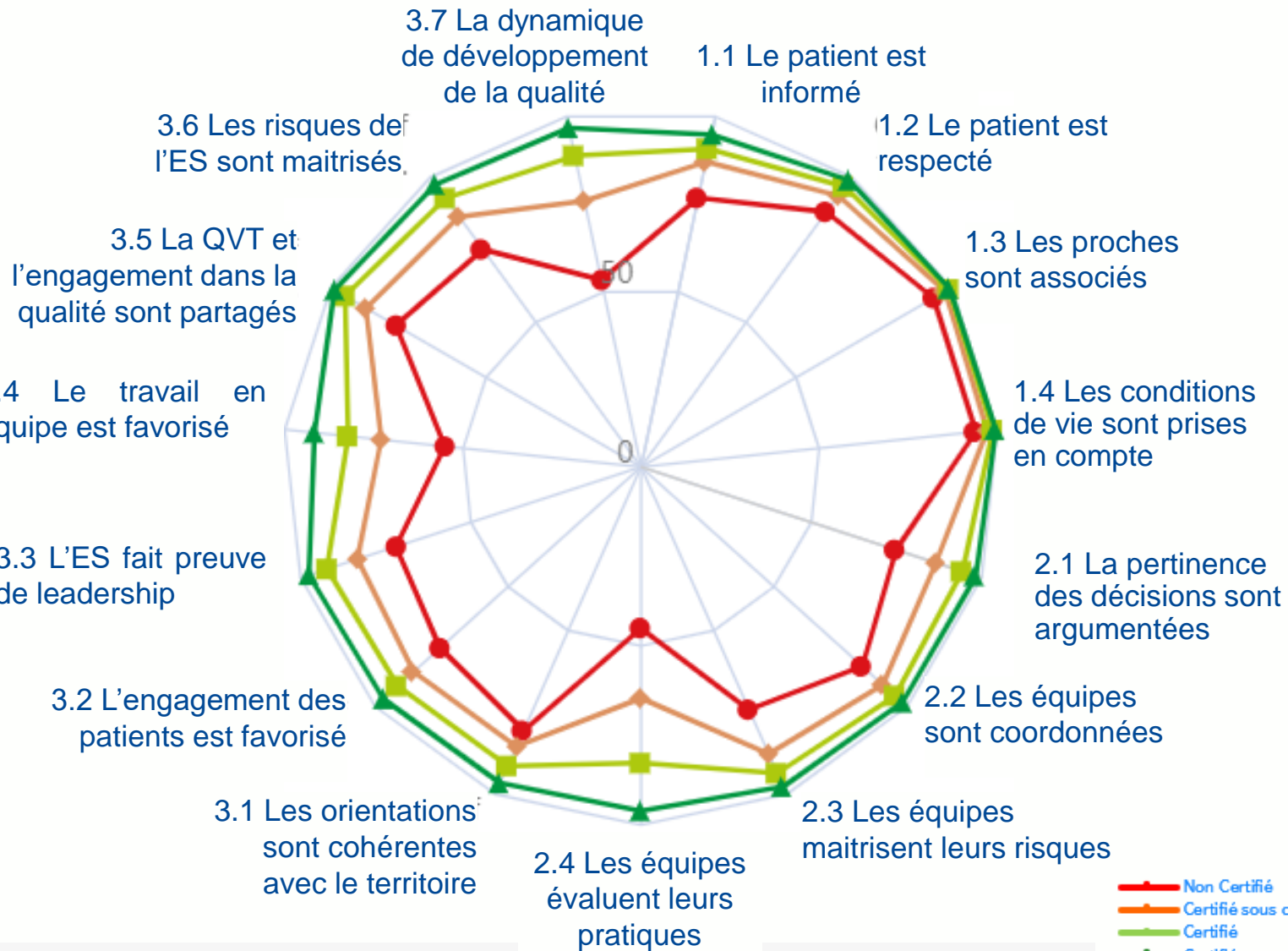
Résultats 2ndes visites (EVAX2) suite à décision sous conditions au 18 janvier 2024



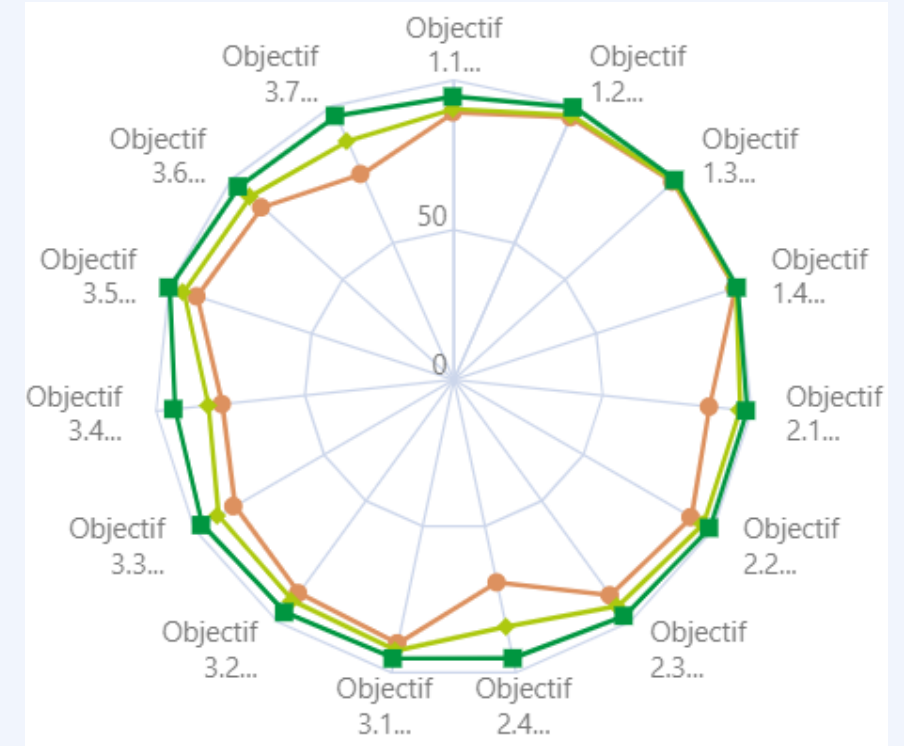
Décisions prononcées suite à EVAX 2 pour 38 démarches / 187



Résultats de certification : approche quantitative par Objectif

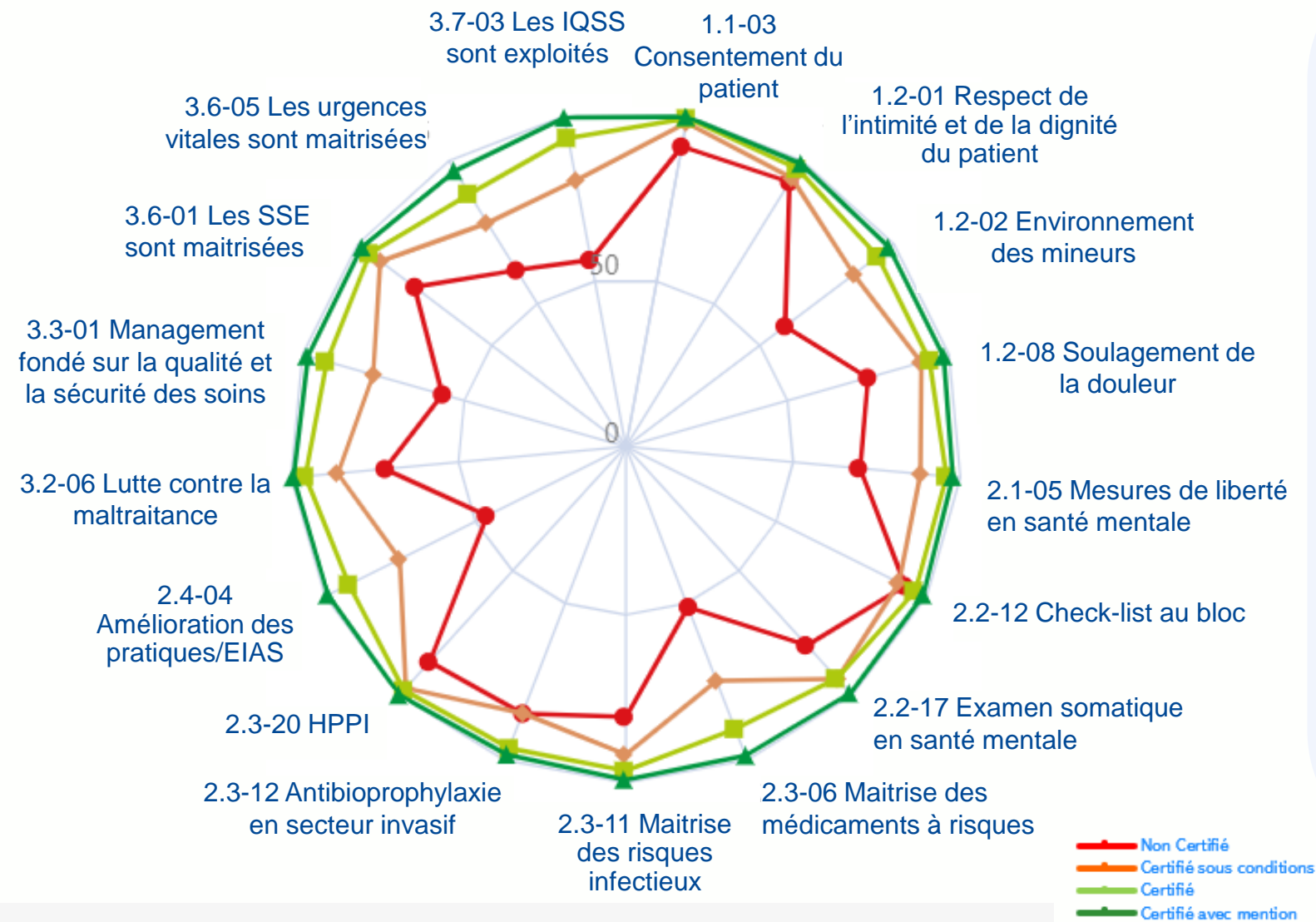


Région OCCITANIE

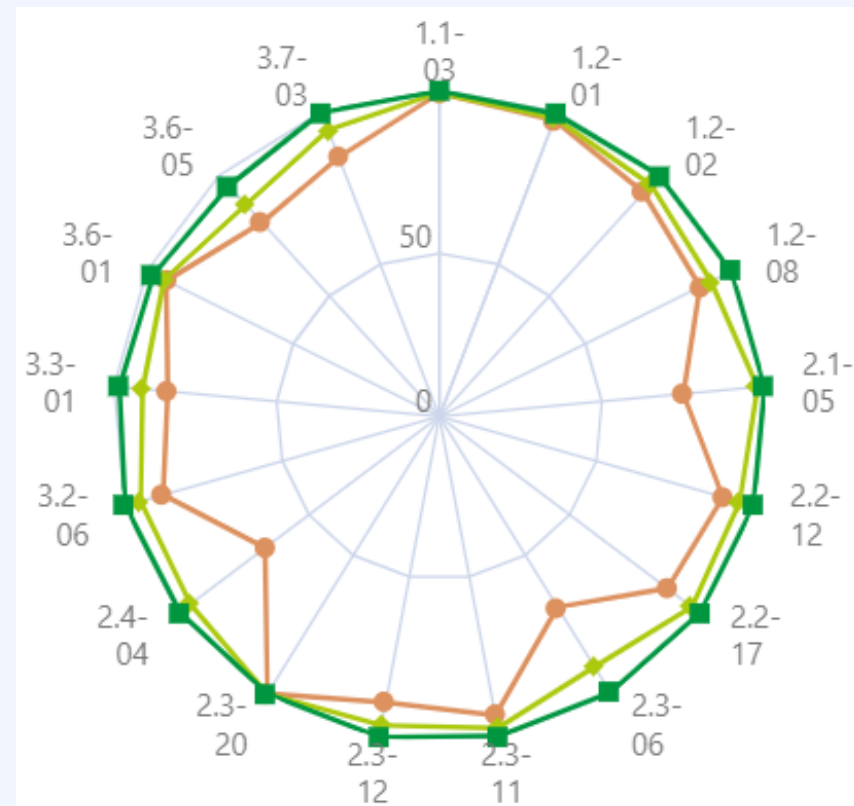


- Non Certifié
- Certifié sous conditions
- Certifié
- Certifié avec mention

Résultats de certification : approche quantitative par Critère impératif



Région OCCITANIE



Au niveau national : résultats qui s'écartent le plus des exigences issus des 1185 décisions de certification entre avril 2021 et janvier 2024



Critère n°1.1-14 : Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger des directives anticipées



Critère n°1.1-17 : Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction



Critère n°2.4-01 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques



Critère n°3.4-03 : Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées



Critère n°1.1-16 : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile



Critère n°2.4-05 : Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Au niveau régional : résultats qui s'écartent le plus des exigences issus des 121 décisions de certification entre avril 2021 et janvier 2024



Critère n°1.1-17 : Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction



Critère n°2.4-06 : Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés



Critère n°3.4-03 : Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées



Critère n°2.4-01 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques



Critère n°1.1-16 : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile



Critère n°2.4-05 : Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Au niveau régional : résultats qui s'écartent le plus des exigences

issus des **12 décisions sous conditions** au 31 janvier 2024



 **Critère n°2.3-06** : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

 **Critère n°1.1-16** : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile



Critère n°3.7-02 : L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité



Critère 3.7-04 : Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement



Critère n°2.4-02 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients



Critère n°2.4-04 : Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins



Critère n°2.4-05 : Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés




Critère n°2.4-01 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques




Les supports d'information et de communication

Outils d'information pour les établissements: 32 fiches pédagogiques





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'**organisation du circuit du médicament**. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.

Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- **l'intervention de différents acteurs de santé** dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- **la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité** couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- **des projets thérapeutiques** de plus en plus complexes nécessitant un développement d'information adapté au patient d'autant plus délicate ;
- **la circulation d'une information** qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- **ou encore l'interruption de tâches.**

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est **d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.**

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013

Enjeux nationaux

- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Éviter les erreurs médicamenteuses.
- Sécuriser les médicaments à risque.
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibiorésistance.
- Promouvoir la conciliation des traitements médicamenteux.
- Développer la culture de la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

Principales données actuelles

- Les EIG liés aux médicaments représentent 32,9% du total des EIG liés aux soins¹. Parmi les EIG liés aux médicaments :
 - 51,2% sont considérées comme évitables ;
 - 54,5% ont motivé une hospitalisation.
- Une part notable des (ré)hospitalisations est évitable, notamment celles fréquentes liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous traitement) : entre 20 et 30% des prescriptions ne sont pas pertinentes.²

1. Enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, réalisée en 2009.
2. Stratégie nationale de santé 2018-2020.

Actualités sur les fiches pédagogiques

Nouveautés

Actualisations

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION

Gestion des risques environnementaux et le développement durable (3.6-04) selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

L'établissement est soumis aux risques de son environnement (incendie, tempête, inondation, incidents d'installations nucléaires ou industrielles, etc.) et ses activités entraînent des conséquences sur le climat, la biodiversité, les eaux ou encore les sols. L'établissement doit, pour pérenniser son activité, **maîtriser les risques environnementaux** auxquels il est exposé tout en prenant en compte son **impact social et environnemental** en garantissant une **soutenable économie** sur le long terme. Pour répondre à ces enjeux, l'établissement définit sa stratégie et son plan d'actions en lien avec ses parties prenantes. Le développement durable doit être porté au niveau stratégique pour permettre son intégration et son déploiement. La stratégie de l'établissement vise à **améliorer l'efficacité énergétique**, mesurer et réduire les émissions de gaz à effet de serre, préserver les ressources, développer la mobilité durable, améliorer la gestion des déchets et préserver la biodiversité.

Le développement durable

La notion de « développement durable » est apparue dans le rapport Brundtland 1987 à la suite de la première commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'ONU. Selon la définition de ce rapport, « le développement durable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs ». Le développement durable est composé de **3 piliers** : environnemental, social et économique.

La santé environnementale

La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. La santé environnementale devient une priorité de santé publique pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 1999, l'OMS déclarait que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé » (Source ministère de la Santé).

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AIDE AU QUESTIONNEMENT

Évaluation de la maîtrise des risques et de la dynamique d'amélioration selon le référentiel de certification

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Date validation Collège le 7 décembre 2023

En préparation de la visite (à partir des documents Calista)

- Quels sont les objectifs principaux de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? Cette politique est-elle déclinée dans un programme d'actions ? Pouvez-vous me parler de ce plan d'actions ? par exemple en évoquant deux actions prioritaires. N'hésitez pas à questionner au regard des résultats des indicateurs de leur CPOM... Comment le plan d'actions est-il suivi ?
- Le plan blanc prévoit-il les mesures générales à mettre en œuvre en cas de crise et les mesures spécifiquement adaptées à la situation rencontrée ? Intègre-t-il un volet relatif aux risques numériques ? Est-il cohérent au regard des risques auxquels l'établissement peut être confronté (ex : ouragan, centrale nucléaire sur le territoire, etc.) ? Est-il conforme au plan ORSAN ?

À la gouvernance

- En matière de maîtrise des risques, comment avez-vous identifié vos principaux risques ? Comment les avez-vous priorisés ?
- Plus particulièrement sur les situations sanitaires exceptionnelles (3.6-01) :
 - Quels sont vos principaux risques ? Avez-vous identifié les lits, EPI, dispositifs médicaux, capacités diagnostic, etc. utiles pour faire face à la crise ? Comment vous assurez-vous qu'ils sont opérationnels et en nombre suffisant ? Des formations sont-elles inscrites au plan de formation ? Si besoin, comment intégrez-vous un patient ayant un risque de transmission d'agents infectieux ?
 - Comment avez-vous établi votre plan blanc : avec les instances concernées, les professionnels, les représentants des usagers ? L'avez-vous transmis à l'ARS ?
 - Existe-t-il une cellule de crise ? Qui la préside ? Qui y participe ?
 - Existe-t-il des exercices ? Si oui, quels sont les principaux questionnaires ? Avez-vous mis des actions d'amélioration en œuvre ?
 - Avez-vous réalisé des retours d'expérience après l'activation du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (niveau 1 ou niveau 2) ? Quel a été le délai opérationnel de la cellule de crise ? Quelles en sont les conclusions et les améliorations à mettre en place ?

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la maîtrise des risques et de la dynamique d'amélioration selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

Les établissements considèrent des démarches pour améliorer de façon continue la qualité des soins et la sécurité des patients. La maîtrise des risques et l'amélioration de la qualité sont deux démarches convergentes qui reposent sur un management participatif, continu, sur une culture de l'erreur et sur une dynamique dans l'organisation à tous les niveaux de la structure pour la satisfaction des usagers. Elles reposent sur la définition d'une politique et d'objectifs s'appuyant sur un système, des outils et des méthodes. Le management de la qualité peut être considéré comme un cycle qui implique la planification stratégique, la mise en œuvre, l'agilisation, la mesure (analyse) et l'amélioration. L'implémentation stratégique du management est essentielle. Le dispositif de certification permet, au travers de son évaluation externe sur la base de son référentiel de rendre essentiellement une appréciation sur cette dynamique d'amélioration de la qualité et de la maîtrise des risques.

Enjeux nationaux

- Faire le management des risques
- Soutenir des valeurs, compétences, qualité et de la sécurité des soins
- Partager une dynamique d'amélioration de terrain
- Maîtriser tous les risques au sein de l'établissement
- Anticiper les situations de crise

Principales données à connaître

- EAS - étude DESIS** : en 2019, 1000 jours d'hospitalisation
- Accréditation des médecins accés et 303 équipes médicales**
- Urgences vitales** : 4% des arrêts cardiaques, 2 cas sur 3. Le taux de survie est de 20%
- SSE** : plusieurs crises sanitaires traumatiques engendrées pour les patients, attentat de Nice en 2016
- Sécurité des biens et des personnes** (chiffres ministères)
- Sécurité du système d'information** : déclaration d'arrêt de service aux SIH, proportion en baisse
- Risques environnementaux** : incendie, tempête, inondation, etc.

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION

Gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles (SSE) - (3.6-01) selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

Chaque établissement de santé (ES) doit se doter d'un dispositif de crise révisé chaque année, dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc intègre les orientations du dispositif ORSAN. Le dispositif ORSAN définit les parcours de soins des patients concernés et adresses aux événements au niveau régional.

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION

Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-07) selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

Qu'ils disposent ou non d'un service d'accueil des urgences, les établissements de santé doivent pouvoir faire bénéficier tout patient, professionnel ou visiteur de la prise en charge la plus précoce possible en cas d'urgence vitale et ce quel que soit le lieu où se produit l'événement (dans les locaux ou à l'extérieur du réseau des parkings).

Situation de détresse (hémorragie sévère, asthme grave, obstruction des voies aériennes supérieures, réaction allergique grave...) où la vie du patient est en danger imminent faute de soins rapides et adaptés. Les détresses vitales sont définies sur le plan :

- neurologique** : coma ; le patient ne répond pas aux stimulations dououreuses
- respiratoire** : arrêt respiratoire, respiration anormale en fréquence ou en amplitude, obstruction des voies aériennes supérieures ; impossibilité de parler, patient bouche ouverte, porte les mains à son cou ;
- circulatoire** : pression artérielle incompressible, pouls proximal non palpé.

Les professionnels peuvent expliquer la manière dont l'équipe est organisée pour faire face à l'urgence vitale dans les cas suivants :

- l'équipement** : en cas d'équipement, il faut agir vite avec des claques dans le dos de la personne voire des compressions abdominales ;
- le saignement** : lorsque le sang gicle ou coule de façon continue, il convient d'exercer une pression sur la plaie afin d'arrêter le saignement ;
- l'inconscience** : si la personne est inconsciente, et qu'on la poitrine se soulève régulièrement, il importe de libérer ses voies aériennes et de la placer en position latérale de sécurité ; une réanimation cardiopulmonaire est nécessaire ;
- l'arrêt cardiaque** : si la personne est inconsciente et ne respire pas normalement, il faut effectuer des compressions thoraciques et des insufflations. La réanimation doit se poursuivre jusqu'à la reprise d'une respiration normale ou l'arrivée des secours ;
- le matériel cardiaque** : un matériel cardiaque se manifeste par une douleur qui serre la poitrine. La personne peut aussi présenter d'autres signes comme des difficultés respiratoires, des sueurs, des nausées. Il est indispensable de questionner la personne pour que le Samu puisse juger du degré d'urgence (Source : Fiche « Réagir en cas d'urgence médicale du Ministère de la Santé »).

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DES RISQUES ET DE LA DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION

L'accréditation des médecins et des équipes médicales (3.7-06) selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 décembre 2023

L'accréditation des médecins et équipes médicales est un **programme volontaire** d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui met en œuvre la Haute Autorité de Santé avec les organisations professionnelles. Ce programme est conçu pour être intégré à la pratique de tous les jours et notamment il prend en compte tout ce qui est déjà réalisé sur le terrain. Le programme d'accréditation concerne les **spécialités dites à risques** en établissements de santé (gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, médecine intensive-réanimation) Aujourd'hui, ces programmes ne sont proposés qu'à ces spécialités mais l'ensemble des disciplines peut mettre en œuvre des programmes inspirés de ce modèle.

Initialement centré sur la gestion des risques, le programme a été diversifié en 2023, visant à améliorer les pratiques professionnelles, la sécurité du patient, le travail en équipe et aussi la relation avec les patients et la santé du professionnel. Par la même, il répond aux exigences de la certification périodique des pratiques de Santé. Il permet de développer une culture sécurité au sein des équipes.

Les principes généraux de l'accréditation individuelle et en équipe

La démarche d'accréditation peut être effectuée individuellement ou en équipe. La Haute Autorité de Santé recommande le modèle équipe, particulièrement adapté au travail en établissements de santé (qui sont son statut).

Les médecins et équipes s'engagent à réaliser annuellement un programme d'amélioration :

- du travail en équipe** : toute activité permettant de montrer les efforts ou les résultats de l'équipe en termes de concertation, collaboration, communication avec par exemple l'élaboration de protocoles communs ou la mise en œuvre de la check-list ;
- des pratiques professionnelles** : toute activité cognitive classique (longues, activités de DPC, formations, listes de recommandations proposées par l'OA et les sociétés savantes de la discipline, et toute activité d'évaluation/amélioration des pratiques (pertinence, protocollisation de l'activité selon les recommandations, audits, suivi d'indicateurs, registres, RCP, EPR, recherche clinique, publications...)
- de la sécurité du patient** : déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Le nombre d'EIAS à déclarer est défini par chaque spécialité. Ces EIAS sont analysés localement, en lien avec l'établissement de santé, et globalement en BMS. Il est également attendu que les médecins et équipes obtiennent des situations à risques dans leurs pratiques et mettent en place des protocoles pour prévenir, récupérer ou atténuer d'éventuels EIAS survenus dans ces circonstances pré-identifiées ;

Nouveaux supports de communication

Newsletter



Les informations de la certification

Une nouvelle année qui démarre bien !

N°11 - 10 janvier 2024

Filtrez, sélectionnez, cliquez et trouvez la fiche pédagogique que vous souhaitez parmi les dernières publications !

► Le site internet de la HAS s'enrichit d'un outil dynamique pour faciliter la recherche des fiches pédagogiques.

Vous pouvez dès à présent utiliser le [nouvel outil de recherche](#) pour accéder aux fiches pédagogiques ainsi qu'au(x) document(s) « aide aux questionnements » qui vous aideront à vous approprier au mieux les attendus du référentiel de certification.

un engagement partagé

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Des affiches critères impératifs



Un livret de témoignages de professionnels

Kit de communication des décisions de certification

Valoriser la fierté d'être certifié

Affiche poster



Bannière web



Vidéo

GIF signature



Vignette réseaux sociaux



Vidéos : Retex des établissements visités

Vidéo sur la certification CQSS des témoignages de professionnels et d'établissements qui l'ont vécue



+ des vidéos thématiques

Gouvernance 



Qualiticiens 



Soignants 



Médecins 



Retrouvez
tous nos travaux sur

www.has-sante.fr



Utilisez nos hashtag
#certificationHAS
#qualitédesoins

Questions / réponses ?



L'action de l'ARS sur la certification des établissements de santé



La qualité et la sécurité des soins : un engagement du PRS

- ↘ Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
 - Culture partagée : les principes de l'amélioration continue ; la culture positive de l'erreur, les démarches d'évaluation
 - Renforcement des démarches d'amélioration continue des organisations et des pratiques professionnelles
- ↘ La certification des établissements de santé : un levier de mobilisation
- ↘ Portage :
 - Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
 - Direction des usagers, des affaires juridiques et de l'Inspection-contrôle

Quelle stratégie pour l'ARS ?

- ↳ Favoriser l'accompagnement des ES
- ↳ Accompagner les exigences qualité des soins
- ↳ Suivre les établissements certifiés sous conditions
- ↳ Analyser les résultats en transversal pour identifier des axes de progrès
- ↳ Communiquer sur la démarche / valoriser les résultats

Favoriser l'accompagnement des ES

↘ Le soutien de structures d'appui

La SRA

Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

> Appui aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des parcours de soins et d'accompagnement.

L'OMEDIT

Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

> Appui aux démarches de qualité, de sécurité et d'efficacité médico-économique liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux

Le CPIAS

Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

> Appui dans le domaine de la prévention du risque infectieux

Le CRATb

Centre Régional en Antibiothérapie

> Appui dans les domaines du bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance

Le réseau InterCLUD

Comités de Lutte Contre la Douleur

> Appui aux démarches d'amélioration de la qualité de prise en charge de la douleur

Le GRADES e-santé Occitanie

> Opérateur préférentiel de l'ARS pour la mise en œuvre de la stratégie régionale de e-santé, en conduire les projets, notamment ceux relevant du socle commun de services numériques, et veiller à l'urbanisation, l'interopérabilité, l'éthique et la sécurité des SI de santé à l'échelle régionale

Accompagnement relatif aux exigences de qualité des soins

Objectif : Suivre et accompagner les établissements de santé dans l'amélioration de leur démarche qualité

Suivi des exigences de qualité des soins

IFAQ

Dotation complémentaire versée à un établissement au regard de ses résultats par rapport à des établissements comparables.

- Suivi des financements
- Analyse comparative régionale et nationale des résultats obtenus
- Information des établissements sur la campagne de recueil des indicateurs

Autorisations sanitaires

Renforcement des exigences de qualité des soins – Ordonnance du 12 mai 2021

L'article L. 6122-5 du CSP :

Lorsque des **indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins**, définis par arrêté du ministre de la santé sur proposition de la Haute Autorité de santé, font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation peut être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'agence régionale de santé compétente, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices.

Arrêté non-publié à ce jour

Notre accompagnement

DIALOGUE DE GESTION AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE SUPPORTS DE GHT

Depuis 2022, les résultats IFAQ sont présentés aux établissements rencontrés en dialogue de gestion (ES supports de GHT) afin de mettre en exergue l'importance croissante des financements IFAQ et d'identifier des marges de progression.

Il est demandé à l'établissement de présenter les actions réalisées ou envisagées pour impulser une démarche qualité à l'échelle du GHT.

Suivre les établissements certifiés sous conditions

- ↘ **Une lecture du rapport long ARS/SRA**
 - Analyser collectivement les résultats
- ↘ **Une rencontre avec l'établissement**
 - Recueillir leur perception de la visite et des résultats
 - Leur permettre de présenter leur mobilisation en cours
 - Leur rappeler la possibilité de sollicitation par les structures d'appui
 - Mettre en lien avec la SRA le cas échéant
- ↘ **Attention sur les résultats de la nouvelle visite de certification**
- ↘ **Nouveau point à distance**
 - Recueillir leur perception de la visite et des résultats
 - S'assurer la poursuite de leur mobilisation

Analyser pour identifier les axes de progrès (à venir)

↘ **Exploitation des données**

- Suivi des résultats de la certification
- Croisement avec les indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Croisement avec les résultats de l'analyse consolidée des EIG

↘ **Eclairage avec les retours d'expériences**

- Des établissements de santé
- Des structures d'appui
- De l'expérience patient

Communiquer / valoriser

- ↘ **Créer une rubrique sur le site Internet de l'ARS**
 - Expliquer la démarche
 - Publier les résultats régionaux
 - Suivre les établissements certifiés
 - Présenter les structures d'appui

- ↘ **Organiser une communication grand public**

- ↘ **Alimenter les instances de démocratie en santé**

Questions / réponses ?



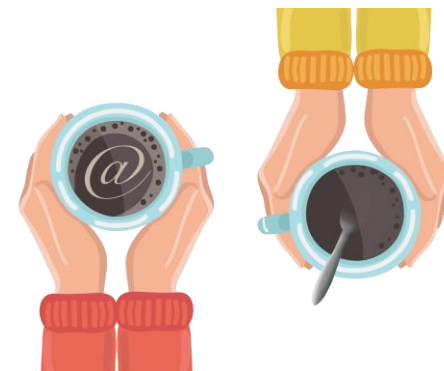
L'accompagnement des établissements de santé



La SRA propose.....



Des ateliers



2021-2023

Ateliers centrés « Préparation aux visites de certification »

- Web café « se préparer à la visite de certification des établissements de santé »
- Prévention des IAS
- Engagement patient
- PEC médicamenteuse, le médicament à risque
- Les équipes maîtrisent le risque lié à l'hémorragie du post-partum
- L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire
- Evaluation de la prise en charge des urgences
- Evaluation de la gestion du leadership, des équipes et de la qualité de vie au travail
- Evaluation de l'activité psychiatrie et santé mentale
- Evaluation de l'hospitalisation à domicile
- Evaluation de l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Evaluation de la médecine et de la chirurgie ambulatoire
- Evaluation de la culture de la pertinence et du résultat
- Le questionnement éthique
- Déclaration des EIAS-Focus Presqu'accident
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Ecrire un projet des usagers



2023

Ateliers centrés sur le recueil de l'expérience patient



- Présentation du guide de l'expérience patient
- Atelier méthode AMPPATI
- Atelier méthode focus group
- Atelier méthode entretien semi directif



Guide élaboré en pluridisciplinarité

Mme AUBREJAC Caroline, patiente partenaire
Mme AUTUORI Marie Thérèse, représentante des usagers,
Hémodialyse - St Guilhem et Hôpitaux bassin de Thau - Sète
Mme CARRIERE Delphine, directrice qualité, gestion des risques,
relations usagers et affaires juridiques - CH BEZIERS
Mme EYNARD Katel, responsable qualité - Clinique Rive Gauche, Toulouse
Mme MARTINEAU Caroline, coordinatrice qualité - CHU Toulouse
Mme MUSCARIDOLA Alison, responsable des relations avec les usagers
et des affaires juridiques - CH BEZIERS
Dr ORHOND Céline, directrice de la relation
et de l'expérience patient - Clinique Pasteur
Mme SCHWARTZ Eliane, représentante des usagers - CH BEZIERS
Mme ZEDDAM Fawzia, patient partenaire, SRA Occitanie
Mme LE FLOCH-MEUNIER Béatrice, SRA Occitanie

2024

Les Ateliers programmés



- Evaluation de la gestion des risques numériques dans les pratiques de soins **19 Mars 2024**
- L'utilisation de la Check-list au bloc opératoire – évolution des critères **21 Mai 2024**
- Evaluation de la prise en charge de l'Urgence Vitale en établissement **20 Juin 2024**
- Le Patient en Auto-Administration Médicamenteuse - PAAM **26 Septembre 2024**

2024

Les Ateliers prévus....

- Ateliers « recueil de l'expérience patient » :

- ▶ PREM's
- ▶ PROM's
- ▶ Courrier des patients
- ▶ Questionnaire de satisfaction



Appel à candidature

- Atelier : « Visite de risques au bloc opératoire »

D'autres idées ?





La SRA propose.....



Formations
Accompagnements





- L'engagement patient, levier d'amélioration de la qualité des soins (en présentiel)
- Analyse systémique d'un évènement indésirable grave associé aux soins
- Mettre en place un comité de retour d'expérience
- Se préparer à la visite de certification des établissements de santé pour la qualité des soins (2 jours)
- Evaluer les pratiques professionnelles par la "méthode d'évaluation patient traceur"

Les formations 2024



● PROGRAMMEES

- Management de la démarche la qualité
- Analyse systémique d'un évènement indésirable grave associé aux soins
- Engagement patient (en visio)

02/07/24
05/11/24

Date à
définir

23/04/24
15/10/24

● A LA DEMANDE

- Mettre en place un comité de retour d'expérience
- Se préparer à la visite de certification
- Evaluation des pratiques professionnelles par la mise en oeuvre de la méthode patient traceur
- ...





● PERSONNALISES

- ▶ De la gouvernance au pilotage de la préparation de la visite de certification
- ▶ Des équipes au déploiement des méthodes d'évaluation
- ▶ De l'établissement (gouvernance, équipes, RU) à la préparation de la visite de certification (sur un an)
- ▶ Des équipes médico-soignantes à la compréhension des enjeux et à l'appropriation de la démarche
- ▶ Des référents qualité par du conseil téléphonique

La SRA propose.....



Des outils



- Mise à jour des différentes grilles d'évaluation :
 - ▶ traceur ciblé
 - ▶ patient traceur
 - ▶ audit système
- Guide “Recueil experience patient”
- Guide “ Gestion de crise en hémodialyse”



Les Outils 2024 et en prévision

- Création de la fiche “parcours traceur générique”

Publiée

- Guide : “Visite de risques au bloc opératoire”



Appel à candidature

- Fiches REX EIGS

- Outils travail en équipe?



La SRA propose.....

Des partages
d'expériences



Partage d'expériences 2024



- SRA'llenge :
 - ▶ « Avez-vous une expérience pluriprofessionnelle réussie à partager ? »
 - ▶ 12/03/24 : webinaire de présentation de 3 actions

- Campagne AMPPATI
 - ▶ Former et accompagner 8 établissements à deployer la méthode AMPPATI

- Journée Régionale SRA Occitanie

- Les 45' des cadres de santé
 - ▶ Espace "d'échanges et de partages" centré sur le management de la démarche qualité

Ateliers

Formations
Accompagnements

Outils

Partage
d'expériences

Questions / réponses ?



Merci à tous pour votre participation

Retrouver les supports et le replay de ce webinar sur nos sites internet

