

Comment préparer la certification ?

F. CARPENTIER, C. PAQUIER¹, P. DUMANOIR¹, M. MAIGNAN¹

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la certification se définit comme étant une procédure d'évaluation externe « indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement ».

Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé. Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés, et est conduite sous l'égide de la HAS.

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé a pour objectifs de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement (1).

La démarche de certification au sein des établissements de santé est aujourd'hui bien ancrée en France :

- la certification a permis de développer et de pérenniser la démarche qualité dans les établissements de santé ;
- la visite de certification représente un temps fort dans la vie des établissements.

1. Clinique SAU – Pôle Urgences/SAMU/SMUR – CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble cedex 9.

Correspondance : Françoise Carpentier – Professeur des Universités-Praticien Hospitalier – Clinique SAU Pôle Urgences/SAMU/SMUR CHU de Grenoble – BP 217 38043 Grenoble Cedex 9 – Tél. : + 33 4 76 76 59 34 - Fax : + 33 4 76 76 57 80 – E-mail : fcarpentier@chu-grenoble.fr

1. Dispositions réglementaires et historique

Plusieurs textes réglementaires régissent le dispositif d'accréditation des établissements de santé. Le texte fondateur est l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 dite ordonnance « Juppé » puis par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 (1). La procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Tous les établissements de santé disposaient à l'époque d'une période de 5 ans (soit jusqu'en 2001) pour s'engager dans la démarche rendue obligatoire. L'objectif clairement défini était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Cette procédure, initialement conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), est désormais prise en charge par la HAS. La loi du 13 août 2004, créant la HAS, introduit aussi un changement de vocable : la « certification » des établissements de santé remplace « l'accréditation » (qui lui est réservée à l'accréditation des médecins et équipes médicales).

2. Une procédure en constante évolution

La procédure de certification est naturellement en constante évolution. Elle s'adapte en permanence aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

La première procédure d'accréditation date de juin 1999 (2). Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé et le respect de la réglementation. Au travers des vigilances, elle ébauchait déjà la notion de gestion des risques.

La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) a débuté en 2005 (3, 4). Elle prendra fin au dernier semestre 2010 pour les visites initiales. Elle mesure simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Les différentes thématiques appréciées sont :

- la politique et la qualité du management,
- les ressources humaines,
- les fonctions hôtelières et logistiques,
- l'organisation de la qualité et de la gestion des risques,
- la qualité et la sécurité de l'environnement,
- le système d'information,
- la prise en charge du patient.

Cette deuxième version associe les médecins à cette démarche de certification grâce à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et renforce la notion de gestion des risques en coordonnant les vigilances et en imposant les revues de morbidité-mortalité (RMM) pour un certain nombre de spécialités médicales.

3. La V2010 : 3^e version de la procédure de certification


Le manuel V2010 a été élaboré avec une volonté de concentration de la démarche de certification sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé (5). Il représente une évolution importante et une simplification du référentiel de certification des établissements de santé : la première version de l'accréditation (V1) comportait 289 critères (2), la V2 en comptait 165 (3), la V2 bis 138 (4) et la V3 compte aujourd'hui seulement 82 critères répartis en 28 références (5). Il est organisé plus simplement en 2 chapitres (tableau 1) : « Management de l'établissement » (3 parties, 9 références et 45 critères) et « Prise en charge du patient » (5 parties, 19 références et 37 critères).

Les premières visites de la 3^e itération ont commencé en janvier 2010. La version 2010 a pour objectif d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes :

- des usagers,
- des professionnels de santé,
- des pouvoirs publics.

La version 2010 représente donc une importante évolution du dispositif de certification. La certification a, à ce jour, 4 objectifs :

- renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ;
- simplifier la certification en réduisant la charge de travail induite et les contraintes formelles ;
- accroître la garantie fournie aux usagers afin de leur délivrer une information accessible et claire ;
- inscrire la certification dans la régulation hospitalière par la qualité. Les résultats de certification doivent devenir l'élément incontournable pour appréhender la qualité des établissements.

La gestion des risques n'est pas oubliée dans cette nouvelle version, elle devient même l'un des éléments du système de pilotage des établissements. Afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins, des pratiques exigibles prioritaires (PEP) sont introduites dans le manuel. Ces PEP sont définies par 13 critères pour lesquels la HAS exprime des attentes renforcées (tableau 2). La non-atteinte d'un niveau de conformité sur ces critères conduit systématiquement à une décision péjorative de certification, voire à une non-certification. Ils sont repérables dans le manuel grâce au logo .


L'autre nouvel élément de la V2010 est le suivi d'indicateurs nationaux généralisés par le ministère et la HAS (tableau 3). Ils sont au nombre de 9 et leur recueil est obligatoire pour contribuer à la mesure de la qualité sur les critères de certification. Ils sont repérables dans le manuel grâce au logo . Le service IPAQH (Indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière) a été

Tableau 1 – Chapitres et références du manuel de certification

Chapitre 1 – Management de l'établissement			
Référence	Nombre de critères	PEP	Indicateurs
Partie 1 - Management stratégique			
1 – Stratégie de l'établissement	6	1	–
2 – Organisation et modalités de pilotage interne	5	–	1
Partie 2 - Management des ressources			
3 – Gestion des ressources humaines	4	–	–
4 – Gestion des ressources financières	2	–	–
5 – Système d'information	3	–	–
6 – Gestion des fonctions logistiques et des infrastructures	6	–	–
7 – Qualité et sécurité de l' environnement	5	–	–
Partie 3 - Management de la qualité et de la sécurité des soins			
8 – Programme global et coordonné de management de la qualité et des risques	11	3	2
9 – La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers	2	1	–
Chapitre 2 – Prise en charge du patient			
Référence	Nombre de critères	PEP	Indicateurs
Partie 1 – Droits et place du patient			
10 – Bientraitance et droits	5	–	–
11 – L'information, la participation et le consentement du patient	3	–	–
12 – Prise en charge de la douleur	1	1	1
13 – Fin de vie	1	1	–
Partie 2 – Gestion du patient			
14 – Dossier du patient	2	2	1
15 – Identification du patient	1	1	–
Partie 3 – Parcours du patient			
16 – Accueil du patient	1	–	–
17 - L'évaluation de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé	1	–	–
18 – Continuité des soins	2	–	–
19 – Prises en charge particulières	4	–	1
20 – Prise en charge médicamenteuse	2	1	1
21 – Prise en charge des analyses de biologie médicale	2	1	1
22 – Prise en charge des examens d'imagerie	2	–	–
23 – L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage	1	–	–
24 – Sortie du patient	1	–	1
Partie 4 - Prises en charge spécifiques			
25 – Prise en charge dans le service des urgences	1	1	–
26 – Fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle	3	1	–
27 – Activités de soins de suite et de réadaptation	1	–	–
Partie 5 – Évaluation des pratiques professionnelles			
28 – Évaluation des pratiques professionnelles	3	–	1

PEP : pratiques exigibles prioritaires.

Tableau 2 – Tableau des pratiques exigibles prioritaires (PEP)

Numéro	Critère	Nom du critère
1	Critère 1.f	Politique et organisation de l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP)
2	Critère 8.b	Fonction « gestion des risques »
3	Critère 8.f	Gestion des événements indésirables
4	Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux
5	Critère 9.a	Système de gestion des plaintes et réclamations
6	Critère 12.a	Pris en charge de la douleur
7	Critère 13.a	Prise en charge et droits des patients en fin de vie
8	Critère 14.a	Gestion du dossier du patient
9	Critère 14.b	Accès du patient à son dossier
10	Critère 15.a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
11	Critère 20.a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
12	Critère 25.a	Prise en charge des urgences et des soins non programmés
13	Critère 26.a	Organisation du bloc opératoire

Tableau 3 – Liste des 9 indicateurs

Numéro	Critère	Nom du critère
1	Critère 1.f	Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
2	Critère 8.g	Maîtrise du risque infectieux
3	Critère 8.h	Bon usage des antibiotiques
4	Critère 12.a	Prise en charge de la douleur
5	Critère 14.a	Gestion du dossier du patient
6	Critère 19.b	Troubles de l'état nutritionnel
7	Critère 20.a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
8	Critère 24.a	Sortie du patient
9	Critère 28.c	Démarche EPP liée aux indicateurs de pratique clinique

créé fin 2006 au sein de la direction de la certification de la HAS (actuelle DAQSS, Direction pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) avec pour objectif de généraliser, fin 2008, le recueil d'un certain nombre d'indicateurs auprès de l'ensemble des établissements de santé MCO et de définir le modèle de leur intégration dans la procédure de certification (6). La généralisation de ces indicateurs est donc en marche depuis 2006 avec le tableau de bord des infections nosocomiales et avec la mise en ligne de la plateforme d'informations sur les établissements de santé (PLATINES) en janvier 2007 par le ministère de la Santé. Le nombre d'indicateurs est aujourd'hui limité au nombre de 9 dans la procédure V2010 de la certification. À terme, un ensemble d'indicateurs, développés spécifiquement pour la certification, viendra compléter les indicateurs à ce jour disponibles, permettant ainsi de fournir une contribution à la mesure de la qualité des établissements. Les objectifs de l'introduction d'un recueil généralisé d'indicateurs dans le système de santé et leur introduction dans la certification sont triples :

- développer la culture de la mesure de la qualité des soins ;
- disposer de mesures factuelles de la qualité ;
- renforcer l'effet levier sur l'amélioration des soins.

Il est bien sûr attendu des établissements qu'ils intègrent la mesure de ces indicateurs dans leur travail d'autoévaluation. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (loi HPST) a rendu obligatoire la mise à disposition du public par les établissements de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (7).

4. Préparer et conduire une démarche de certification V2010 (8)

4.1. Les étapes de la certification

La certification des établissements de santé se déroule en 6 étapes sur une durée d'environ 2 ans :

- étape 1 : entrée dans la procédure ;
- étape 2 : entrée dans la démarche ;
- étape 3 : autoévaluation ;
- étape 4 : visite ;
- étape 5 : décision de la HAS ;
- étape 6 : mesures de suivi.

Environ 20 à 22 mois avant la visite, la HAS s'adresse aux établissements de santé pour :

- leur indiquer la période de visite ;
- les informer de la procédure ;
- leur demander de renseigner le document « Volet d'Identification et de Planification des Établissements de Santé ».

La HAS détermine ensuite le dimensionnement de la visite en termes de nombre de jours et de nombre d'experts-visiteurs et en informe l'établissement 18 mois avant la visite. Dès lors, l'établissement rentre dans la démarche de certification. Au cours de cette période, l'établissement de santé reste en contact avec la HAS grâce à une unité dédiée à l'information sur la certification (UniC) permettant de proposer des supports informatiques adaptés et de répondre à ses questions sur la procédure de certification. Au cours de cette période, l'établissement se familiarise avec les documents et le site informatique de l'HAS (i.certification@has-sante.fr) sur lequel il devra colliger son autoévaluation.

4.2. Auto-évaluation

L'autoévaluation représente l'étape essentielle de la procédure de certification au cours de laquelle l'ensemble des professionnels de santé effectue sa propre évaluation de la qualité au regard des référentiels. Cette autoévaluation a différents objectifs selon les acteurs :

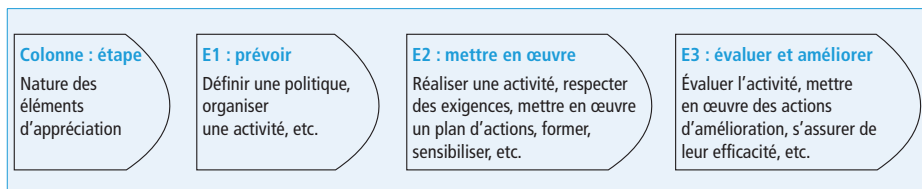
- pour l'établissement, elle permet de réaliser un diagnostic de ses forces et de ses faiblesses et l'aide dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- pour la HAS, il s'agit d'un document obligatoire permettant de définir le périmètre de la visite de certification ;
- pour les experts-visiteurs, cette auto-évaluation est un préalable à la préparation de leur visite.

Au sein de l'établissement, il convient à la direction de définir un plan d'auto-évaluation en faisant intervenir tous les secteurs d'activité (pôle et/ou service) et tous les acteurs de santé (médicaux et paramédicaux). Pour chacun des critères d'une référence, il est proposé aux acteurs participants à l'autoévaluation que chaque élément d'appréciation soit classé dans 3 colonnes E1, E2 et E3. Ces 3 éléments correspondent aux étapes classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer (fig. 1).

L'établissement doit s'autoévaluer en donnant des éléments d'appréciation (EA) selon la gradation suivante :

- **oui** : l'établissement satisfait totalement aux exigences de l'EA ;
- **en grande partie** : l'établissement finalise la démarche permettant de répondre à l'EA ou la démarche est déployée dans la plupart des secteurs d'activité ;
- **partiellement** : l'établissement commence à mettre en place une démarche permettant de satisfaire à l'EA ou la démarche est limitée à quelques secteurs de l'établissement ;
- **non** : l'établissement ne satisfait pas du tout aux exigences de l'EA ;
- **NA (non applicable)** : l'établissement, en raison de son type de structure ou de ses modes de prise en charge, n'est pas concerné par l'EA. Une validation de la pertinence de l'utilisation de la réponse « non applicable » sera effectuée systématiquement par la HAS.

Figure 1 – Organisation des éléments d’appréciation selon les étapes d’une démarche d’amélioration



Un nombre de points définis est attribué à chaque EA en fonction du degré de satisfaction : oui = 20, en grande partie = 14, partiellement = 7, non = 0. Le nombre de points pour chaque EA est pondéré selon l’étape E1, E2 ou E3 et la somme du nombre de points obtenus pour le critère donne un score et permet de déterminer la cotation :

- cotation A 90 % du score maximal ;
- cotation B de 60 à 89 % du score maximal ;
- cotation C de 30 à 59 % du score maximal ;
- cotation D < 30 % du score maximal.

Pour les critères qui rentrent dans le cadre des PEP, le dispositif de calcul est identique, mais le niveau d’exigence est plus élevé :

- cotation A 90 % du score maximal ;
- cotation B de 80 à 89 % du score maximal ;
- cotation C de 45 à 79 % du score maximal ;
- cotation D < 45 % du score maximal.

Grâce à l’intégration de formules de calcul, cette cotation est automatiquement affichée.

4.3. Cas particulier de l’évaluation des pratiques professionnelles

Dans la procédure de certification V2, la gestion des risques et l’évaluation des pratiques professionnelles (EPP) visent à évaluer la qualité et la sécurité des soins (9). L’EPP comporte dans la version V2010 des exigences renforcées par rapport à la version V2007 sur :

- la stratégie de l’établissement (chapitre 1, référence 1) : la politique et l’organisation de l’EPP qui sont devenues un critère de pratique exigible prioritaire (PEP) : critère 1.f ;
- l’évaluation des pratiques professionnelles (chapitre 2, référence 28) avec :
 - critère 28.a : ce critère analyse la mise en œuvre des démarches d’EPP et formule, d’une part, des exigences quant à un déploiement de la démarche attendu dans tous les secteurs d’activité et, d’autre part, des exigences en termes d’organisation pour certains secteurs :

- existence de revues de morbidité-mortalité (RMM) en chirurgie, en anesthésie-réanimation et cancérologie. Cette exigence devrait s'étendre dans les années à venir aux services d'urgences,
- réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour la cancérologie ;
- critère 28.b : ce critère analyse la pertinence des soins correspondant à l'adéquation des soins et des hospitalisations.

Au cours de la visite, un groupe EPP représentatif des différents métiers sera obligatoirement rencontré par les experts-visiteurs.

4.4. Cas particulier des indicateurs

L'introduction d'un recueil généralisé d'indicateurs dans le système de santé et dans la certification poursuit un triple objectif :

- développer la culture de la mesure de la qualité des soins ;
- disposer de mesures factuelles de la qualité ;
- renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins.

Le nombre d'indicateurs dont le recueil est généralisé est aujourd'hui limité au nombre de 9 critères. Un ensemble d'indicateurs développés spécifiquement pour la certification viendra compléter les indicateurs aujourd'hui disponibles. Il est attendu des établissements qu'ils intègrent les résultats disponibles des indicateurs dans leur travail d'autoévaluation.

Le rapport de certification diffuse chaque année la référence nationale et la valeur de chaque indicateur recueilli par l'établissement ainsi que le positionnement de l'établissement par rapport à la référence nationale, et ce par rapport à une valeur seuil. En cas d'absence partielle ou totale de recueil des indicateurs généralisés par la HAS (pas de recueil annuel de tous les indicateurs ou recueil annuel partiel), la Haute Autorité de Santé dresse un constat de carence dans le rapport de certification et prononce une recommandation sur la thématique des indicateurs. La recommandation est automatiquement levée dès que l'établissement se conforme au recueil complet des indicateurs.

4.5. Buts et principales étapes de la visite

La visite de certification permet :

- aux experts-visiteurs d'investiguer l'ensemble des domaines inclus dans le périmètre de la visite. Ces investigations, conduites à partir de l'autoévaluation et des documents annexes fournis par l'établissement, sont menées sur la base de parcours, de rencontres ciblées en lien direct avec les champs observés et de l'exploitation de la documentation mise à disposition par l'établissement (éléments de preuve) ;
- la restitution des principaux constats des experts-visiteurs à l'occasion des bilans journaliers, du bilan de fin de visite et de la restitution finale ;
- la production du rapport des experts-visiteurs.

Le périmètre de la visite de certification est défini au vu des données de l'établissement :

- le périmètre des PEP applicables à l'établissement ;
- les critères en lien avec les indicateurs généralisés ;
- les critères relatifs à l'EPP ;
- le périmètre des décisions V2 (nombre et type de décisions) ;
- les données de la fiche interface Haute Autorité de Santé/Agence Régionale de Santé ;
- le nombre de cotations C et D ;
- les critères sélectionnés aléatoirement parmi les critères cotés A et B.

Une visite des secteurs permettant d'illustrer au mieux l'activité, est organisée par l'établissement. Cette visite comprend obligatoirement :

- la visite des services les plus représentatifs de chacune de ses activités ;
- les différents modes de prise en charge : hospitalisation complète, partielle, ambulatoire ;
- les secteurs interventionnels suivants, si ils existent :
 - blocs opératoires (chirurgie ambulatoire, chirurgie spécialisée, bloc des urgences),
 - les secteurs d'activité à risque (radiothérapie, médecine nucléaire, salle de naissance ...),
 - les urgences ;
- les secteurs ayant fait l'objet d'une décision V2/V2007.

À chacune des étapes de la visite, il est vérifié :

- parcours « Dossier du patient/Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » ;
- parcours « Prise en charge médicamenteuse » ;
- circuits linge et/ou déchets ;
- visite de nuit avec une étape obligatoire par le service des urgences.

Pour compléter la visite, des rencontres de comités ou de personnes ressources sont organisées. Quel que soit l'établissement, certaines rencontres sont obligatoires, parmi elles :

- rencontre du directeur général ;
- rencontre du président de la CME ;
- rencontre des représentants du personnel ;
- rencontre des représentants des usagers ;
- rencontre du CLIN (PEP 8g, critère 8 h) ;
- rencontre du CLUD (PEP 12a) ;

- rencontre de ou des personne(s) en charge de la qualité et de la gestion des risques (PEP 8b, 8f) ;
- rencontre du COMEDIMS ou équivalent ;
- rencontre du pharmacien ;
- rencontre du groupe représentatif EPP (PEP 1f et réf. 28).

Certaines rencontres de personnes ressources, de comités ou d'instances sont à prévoir selon l'activité de l'établissement et le périmètre de la visite :

- rencontre du conseil de bloc (PEP 26a) ;
- rencontre des responsables des services d'urgences (PEP 25a) ;
- équipe de soins palliatifs (PEP 13a).

À l'issue de la visite, un rapport est fourni par les experts-visiteurs. Ce rapport de certification a pour objectif de donner une information à l'établissement, aux autorités de tutelle et au public. Il permet à la HAS de fonder une décision de certification selon le barème suivant :

- **certification** (aucune recommandation ou réserve), valable pour 4 ans ;
- **certification avec recommandation(s)** (lorsqu'au moins une recommandation a été identifiée dans l'établissement) valable pour 4 ans avec un suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi ou production d'un plan d'actions avec échéancier ;
- **certification avec réserve(s)** (lorsqu'au moins une réserve a été identifiée dans l'établissement) valable pour 4 ans avec exigence de suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi ;
- lorsqu'au moins une réserve majeure a été identifiée dans l'établissement, la Haute Autorité Santé décide de **surseoir à certification**. L'établissement ne sera certifié que s'il améliore significativement les points ayant donné lieu à des réserves majeures ;
- **non-certification** si par exemple au moins le 1/3 des PEP est impacté par des réserves majeures ou si au moins le 1/3 des décisions V2 n'a pas été suivi d'effet.

Selon que l'établissement est certifié avec réserves ou avec recommandations, il sera proposé par la HAS un rapport de suivi ou un plan d'actions dont les modalités et le calendrier sont mentionnés, permettant à l'établissement de s'engager dans un plan d'amélioration.

5. Certification et implications pour les services d'urgences

Le service des urgences (SU) a une place incontestable dans la certification, il fait en effet l'objet d'une visite systématique de jour et de nuit de la part des experts-visiteurs. Le responsable du service des urgences est obligatoirement rencontré.

Un chapitre entier du manuel de certification est consacré à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Les éléments d'appréciation de ce critère (25a), classé par ailleurs en PEP, prennent en compte, par exemple :

- l'organisation du service au sein du réseau territorial des urgences ;
- la formalisation du recours aux avis spécialisés ;
- la formalisation des différents circuits de prise en charge en fonction des degrés d'urgences et de typologie des patients ;
- la connaissance, en temps réel, de la disponibilité des lits d'hospitalisation ;
- le suivi des temps d'attente ;
- le recueil et l'analyse des dysfonctionnements.

En conséquence, il apparaît logique qu'une équipe pluridisciplinaire du SU soit engagée dans la procédure d'autoévaluation. Cette autoévaluation nécessite une organisation et une planification afin de la réaliser dans de bonnes conditions. Le responsable de cette autoévaluation doit faire intervenir différents professionnels : médecins urgentistes, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, référents qualité. Cette autoévaluation du SU représente un instant privilégié pour permettre aux différents professionnels de s'exprimer sur le concept de qualité face aux flux de patients et à l'activité non programmée que représente l'urgence. L'autoévaluation favorise des prises de conscience collectives sur ce qui est réalisé ou pas, sur ce qui reste à faire et comment le faire par des actions d'amélioration à mettre en place. Elle permet de situer le SU par rapport aux indicateurs et aux démarches EPP et de se comparer aux différents secteurs de l'établissement.

La quasi-totalité des critères du chapitre 2 (Prise en charge du patient) du manuel de certification est applicable aux services d'urgences, en dehors des références 23, 27 et 28.

La certification associe tous les médecins, donc les urgentistes, par l'intermédiaire des critères EPP. Dès la V2, la mise en place des RMM a été imposée aux services de réanimation. Ces RMM se sont secondairement généralisées aux services de chirurgie et d'anesthésie dans la V2010, les services d'urgences vont prochainement entrer dans cette démarche (10). D'abord vécues comme une contrainte, les RMM sont aujourd'hui devenues indispensables à l'organisation des services permettant :

- de réunir les médecins, les cadres et les infirmiers ;
- d'analyser les causes des décès et des événements indésirables en s'interrogeant particulièrement sur leur évitabilité ;
- de mettre en place des protocoles et des organisations pour améliorer la prise en charge des patients et diminuer ainsi les risques liés aux soins.

La « prise en charge des urgences et des soins non programmés » (critère 25.a) est de fait une PEP directement liée aux SU. Si les autres PEP ne touchent pas toutes directement les médecins urgentistes, un certain nombre d'entre eux est impliqué dans « la prise en charge de la douleur », « la gestion des risques », « le système

de gestion des plaintes et des réclamations », « l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ». Ces différentes PEP nécessitent que dans les SU soient formalisés les organisations, le circuit-patient, la maintenance des appareils.

Parmi les indicateurs de la V2010, les SU sont concernés par un certain nombre d'entre eux : « prise en charge de la douleur », « gestion du dossier patient » ce d'autant plus que l'informatisation des SU est largement répandue, « démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » et « sortie patient ». De nouveaux indicateurs sont en cours d'élaboration (11). Ainsi dans le cadre de l'évaluation du plan « urgences », des indicateurs sont en cours de validation : 1) le délai existant entre l'arrivée du patient dans un SU et le premier contact médical, 2) le temps de passage aux urgences, 3) le climat organisationnel au sein des équipes de soins (ce dernier indicateur a déjà été testé dans les services de réanimation). L'élaboration de ces nouveaux indicateurs se fait en partenariat avec des représentants issus de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU). De nouveaux indicateurs transversaux sont également en cours d'élaboration et intéresseront les SU :

- conformité des demandes d'examen d'imagerie ;
- prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë ;
- prise en charge hospitalière de l'accident vasculaire cérébral ;
- prévention des chutes des patients hospitalisés ;
- prise en charge en urgences des suicidants (11).

En ce qui concerne l'EPP, les SU doivent s'engager dans une méthode d'amélioration de la qualité des soins et pouvoir fournir aux experts-visiteurs les démarches d'EPP dans lesquelles des médecins urgentistes et/ou des infirmiers se sont engagés. Par exemple, la prise en charge de la douleur (critère 12a) est un enjeu de santé publique et une préoccupation nationale (12). Certains SU ont mis en place des groupes de travail permettant de mettre des actions correctrices : évaluation systématique de la douleur au niveau de l'IAO, création de réseau de référents douleurs, fiche de traçabilité dédiée à l'évaluation et à la continuité de l'antalgie tout au long du séjour (13). D'autres SU se sont intéressés aux échelles de triage avec l'évaluation de la pertinence du tri (14). Peu de travaux publiés sur la démarche de certification au sein des SU sont disponibles, alors que l'on peut penser que de nombreuses EPP ou de nombreux comités de retours d'expérience (CREx) sont mis en place dans le cadre d'une démarche d'amélioration de soins et de la prise en charge des patients. Enfin, on peut regretter que la part extrahospitalière de la médecine d'urgence (centre 15 et SMUR) ne fasse pas l'objet d'un critère au sein de la procédure de certification alors que la qualité en régulation médicale est essentielle (15).

6. Bilan des visites de certification

Au terme de près d'un an du déploiement de la certification V2010, 127 établissements ont bénéficié de cette nouvelle procédure (16, 17). Les rapports sont disponibles, comme pour ceux de la V2, sur le site de la HAS. Les décisions

concernant les 127 établissements (32 % en secteur public et 68 % en secteur privé) sont les suivantes :

- 13 % des établissements font l'objet d'une certification ;
- 31 % sont certifiés avec des recommandations ;
- 48 % sont certifiés avec des réserves ;
- pour 9 % des établissements, il a été prononcé une décision de surseoir à la certification.

L'examen des 127 rapports dénombre 673 décisions dont 11 réserves majeures, 148 réserves et 514 recommandations. Certains critères sont retrouvés plus particulièrement impactés par les décisions des experts-visiteurs : en effet 22 critères (soit 27 % des critères) représentent 80 % des décisions. Parmi ces 22 critères, il est retrouvé :

- 10 critères ayant fait le plus souvent l'objet de décisions (tableau 4). Le critère 20a (démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient) se distingue très nettement en termes de fréquence et de gravité avec 3 réserves majeures, 51 réserves et 24 recommandations. Le critère 14a (gestion du dossier du patient) arrive en seconde position avec 46 décisions ;
- sur les 13 critères PEP, la majeure partie des remarques se fait sur les critères 20a et 14a. Les deux critères 26a (gestion des blocs opératoires) et 25a (prise en charge des urgences et des soins non programmés) concentrent peu de décisions, car ne s'appliquant pas à tous les établissements visités ;
- pour les 4 critères relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles (tableau 5), il est totalisé 84 décisions avec 2 réserves majeures, 9 réserves et 73 recommandations.

Lors des dernières Rencontres HAS 2010, il est rapporté que 88 % des établissements de santé déclarent s'être appropriés le nouveau manuel de certification et en apprécient le nouveau format (18). Les PEP sont reconnues comme étant un point fort de la V2010 avec en particulier :

- un choix de thématiques reconnu comme pertinent (83 %) ;
- un niveau d'exigence perçu comme approprié (76 %) ;
- une aide à la hiérarchisation des axes d'amélioration à développer (94 %).

L'évaluation des pratiques professionnelles impose des démarches obligatoires comme les RMM et les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). En ce qui concerne les RMM, 33 % des établissements signalent leur déploiement total, 35 % organisent des RMM en grande partie et 32 % partiellement. Pour les RCP, 86 % des établissements organisent ces réunions.

L'intégration des indicateurs satisfait les établissements, permettant ainsi leur valorisation. Il est également fait mention, à propos des indicateurs, de la simplification de la procédure.

Tableau 4 – Les 10 critères les plus impactés par les décisions des rapports de certification, classés par ordre décroissant de décisions

N° du critère	Intitulé du critère	PEP et/ou indicateur
Critère 20a	Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient	PEP et Indicateur
Critère 14a	Gestion du dossier du patient	PEP et Indicateur
Critère 11c	Information du patient en cas de dommage lié aux soins	
Critère 15a	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	PEP
Critère 8h	Bon usage des antibiotiques	Indicateur
Critère 12a	Prise en charge de la douleur	PEP et Indicateur
Critère 8b	Fonction « gestion des risques »	PEP
Critère 1f	Politique et organisation de l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP)	PEP et Indicateur
Critère 20b	Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	
Critère 1b	Engagement dans le développement durable	

Tableau 5 – Décisions pour les critères relatifs aux EPP

N° critère	Intitulé du critère	Réserve majeure	Réserve	Recommandation
Critère 1f	Politique et organisation de l'évaluation des EPP	1	6	18
Critère 28a	Mise en œuvre des démarches d'EPP	–	3	18
Critère 28b	Pertinence des soins	1	–	17
Critère 28c	Démarche EPP liée aux indicateurs de pratique clinique	–	–	20

La visite de certification est vécue comme positive par 92 % des établissements. Un certain nombre d'établissements (13 %) a déposé une contestation. 58 % des contestations portent sur le critère 20a (démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient). La contestation importante pour ce critère a conduit la HAS à proposer une modification pour la version juin 2011 du manuel. Le critère 20a sera scindé en 2 critères distincts :

- un critère sur la démarche qualité autour de la prise en charge médicamenteuse ;
- un critère sur la prise en charge médicamenteuse du patient (circuit clinique du médicament).

7. Conclusions

La HAS a toujours accordé une attention particulière aux SU dans le cadre des démarches de certification des établissements de santé. Cette préoccupation est renforcée dans le nouveau manuel de la certification V2010 qui consacre un chapitre entier à la prise en charge des urgences et des soins non programmés au sein du critère 25a, classé par ailleurs en PEP. Les professionnels des SU sont donc largement concernés par cette certification et doivent s'impliquer largement dans cette démarche, principalement au cours de l'autoévaluation. La certification pour les SU doit devenir un état d'esprit et un outil de management. Enfin, la procédure de certification doit être connue de tous les médecins urgentistes dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) devenu obligatoire par la loi HPST et regroupant la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les praticiens urgentistes pourront s'appuyer sur les indicateurs de qualité recueillis au niveau national dans le cadre de la certification des établissements pour réaliser leur démarche valorisée dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Bibliographie

1. Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé.
2. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification* (ex-accréditation) des établissements de santé. Première procédure de certification (V1). Actualisation. Juin 2003.
3. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification* (ex-accréditation) des établissements de santé. Deuxième procédure de certification (V2). Septembre 2004.
4. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification* (ex-accréditation) des établissements de santé. Deuxième procédure de certification (V2007).
5. Haute Autorité de Santé. Manuel V2010 de certification des établissements de santé. Version 2010. <http://www.has-sante.fr>
6. Gardel C., Goubet S., Toupin M.H., Le Moign R. Les indicateurs HAS : sélection, gestion et utilisation. Risques et qualité 2009 ; 1 : 34-40.
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n° 0167 du 22 juillet 2009).
8. Guide préparer et conduire votre démarche de certification V2010 (mise à jour décembre 2010) <http://www.has-sante.fr>
9. Le Divenah A., Segouin C., Martinez F., Bréchat P.H. Repères pour une qualité globale des soins par la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles : une réforme sous haute tension. Presse Med 2009 ; 38 : 516-518.
10. Pérucho P. La certification des hôpitaux et ses implications pour l'anesthésie-réanimation. Vigilance, 20 : 8-10.
11. Corriol C., Grenier C., Coudert C., Daucourt V., Minvielle E. COMPAQH : recherche sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers. Rev Epidémiol Santé Pub 2008 ; 56 : S179-S188.

12. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Ministère de la Santé et des Solidarités. Mars 2006. <http://www.sante-sports.gouv.fr>
13. Maleville M., Vergne M., Gréva P., Lambert R., Dubois O., Arzalier J.J. Gestion et traçabilité de la douleur chez le patient en urgence. Urgences 2010 pp 1091-1101. <http://www.sfmu.org/urgences2010>
14. Vandroux J.L., Poillot E. Démarche qualité et évaluation des pratiques aux urgences. Urgences 2009 pp 989-992. <http://www.sfmu.org/urgences2009>
15. Giroud M. La qualité en régulation médicale. Urgences 2007 pp. 659-671. <http://www.sfmu.org/urgences2007>
16. La certification version 2010 à l'épreuve d'un an de déploiement : bilan et perspectives. <http://www.has-sante.fr>
17. Les chiffres-clés de l'offre de soins. DGOS, 10 décembre 2010. <http://www.sante-sports.gouv.fr>
18. Rencontres HAS 2 et 3 décembre 2010. <http://www.has-sante.fr>

