



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# **La certification version 2010** à l'épreuve d'un an de déploiement : bilan et perspectives

Novembre 2010

# Préambule

Afin de structurer une démarche d'amélioration continue du manuel et de la procédure de certification des établissements de santé, la HAS a organisé autour du déploiement de la V2010 un dispositif de retour d'expérience.

Les premières visites de certification ont démarré sur la base de la nouvelle version en janvier 2010.

D'un point de vue méthodologique, une évaluation prenant en compte les différents aspects politiques, techniques, organisationnels et humains mis en œuvre dans la procédure de certification a été privilégiée. Le dispositif de retour d'expérience mis en place vise notamment à recueillir la perception des différentes parties prenantes sur les conditions de ce déploiement :

- les établissements de santé ;
- les fédérations d'établissements et les conférences de directeurs et de présidents de CME ;
- les experts-visiteurs ;
- les usagers.

Il est structuré autour d'un comité de retour d'expérience (CREx) réunissant des membres de la commission de certification des établissements de santé et les services en charge de la conception et du déploiement de la certification à la HAS (service développement de la certification, service de la certification des établissements de santé, service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

Les actions de retour d'expérience décidées et mises en place pour nourrir un regard continu sur le déploiement de la procédure sont :

- l'analyse des questions adressées par les établissements de santé à la HAS lors de la préparation des auto-évaluations et des visites de certification ;
- une enquête systématique par questionnaire auprès des établissements visités ;
- une enquête systématique par questionnaire auprès des équipes d'experts-visiteurs ;
- l'analyse systématique des dossiers de certification présentant des problématiques susceptibles d'alimenter la jurisprudence en matière d'applicabilité et de niveau de décision.

Les fédérations d'établissements de santé, les conférences de directeurs et de présidents de commissions médicales, le Comité inter-associatif sur la santé sont également régulièrement consultés.

Au terme de près d'un an de déploiement de la procédure de certification version 2010, ce rapport restitue une analyse des niveaux de décisions de certification et présente les éléments de jurisprudence établis par la commission de certification des établissements de santé.

Les éléments de retour d'expérience présentés dans ce rapport sont exploités dans le cadre du développement continu de la certification et peuvent générer des adaptations tant du manuel que de la procédure.

# Sommaire

<b>Contexte</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Origine des données</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Un manuel resserré avec introduction de priorités</b> .....	<b>5</b>
2.1 Appropriation du manuel .....	5
2.2 Les pratiques exigibles prioritaires .....	6
<b>3. Poursuite de la médicalisation via un renforcement des exigences d'EPP</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Contextualisation</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Allègement des contraintes formelles et utilisation des indicateurs qualité dans la procédure de certification</b> ...	<b>10</b>
<b>6. Personnalisation</b> .....	<b>12</b>
<b>7. Nouveau format du rapport</b> .....	<b>13</b>
<b>8. Analyse des décisions de certification</b> .....	<b>14</b>
8.1 Les niveaux de décision .....	14
8.2 Les motifs de décision .....	15
8.3 Les contestations .....	17
<b>9. Les évolutions de la procédure</b> .....	<b>17</b>
9.1 La jurisprudence de la commission de certification des établissements de santé .....	17
9.2 La révision avril 2011 du manuel de certification .....	18
<b>Conclusion</b> .....	<b>20</b>

# Contexte

Plusieurs principes ont présidé à la refonte du manuel et de la procédure de certification décidée en 2008.

## ► **Un manuel resserré avec l'introduction de priorités**

La HAS a fait le choix d'une simplification de la structure du manuel en évitant les redondances et en améliorant la lisibilité. Le principal changement s'est traduit par l'introduction de priorités, les pratiques exigibles prioritaires, afin de renforcer l'effet levier de la certification sur la qualité et la sécurité des soins.

## ► **La poursuite de la médicalisation *via* un renforcement des exigences portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**

L'évaluation des pratiques professionnelles dans la V2010 s'inscrit dans la continuité de la version 2 de la certification et comporte des exigences renforcées en termes de politique et d'organisation, de déploiement effectif et pérenne dans l'ensemble des secteurs d'activité, et de démarches obligatoires dans certains secteurs d'activité (revue de morbi-mortalité et réunions de concertation pluridisciplinaires).

## ► **La contextualisation de la démarche**

Sans renoncer au principe d'indépendance du processus de décision de la certification, l'objectif est de progresser dans le sens d'une meilleure contextualisation de la démarche, en amont de la visite avec une utilisation systématique des travaux et résultats d'évaluation disponibles et des données provenant des tutelles régionales, et en aval par la prise en compte des décisions dans le dialogue de gestion entre les établissements de santé et les agences régionales de santé notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

## ► **L'allègement des contraintes formelles**

Constamment demandée depuis 2004, l'allègement doit bénéficier aux établissements à toutes les étapes de la procédure. Au travers de la V2010, c'est surtout

la phase d'auto-évaluation que la HAS s'est employée à alléger par l'abandon des contraintes d'ordre méthodologique et l'allègement des modalités d'écriture.

## ► **La personnalisation**

Une demande récurrente des établissements de santé est l'adaptation du manuel et de la procédure à leur spécificité. Si le manuel de certification est un manuel générique, la procédure permet de personnaliser les visites en les articulant autour d'un tronc commun et de modules spécifiques propres à chaque établissement.

## ► **Le dispositif de cotation**

La V2010 introduit un dispositif de cotation calculée. Trois objectifs caractérisent ce dispositif : assurer plus de reproductibilité à la cotation, simplifier la phase d'auto-évaluation pour les établissements, construire un système permettant aux établissements de repérer facilement leurs points de faiblesse et d'alimenter sur cette base leur programme d'amélioration de la qualité.

## ► **L'intégration des indicateurs**

L'introduction de l'utilisation des résultats des indicateurs généralisés 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.

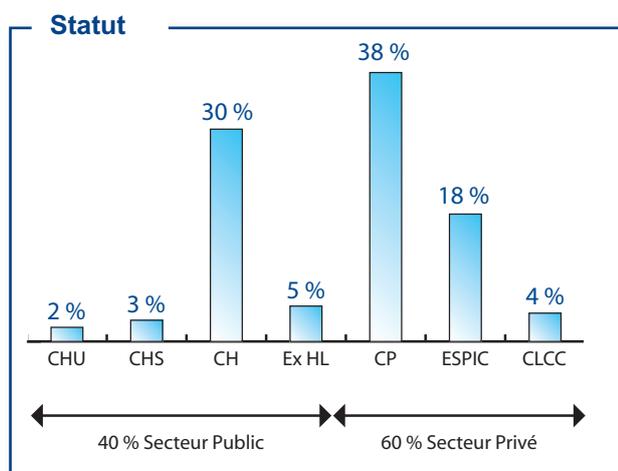
## ► **Un travail mené pour une meilleure lisibilité des résultats pour tous les acteurs**

La HAS propose dans le cadre de la procédure V2010 un nouveau format des rapports de certification enrichi de la confrontation avec les demandes et attentes des différentes parties prenantes (usagers, établissements et professionnels de santé, pouvoirs publics) et de l'expérience menée en V2 de production d'un format de rapport destiné aux usagers.

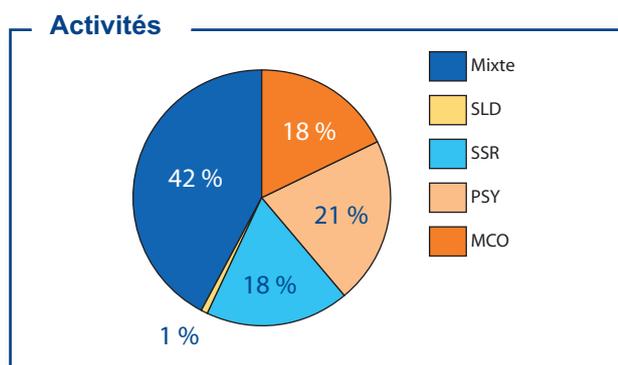
## 1. Origine des données

Le présent rapport est établi sur la base de l'exploitation

- de 134 réponses d'établissements au questionnaire administré en routine. Hormis les établissements d'hospitalisation à domicile qui entreront dans la procédure à partir de 2011, la procédure a été déployée d'emblée sur toutes les catégories d'établissements de santé. Le graphique 1 montre la répartition par catégorie des établissements répondants, avec une forte proportion de centres hospitaliers et de cliniques privées. En termes de prise en charge, ces établissements sont multi-prises en charge pour 42 % d'entre eux.



- La répartition des établissements mono-prise en charge est homogène entre les établissements de MCO, de santé mentale et de soins de suite et de réadaptation ;



- des cotations de 170 rapports de visite considérés après la phase de formulation d'observations par les établissements ;
- des décisions de certification de 127 dossiers analysés par la commission de certification et soumis au Collège de la HAS.

## 2. Un manuel resserré avec introduction de priorités

### 2.1 Appropriation du manuel

Les réponses au questionnaire montrent un niveau très satisfaisant d'appropriation du nouveau manuel par les établissements.

Questionnés sur la clarté d'expression des attendus des critères du manuel, près de 88 % des établissements sont tout à fait d'accord et d'accord : « *Nous avons noté moins de difficultés à la compréhension du sens des critères que lors des certifications précédentes.* »

Plusieurs établissements apprécient la nouvelle structure du manuel : « *Répartition en deux chapitres cohérente. La structuration en 3 étapes est très aidante pour les établissements pour pérenniser, après la certification, la démarche qualité et gestion des risques : inscription des plans d'actions correspondants dans le futur projet d'établissement.* »

Plusieurs critères font l'objet de questionnements récurrents tant en termes de compréhension qu'en termes de niveau d'exigence attendu et d'applicabilité. Il s'agit pour l'essentiel de nouveaux critères et de nouvelles thématiques introduites dans la version V2010.

**Les principaux critères interrogés sont les suivants ;**

- **Le critère 13a : Prise en charge et droits des patients en fin de vie**

Les questions sont d'ordre divers :

- à quels établissements de santé ce critère est-il applicable ? Les précisions du manuel sont jugées peu explicites (« non applicable aux établissements de santé qui n'accueillent pas des patients en fin de vie ») ; qu'en est-il précisément : s'agit-il des patients qui entrent dans un établissement « en fin de vie » ou de tout patient qui meurt à l'hôpital ?
- la distinction soins palliatifs/démarche palliative est également largement interrogée et le sentiment dominant est qu'il est non pertinent d'évaluer avec le même prisme les établissements s'inscrivant dans le dispositif gradué des soins palliatifs (lits, équipe dédiée) et les autres.

- **Le critère 19a : Population nécessitant une prise en charge particulière** qui engage les établissements dans la réflexion sur la qualité de la prise en charge de populations spécifiques. Les établissements interrogent l'applicabilité du critère en fonction de leur typologie. Ils interrogent également son sens : que vise-t-on au travers de ce critère ? Quel est l'objectif d'évaluation et d'amélioration poursuivi ?

► **Le critère 26b : Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur** (hors bloc opératoire) qui vise l'organisation des secteurs de radiothérapie, médecine nucléaire, salles de naissance, endoscopie, électroconvulsivothérapie et techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale. L'interrogation porte essentiellement sur le fait que ce critère ne soit pas une PEP s'agissant d'activités à risque majeur. Par ailleurs, le choix laissé à l'établissement de s'auto-évaluer, hors la radiothérapie et la médecine nucléaire, sur un secteur à risque de son choix fait également débat : l'auto-évaluation aurait dû systématiquement porter sur tous les secteurs d'activité à risques.

► **Le critère 28c : Mise en œuvre de démarches d'EPP liées aux indicateurs de pratique clinique** qui est à l'origine de nombreuses questions sur la définition d'un indicateur de pratique clinique.

Par ailleurs tous les nouveaux critères relatifs au développement durable ont posé question et notamment le critère 1b sur l'engagement dans le développement durable avec beaucoup d'interrogations sur la nature et le niveau du diagnostic et les caractéristiques du volet développement durable attendu par la HAS.

## 2.2 Les pratiques exigibles prioritaires (PEP)

Treize critères du manuel V2010 ont été érigés en pratiques exigibles prioritaires.

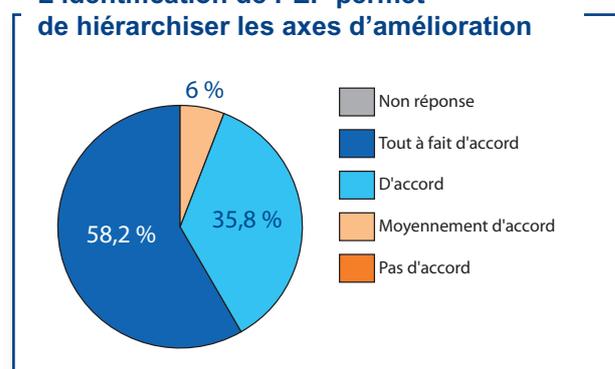
- Critère 1f :** Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles
- Critère 8b :** Fonction gestion des risques
- Critère 8f :** Gestion des événements indésirables
- Critère 8g :** Maîtrise du risque infectieux
- Critère 9a :** Système de gestion des plaintes et réclamations
- Critère 12a :** Prise en charge de la douleur
- Critère 13a :** Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Critère 14a :** Gestion du dossier patient
- Critère 14b :** Accès du patient à son dossier
- Critère 15a :** Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Critère 20a :** Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Critère 25a :** Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Critère 26a :** Organisation du bloc opératoire

Ces pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées.

Leur sélection s'est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des évolutions sur ces thématiques.

Les établissements sont quasi unanimes (94 % de réponses tout à fait d'accord et d'accord) pour reconnaître que l'identification de critères PEP constitue un bon outil de hiérarchisation des axes d'amélioration.

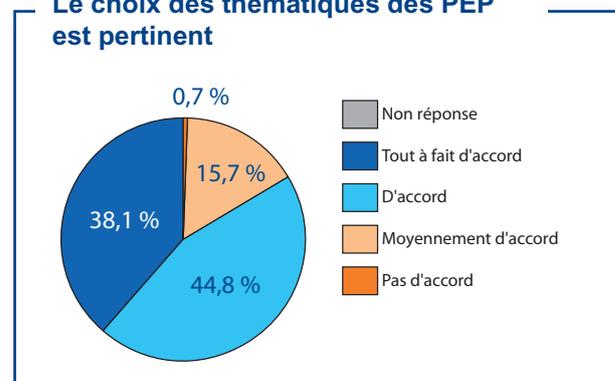
**L'identification de PEP permet de hiérarchiser les axes d'amélioration**



Cette perception est renforcée par les commentaires des établissements : « *Dès la publication du référentiel V2010, nous avons mené une auto-évaluation à blanc des PEP. Ceci nous a permis de construire un plan d'action pour améliorer nos pratiques* », « *Les PEP sont une nouvelle façon de marquer l'importance de certaines prises en charge en milieu sanitaire, une prise de conscience parfois pour certains salariés.* »

Le choix des thématiques des PEP est jugé pertinent par près de 83 % des établissements.

**Le choix des thématiques des PEP est pertinent**



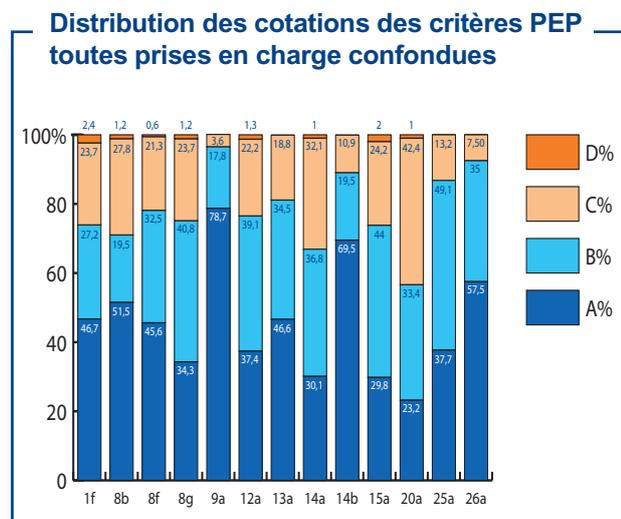
Ce jugement est toutefois nuancé en santé mentale où les établissements estiment que les PEP sont généralistes et pas toujours bien adaptées aux spécificités de leur prise en charge et demandent des PEP adaptées à leur spécialité : « *Les PEP sont adaptées au secteur MCO mais pas toujours au secteur de psychiatrie* », « *Certaines thématiques de PEP ne sont pas adaptées à la prise en charge en psychiatrie*. »

Par ailleurs, 23,9 % des établissements interrogés estiment parfois, tout en reconnaissant l'intérêt des PEP, le niveau fixé trop exigeant : « *Le niveau d'exigence est particulièrement élevé ; il aurait pu se déployer plus progressivement sur deux itérations par exemple*. » Sur ce point également, les établissements de santé mentale et de SSR sont les plus nombreux à interroger l'exigence de ces critères.

Certains établissements suggèrent qu'il pourrait être intéressant, en plus des pratiques exigibles prioritaires imposées, de laisser chaque structure déterminer ses priorités : « *Il devrait être possible pour l'établissement de choisir un certain nombre de PEP parmi un ensemble proposé afin de laisser une certaine souplesse à la démarche. Il serait même souhaitable que l'établissement puisse définir des PEP directement rattachées à son projet d'établissement*. »

« *Les thématiques PEP sont, certes, imposées à tous les établissements ; toutefois, chaque structure peut également considérer d'autres thématiques comme prioritaires*. »

Concernant les critères PEP, une analyse des cotations est réalisée de manière systématique dans le cadre du retour d'expérience. Cette étude montre la distribution des cotations A, B, C, D pour chacun des 13 critères PEP.

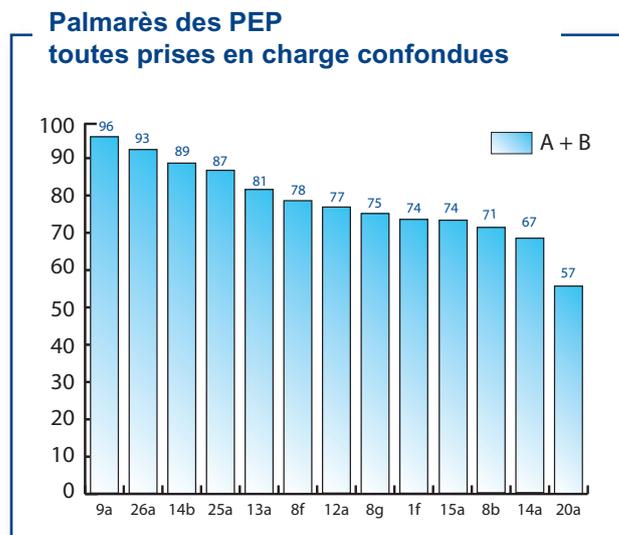


Cela montre que le niveau d'exigence fixé est atteignable, même s'il est jugé élevé par certains établissements. La répartition des cotations C et D identifie les critères PEP qui présentent des marges d'amélioration significatives.

L'analyse globale atteste que la crainte selon laquelle le niveau d'exigence fixé pour les PEP ait pu conduire à une inflation de cotations négatives et de décisions se trouve infirmée dans les faits.

**Cette étude révèle encore :**

- les thématiques qui semblent majoritairement maîtrisées au sein des établissements notamment la gestion des plaintes (critère 9a, 96 % de cotations A & B), l'organisation des blocs opératoires (critère 26a, 93 % de cotations A & B), l'accès du patient à son dossier (critère 14b, 89 % de cotation A & B), la prise en charge des urgences et des soins non programmés (critère 25a, 87 % de cotations A & B) et la prise en charge et les droits des patients en fin de vie (critère 13a, 81 % de cotations A & B). Ce dernier critère, bien qu'il apparaisse particulièrement maîtrisé en termes de cotation, demeure toutefois l'objet de questionnements récurrents de la part des établissements et nécessite d'être précisé dans ses attendus ;
- les thématiques qui constituent encore des axes de progrès, thématiques traditionnellement impactées par des décisions depuis la version 1 de la procédure : prise en charge médicamenteuse (critère 20a, 57 % de cotations A & B), tenue du dossier (critère 14a, 67 % de cotations A & B), fonction gestion des risques (critère 8b, 71 % de cotations A & B), identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (critère 15a, 74 % de cotations A & B).

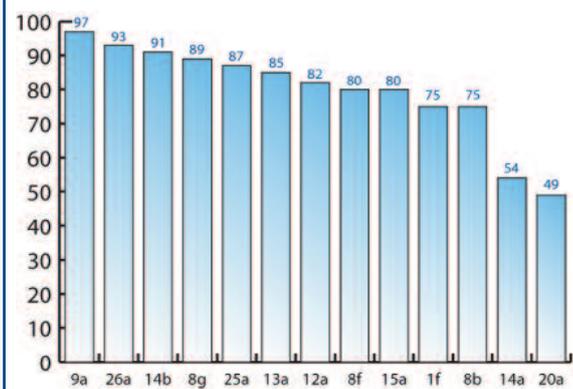


Enfin cette étude a permis de décliner les niveaux de cotation des PEP par typologie d'établissement (ont été exclus les établissements mixtes pour lesquels l'interprétation nécessite d'affiner les clés d'analyse). Ainsi quel que soit le type d'établissement, l'organisation de la gestion des plaintes (9a) semble maîtrisée par les structures.

En revanche quelques spécificités se dessinent.

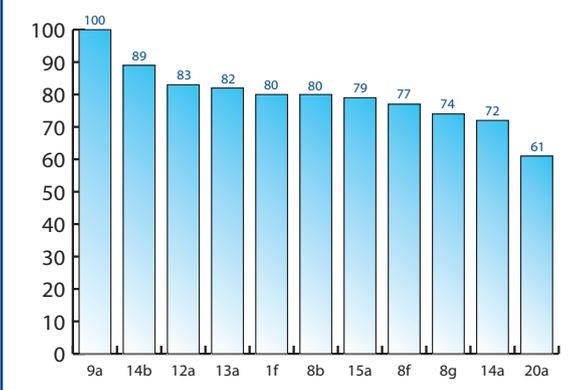
Dans les établissements **MCO**, les critères PEP relatifs au bloc opératoire (26a), à l'accès du patient à son dossier (14b) et à la maîtrise du risque infectieux (8g) sont globalement bien cotés, les principaux problèmes se concentrant sur la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse (20a) et la gestion du dossier patient (14a).

**Palmarès des PEP par prise en charge MCO**



Dans les établissements de **SSR**, les critères relatifs à l'accès du patient à son dossier (14b) et à la prise en charge de la douleur (12a) génèrent peu de décisions, les principales difficultés se concentrant sur la prise en charge médicamenteuse (20a) et la gestion du dossier patient (14a).

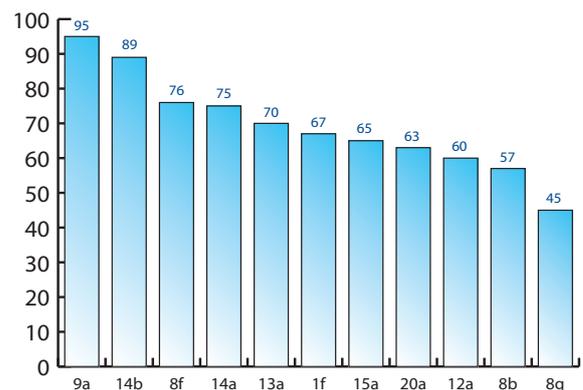
**Palmarès des PEP par prise en charge SSR**



Dans les établissements de psychiatrie, le critère le plus positivement coté est celui relatif à l'accès du patient à son dossier (14b) ; les critères les plus fortement impactés par des cotations négatives sont les critères relatifs à la fonction gestion des risques (8b) et à la maîtrise du risque infectieux (8g).

Pour ce dernier, ceci est à corréluer à la remise en question de la pertinence de ce critère comme PEP en santé mentale.

**Palmarès des PEP par prise en charge SM**



### 3. Poursuite de la médicalisation via un renforcement des exigences d'EPP

Le manuel V2010 comporte 4 critères relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles.

► **Critère 1f : Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (PEP)**

L'objectif de ce critère est de montrer que l'établissement a défini une politique d'EPP inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et qu'il est entré dans une culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration de ses pratiques comprenant la mesure des résultats atteints.

► **Critère 28a : Mise en œuvre des démarches d'EPP**

Ce critère formule :

- des exigences relatives à un déploiement des démarches d'EPP attendu dans l'ensemble des secteurs d'activité ;
- des exigences spécifiques en termes d'organisation de ces démarches : existence de démarches d'analyse de la morbidité-mortalité en chirurgie,

anesthésie-réanimation et oncologie ; mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie.

► **Critère 28b : Pertinence des soins**

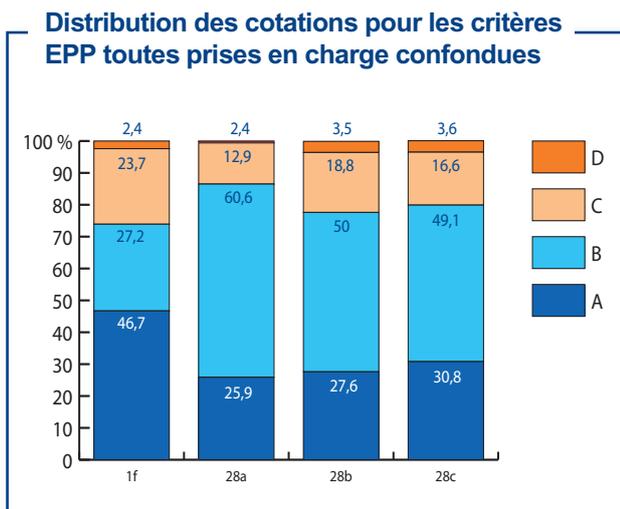
L'analyse de la pertinence mesure le caractère approprié des soins et des hospitalisations.

Ce critère formule une attente relative à l'identification des enjeux en termes d'analyse de pertinence et au déploiement de programmes d'EPP en lien avec l'analyse de la pertinence des soins.

► **Critère 28c : Démarches d'EPP liées aux indicateurs de pratique clinique**

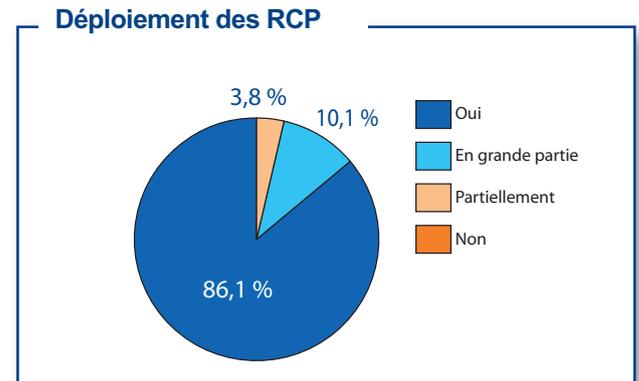
Ce critère a vocation à inciter les établissements à utiliser des indicateurs de pratique clinique dans la conduite des démarches d'EPP. Il peut s'agir d'indicateurs validés par les collègues professionnels de bonnes pratiques, disponibles dans la littérature, nationaux, construits par les équipes en utilisant les références disponibles.

Les cotations des références EPP se distribuent majoritairement au-dessus de 75 %, en A et B. La référence qui décroche très relativement est la référence 1f, ce qui permet de souligner, comme en version 2, que si les établissements mettent en œuvre des démarches sectorielles d'EPP, souvent abouties, ces démarches ne sont pas toujours organisées et portées par une politique institutionnelle.

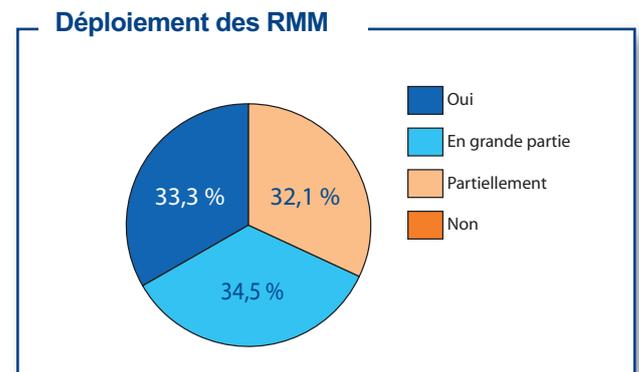


En ce qui concerne les démarches d'EPP à déploiement obligatoire, elles sont réalisées dans 96 % des établissements pour les réunions de concertation pluridisciplinaires dans la logique portée

par le Plan Cancer et les renouvellements d'autorisation de pratiquer une activité de cancérologie.



En revanche, si l'analyse de la morbidité-mortalité s'organise progressivement, cette démarche n'est encore que partielle dans près d'un tiers des établissements et secteurs d'activité concernés. Le portage de cette thématique par la HAS, à travers notamment la diffusion du guide RMM, permettra de renforcer la mise en place de ces démarches.



## 4. Contextualisation

L'auto-évaluation, information déclarative, n'est pas la seule source d'information dont les experts-visiteurs disposent en visite.

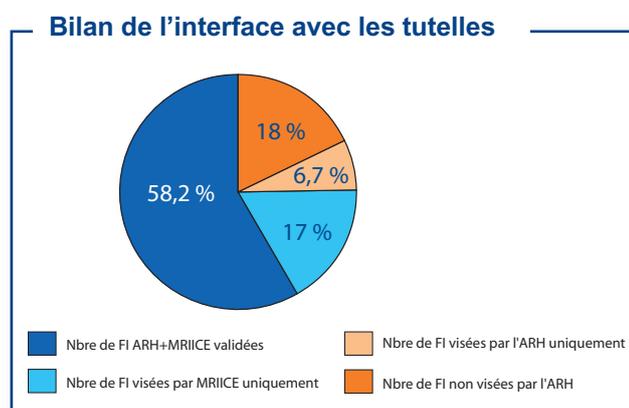
Par ailleurs, il n'appartient pas à la HAS de se prononcer sur la conformité réglementaire d'un établissement en matière de sécurité. Elle évalue la satisfaction des standards qualité à travers la dynamique mise en œuvre par l'établissement dans la prise en compte des observations, recommandations et prescriptions formulées lors des contrôles réglementaires.

La certification doit donc pouvoir bénéficier des résultats des démarches de contrôle, d'inspection et d'évaluation diligentées par les autorités de tutelle et de tous les points d'éclairage sur le contexte d'un établissement que les représentants de l'ARS peuvent légitimement exposer en amont des visites.

Cela a conduit la HAS à mettre en place un document d'interface avec l'ARS qui est utilisé dans le cadre de la procédure de certification.

Ce document comporte deux volets : une synthèse des inspections et contrôles réalisés et de leurs résultats ; des informations générales sur le fonctionnement des établissements de santé susceptibles d'éclairer et de contextualiser les visites de certification.

Le taux de retour des documents reçus complets est de 58 %, en nette progression par rapport aux premiers mois de visite.



## 5. Allègement des contraintes formelles et utilisation des indicateurs qualité dans la procédure de certification

Dans le cadre de la V2010, la HAS a souhaité alléger les contraintes formelles attachées à l'étape d'auto-évaluation.

Il n'est plus imposé comme dans les deux premières versions de la procédure de principes méthodologiques pour la conduite de l'auto-évaluation. Chaque établissement s'appuie désormais naturellement sur ses instances et ses structures, les groupes pérennes constitués, les personnes ressources.

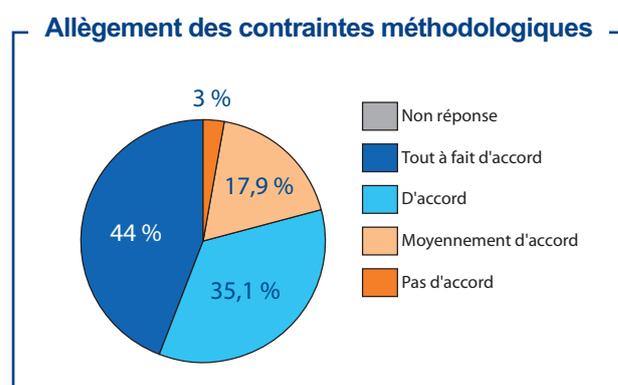
Par ailleurs, hormis pour les critères « PEP », il est attendu un moindre niveau d'écriture. Seule l'évalua-

tion du niveau de satisfaction aux éléments d'appréciation est requise pour les critères non PEP.

Enfin la HAS propose aux établissements de santé comme aux experts-visiteurs un dispositif de cotation calculée visant à simplifier cette phase dans la procédure et à permettre aux établissements d'identifier les axes d'amélioration et de les situer au regard de leur programme d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour tous les établissements interrogés, l'auto-évaluation reste une charge de travail importante tant en termes de diagnostic que de mise en œuvre des premiers plans d'action qui en découlent.

Cependant, près de 80 % des établissements interrogés reconnaissent que la suppression des contraintes méthodologiques a facilité la réalisation de l'auto-évaluation.



Cela leur a permis d'adapter les modalités de réalisation de l'auto-évaluation à leur organisation interne : « L'allègement des contraintes méthodologiques représente un incontestable gain de temps dans la conduite de l'auto-évaluation », « L'évaluation du temps consacré en groupes de travail d'auto-évaluation a demandé 2,5 fois moins de temps qu'en V2. »

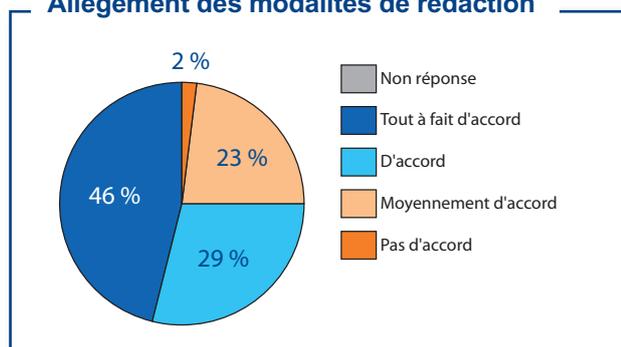
Certains établissements soulignent le bénéfice de l'allègement pour l'ensemble des professionnels : « Le personnel a apprécié cet allègement. La démarche leur semble moins compliquée, plus accessible », « La simplification permet de se concentrer sur l'essentiel : le travail avec les professionnels de terrain. »

La réduction de l'exigence en matière de rédaction est très majoritairement saluée : « L'allègement des consignes de préparation et de rédaction permet de plus se concentrer sur les cotations (...) et ainsi d'avoir une auto-évaluation plus proche de la réalité »,

« L'allègement a été significatif sur les modalités rédactionnelles. » Ces constats méritent cependant d'être en partie pondérés, près d'un quart des établissements relativisent l'effet d'allègement : « Le fait de ne pas adresser à la HAS les constats rédigés pour toutes les références n'exonère pas l'établissement de conserver la trace écrite des arguments ayant permis le choix des cotations. »

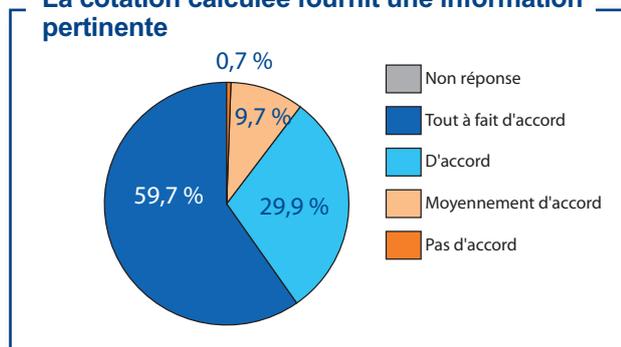
L'implication accrue des instances et des structures (CME, CLIN, CLUD) à ce travail, jugée facilitante et présentant de véritables bénéfices managériaux, est par ailleurs soulignée.

#### Allègement des modalités de rédaction



Enfin à 89 %, même s'il est parfois discuté d'un point de vue technique, les établissements soulignent l'intérêt du dispositif de cotation calculée en termes d'aide à l'identification d'axes d'amélioration venant alimenter l'élaboration de leur programme qualité et gestion des risques : « L'intégration des cotations est un bon outil d'aide à la décision », « Le plan d'action, hiérarchisé selon les cotations, a été intégré au programme d'amélioration de la qualité. »

#### La cotation calculée fournit une information pertinente



**La prise en compte des indicateurs** dans la procédure de 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.

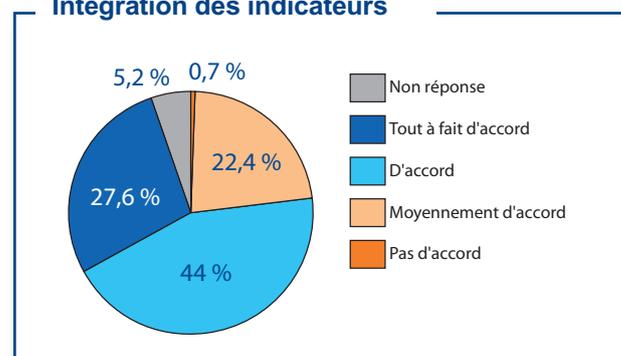
Dans ce contexte, la HAS souhaite valoriser le travail de recueil des indicateurs généralisés réalisé par les établissements de santé et les résultats obtenus dans le cadre de ce recueil.

#### Deux modèles d'utilisation ont été retenus :

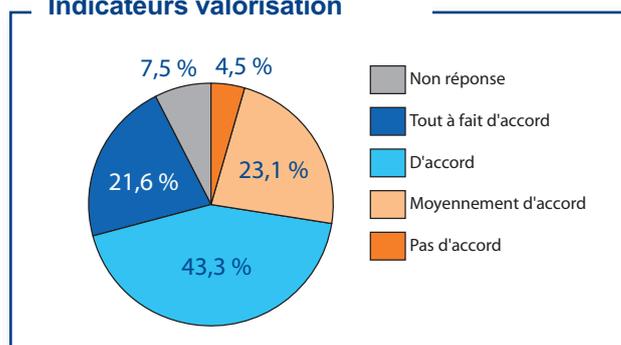
- pour les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales généralisés par le ministère de la Santé, un lien automatique entre la classe liée aux résultats des indicateurs et la cotation du critère ;
- pour les indicateurs qualité généralisés par la HAS, la prise en compte du recueil et de la valeur de l'indicateur en réponse à certains éléments d'appréciation de critères.

Les établissements ont reconnu à 72 % que le modèle retenu permettait de valoriser le travail de recueil effectué : « Ils permettent de développer la culture de la mesure de la qualité dans l'établissement, de disposer de mesures de la qualité et de dynamiser la démarche d'amélioration de la qualité des soins », à 65 % qu'il permettait de valoriser les résultats et à 78 % que l'utilisation des indicateurs en réponse à certains critères ou éléments d'appréciation avait contribué à simplifier le travail d'auto-évaluation malgré un « besoin d'un temps d'appropriation pour les établissements ».

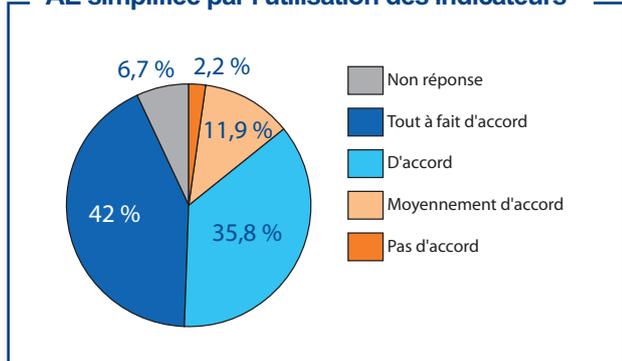
#### Intégration des indicateurs



#### Indicateurs valorisation



### AE simplifiée par l'utilisation des indicateurs



Par ailleurs les établissements notent que l'introduction des indicateurs constitue un véritable progrès en termes d'objectivité de la visite.

#### Les principales critiques et difficultés soulevées portent sur :

- le décalage entre le temps de la visite et la période de recueil des indicateurs : « *Les indicateurs pris en compte dans la procédure portent sur des pratiques (dossiers) de l'année précédente. Un décalage peut exister entre la note chiffrée et les pratiques actuelles de l'établissement* » ;
- le sentiment d'une inadéquation de certains indicateurs pour certaines typologies d'établissements, notamment pour les établissements de psychiatrie, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : « *L'établissement n'est pas concerné par le suivi des indicateurs (établissement psychiatrique)* », « *En psychiatrie, il est compliqué d'obtenir une cotation supérieure à C pour ICSHA.* »

## 6. Personnalisation

La troisième version de la procédure est marquée par la non-exhaustivité de la visite au regard des champs couverts par le manuel. Cette option a été prise à la fois pour mieux garantir la qualité des constats portant sur les domaines investigués et pour répondre à l'objectif de personnalisation des visites.

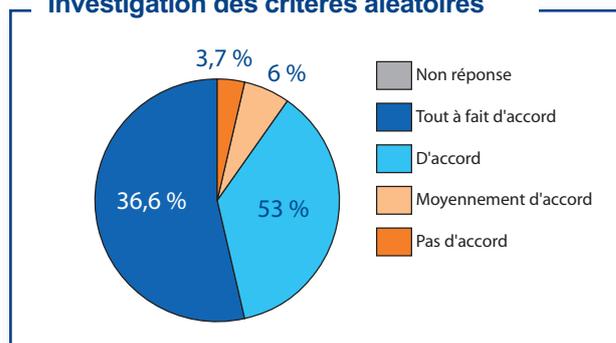
#### La visite de certification s'articule donc en V2010 autour :

- d'un tronc commun applicable à tous les établissements de santé : pratiques exigibles prioritaires, critères en lien avec les indicateurs généralisés, EPP ;
- de modules spécifiques dont le périmètre est fonction des décisions prises en version 2, des données de la fiche d'interface HAS/ARS, des critères cotés C ou D dans l'auto-évaluation de l'établissement.

Par ailleurs, un certain nombre de critères cotés A ou B par les établissements sont tirés au sort et investigués durant la visite. Cette investigation permet de valider l'auto-évaluation de l'établissement sur les champs non inscrits au périmètre de la visite quant à la juste utilisation du dispositif de cotation. Lorsqu'à travers des critères tirés au sort, les experts-visiteurs sont amenés à observer des écarts notables entre l'auto-évaluation et les résultats de leurs investigations, ils doivent saisir la HAS qui se réserve la possibilité de prononcer un arrêt de la visite.

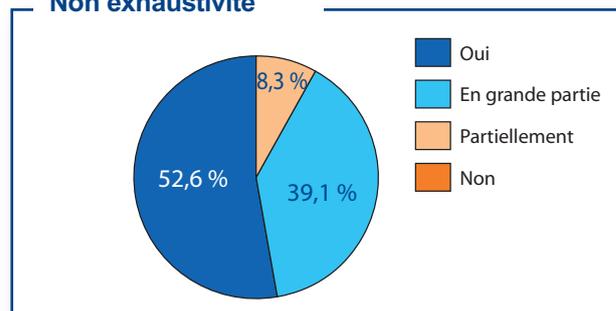
Si le dispositif est globalement bien compris, 90 % des établissements interrogés en témoignent, le choix aléatoire des critères retenus peut apparaître modérément adapté aux spécificités de l'établissement. « *Le principe des critères aléatoires pose malheureusement le problème de la pertinence des critères retenus en regard des activités de l'établissement. Certains critères concernent peu l'établissement, alors que d'autres non investigués constituent le cœur de métier de nombreux agents.* »

### Investigation des critères aléatoires

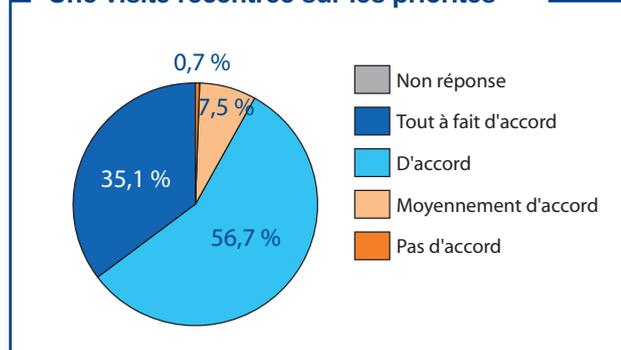


Pour plus de 90 % des établissements interrogés, la non-exhaustivité de la visite a été bien acceptée et son périmètre personnalisé a permis, de l'avis de 86 % des établissements, de la recentrer sur des priorités et de faire lever sur les démarches d'amélioration à mettre en œuvre. Pour autant, l'application de la personnalisation au cadre de la visite rend de fait plus exigeante l'élaboration du calendrier par les établissements.

### Non exhaustivité



## Une visite recentrée sur les priorités



Quelques établissements soulignent complémentai-  
rement la frustration de certains professionnels de ne  
pas être rencontrés et de ne pas voir leur travail valo-  
risé par le regard des experts-visiteurs : « *Certains  
agents ont été déçus de ne pas avoir pu valoriser leurs  
pratiques auprès des experts à l'occasion des visites  
dans les services de soins* », « *Le personnel s'est dit  
frustré car il n'a pas pu valoriser toutes les actions  
engagées.* » Il faut à ce titre rappeler l'importance pour  
les établissements d'organiser une communication et  
une information des professionnels sur ce point,  
lequel constitue un changement notable par rapport  
aux versions antérieures : « *Cela avait été expliqué et  
cela n'a pas posé de difficultés aux professionnels* »,  
« *Cela n'a pas posé de problème, les experts-visiteurs  
ont clairement expliqué pourquoi ils se limitaient à  
certains champs.* »

## 7. Nouveau format du rapport

Dès la version 1 de la procédure, le choix a été fait  
d'assurer la plus large diffusion des rapports de  
certification. Au-delà des établissements de santé, le  
rapport de certification est adressé à l'autorité de  
tutelle régionale, et depuis 2005, publié intégralement  
sur le site Internet de la HAS.

L'objectif de la HAS est de participer à l'information  
du grand public sur la qualité de l'offre de soins.

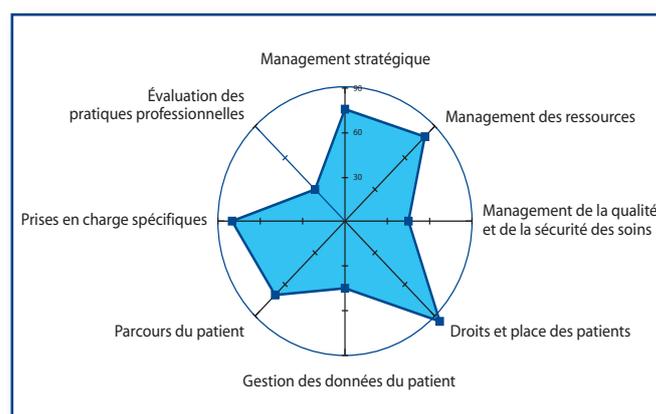
Si tous les acteurs du dispositif ont souligné l'exigence  
de transparence qui a présidé à cette publication, le  
format du rapport de certification des versions 1 et 2  
de la procédure a été en revanche interrogé par l'en-  
vironnement. Alors que la HAS dispose au travers des  
rapports de certification de données extrêmement  
riches sur les établissements de santé, les rapports  
de certification apparaissent pour beaucoup d'acteurs  
comme des documents peu informatifs ou d'une  
lecture réservée à des initiés.

Pour la HAS, la redéfinition du format des décisions  
de certification visant à les rendre lisibles et plus  
utilisables par toutes les parties prenantes est un  
enjeu majeur.

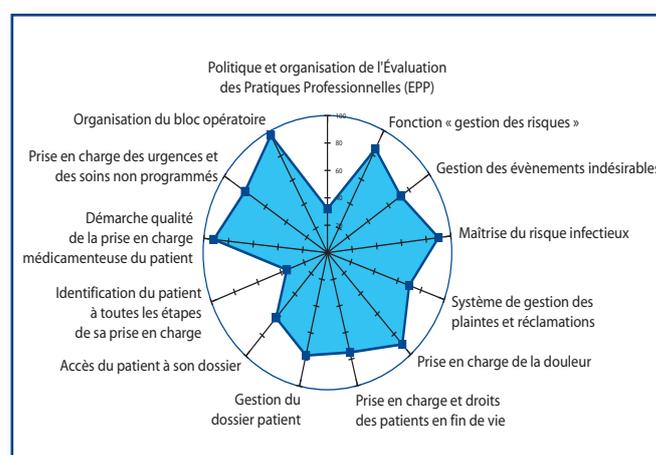
C'est ainsi que la HAS propose dans le cadre de la  
procédure V2010 un nouveau format des rapports de  
certification enrichi de la confrontation avec les  
demandes et attentes des différentes parties  
prenantes (usagers, établissements et professionnels  
de santé, pouvoirs publics) et de l'expérience menée  
en V2 de production d'un format de rapport destiné  
aux usagers.

La HAS a pris l'option de présenter en ouverture du  
rapport de certification V2010 des synthèses  
graphiques des résultats de l'établissement.

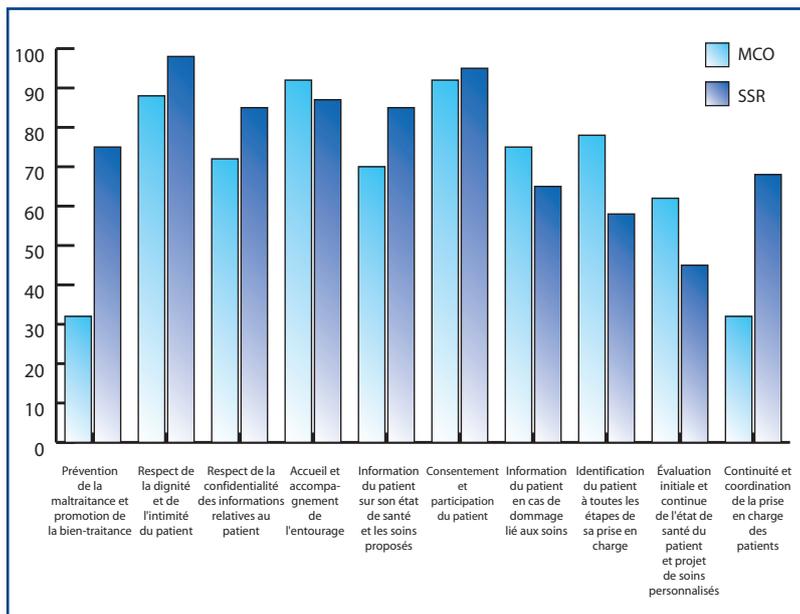
- **Un graphique en radar établi sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune des parties du manuel ;**



- **Un graphique en radar établi sur la base du score obtenu par l'établissement sur chacune des pratiques exigibles prioritaires ;**



- **Un histogramme** présentant les scores obtenus sur **10 critères** sélectionnés en concertation avec **les représentants des associations d'usagers**.



## 8. Analyse des décisions de certification

### 8.1. Les niveaux de décision

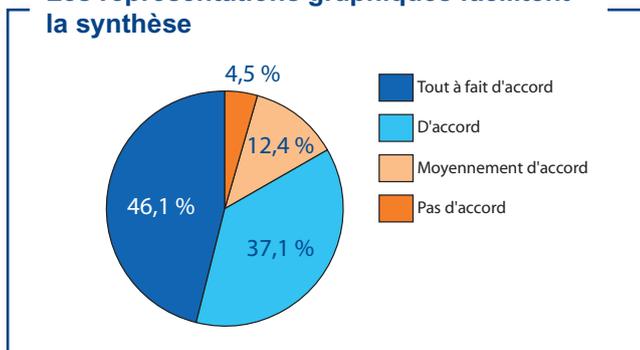
Ce rapport présente les décisions des 127 premiers établissements de santé certifiés V2010.

Ces établissements se répartissent en 32 % pour le secteur public et 68 % pour le secteur privé ; ils représentent toutes les tailles, toutes les catégories d'établissements et tous les modes de prise en charge.

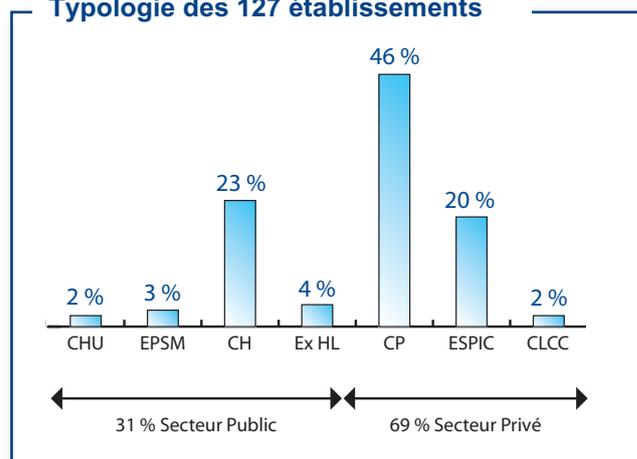
- 13 % des établissements font l'objet d'une certification simple.
- 31 % sont certifiés avec recommandations.
- 48 % sont certifiés avec réserves.

À près de 83 %, les établissements estiment que ces représentations graphiques facilitent la compréhension des résultats par une vision synthétique qui permet de valoriser les points positifs et d'identifier clairement les axes d'amélioration. Ils sont 75 % à considérer que ce nouveau format en améliore la lisibilité.

#### Les représentations graphiques facilitent la synthèse

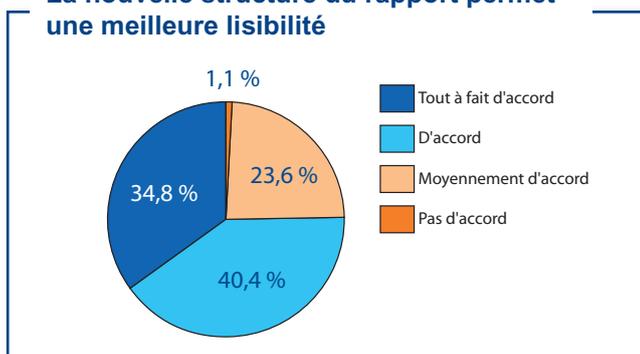


#### Typologie des 127 établissements

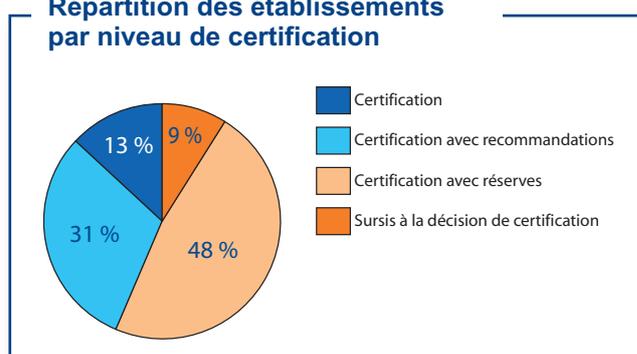


Enfin, une décision de surseoir à la certification (établissements présentant des réserves majeures) a été prononcée pour 9 % des établissements.

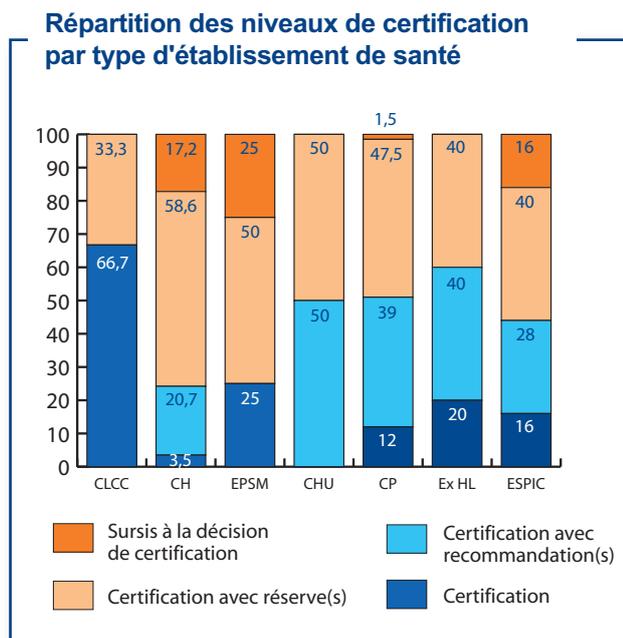
#### La nouvelle structure du rapport permet une meilleure lisibilité



#### Répartition des établissements par niveau de certification



La répartition des niveaux de certification par type d'établissement est illustrée par le graphique infra.



**Critère 20a** : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

**Critère 14a** : Gestion du dossier du patient

**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

**Critère 8h** : Bon usage des antibiotiques

**Critère 12a** : Prise en charge de la douleur

**Critère 8b** : Fonction « gestion des risques »

**Critère 1f** : Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

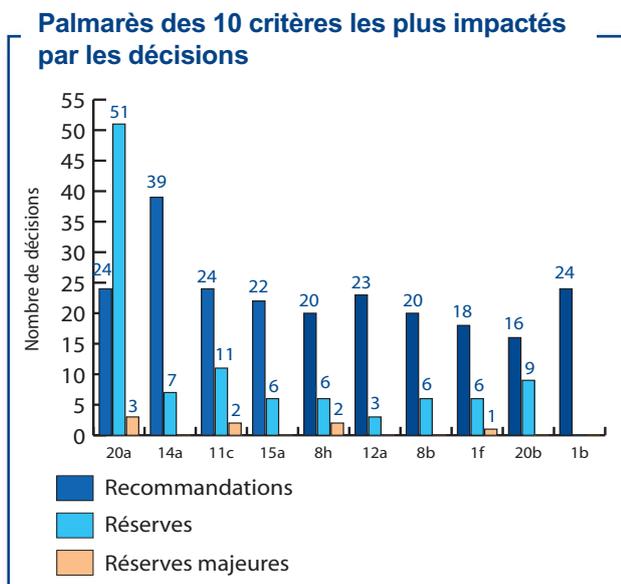
**Critère 20b** : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

**Critère 1b** : Engagement dans le développement durable

## 8.2. Les motifs de décision

L'examen des **127 dossiers** a conduit la commission de certification des établissements de santé à proposer au Collège de la HAS **673 décisions** qui se répartissent en : **11 réserves majeures**, **148 réserves** et **514 recommandations**.

Sur ces bases, il est possible de dresser le palmarès des **10 critères** les plus impactés par des décisions.

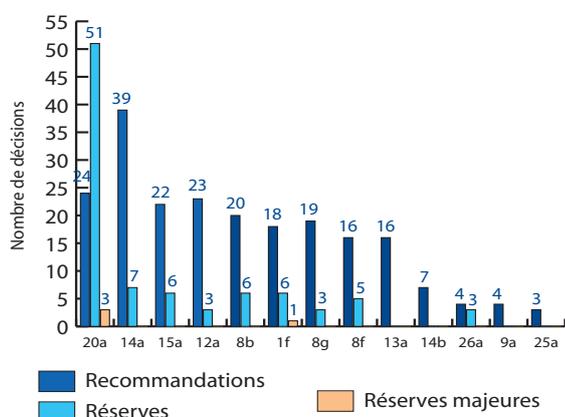


### Tous types de décisions et de critères confondus :

- **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 **78 décisions** prononcées qui se répartissent en 3 réserves majeures, **51 réserves** et **24 recommandations**.
- **Le critère 14a** : Gestion du dossier du patient arrive en seconde position avec **46 décisions** (7 réserves et **39 recommandations**).
- **Le critère 11c** : Information du patient en cas de dommage lié aux soins, arrive en 3<sup>e</sup> position, et donne lieu à des décisions plus lourdes que le **critère 14a** avec **37 décisions** (2 réserves majeures, **11 réserves** et **24 recommandations**).
- **Les 6 critères suivants** se situent à un niveau de décision globalement homogène (de **24** à **28 décisions**).
- **Le critère 1b** : Engagement dans le développement durable présente quant à lui **24 décisions** dont la jurisprudence prévoit qu'elles ne puissent excéder le niveau recommandation.

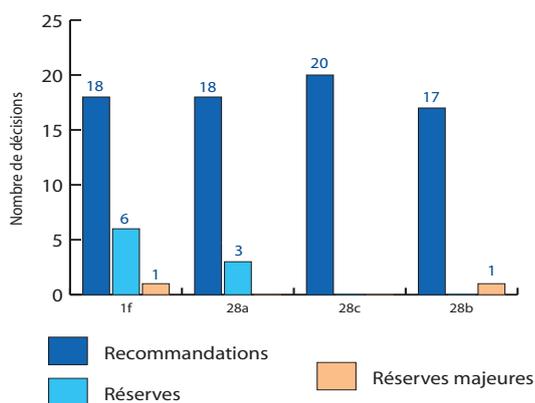
Si l'on concentre l'analyse sur les critères PEP, on observe comme précédemment que les **critères 20a et 14a** arrivent nettement en tête.

### Palmarès des critères PEP portant décision en V2010



- **Les critères 26a** : Organisation du bloc opératoire et **25a** : Prise en charge des urgences et des soins non programmés, qui ne s'appliquent pas à l'ensemble des établissements, concentrent de fait un nombre peu élevé de décisions.
- **Le critère 9a** : Système de gestion des plaintes et réclamations présente parmi les PEP qui s'appliquent à tous les établissements, les meilleurs résultats.
- **Les 4 critères** relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles totalisent **84 décisions (2 réserves majeures, 9 réserves et 73 recommandations)**.

### Palmarès des critères EPP portant décision en V2010

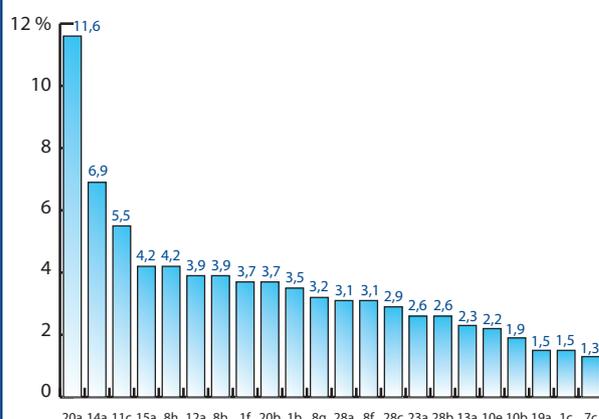


- Critère 1f** : Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Critère 28a** : Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Critère 28c** : Pertinence des soins
- Critère 28b** : Démarches EPP liés aux indicateurs de pratique clinique

- **Le critère 1f** : Politique et organisation de l'EPP fait l'objet de **1** réserve majeure, **6** réserves et **18** recommandations.
- Une réserve majeure a également été prononcée pour **le critère 28b** : Pertinence des soins.
- **Le critère 28c** : Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique présente **20** décisions dont la jurisprudence prévoit, à l'instar du **critère 1b**, qu'elles ne puissent excéder le niveau recommandation.

Enfin, **22 critères sur les 82** que compte le manuel de certification soit **27 % des critères**, concentrent **80 % des décisions**.

### Répartition des 22 critères qui représentent 80 % des décisions



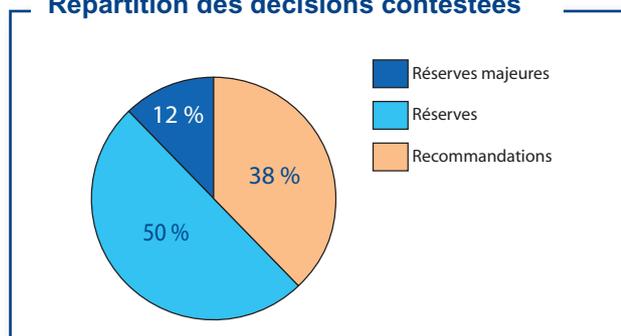
- Critère 20a** : Démarche qualité de la prise en charge médicale du patient
- Critère 14a** : Gestion du dossier du patient
- Critère 11c** : Information du patient en cas de dommage lié aux soins
- Critère 15a** : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Critère 8h** : Bon usage des antibiotiques
- Critère 12a** : Prise en charge de la douleur
- Critère 8b** : « Fonction gestion des risques »
- Critère 1f** : Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Critère 20b** : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
- Critère 1b** : Engagement dans le développement durable
- Critère 8g** : Maîtrise du risque infectieux
- Critère 28a** : Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Critère 8f** : Gestion des événements indésirables
- Critère 28c** : Démarches EPP liés aux indicateurs de pratique clinique
- Critère 23a** : Éducation thérapeutique du patient
- Critère 28b** : Pertinence des soins
- Critère 13a** : Prise en charge des droits des patients en fin de vie
- Critère 10e** : Gestion des mesures de restriction de liberté
- Critère 10b** : Respect de la dignité et de l'intimité du patient
- Critère 19a** : Populations nécessitant une prise en charge particulière
- Critère 1c** : Démarche éthique
- Critère 7c** : Gestion de l'énergie

## 8.3 Les contestations

À l'issue de la procédure de certification, l'établissement peut contester la décision du Collège de la Haute Autorité de Santé. Les contestations des établissements sont examinées par la commission de certification qui propose au Collège le maintien ou la révision de la décision initiale.

- Pour l'année **2010** et les **127 établissements** dont le dossier de certification a été examiné, **17 établissements** ont contesté les décisions de certification, soit **13 % des établissements**.
- **50 %** des décisions contestées sont des réserves, **12 %** des réserves majeures et **38 %** des recommandations.

Répartition des décisions contestées



- Au total, ce sont **9 %** des réserves émises qui sont contestées, **27 %** des réserves majeures et **2 %** des recommandations.
- Les **17 établissements** concernés ont contesté **26 décisions** ; **15** de ces décisions soit **58 %** portent sur le **critère 20a** : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.
- **Trois** de ces décisions ont été levées par le Collège de la HAS soit **11 %**, le niveau de **2 décisions** a été abaissé (**8 % des contestations**) et la décision a été maintenue pour **21 décisions** soit **81 % des contestations**.

## 9. Les évolutions de la procédure

### 9.1 La jurisprudence de la commission de certification des établissements de santé

La procédure actualisée de la certification V2010 prévoit que la HAS puisse formuler des décisions quelle que soit la cotation du critère. En effet, si les processus de cotation et de décision automatisés conduisent majoritairement à des décisions adaptées, le Collège reste souverain pour prendre des décisions

différentes si des manquements et insuffisances sont constatés dans l'établissement. Afin de garantir l'homogénéité du processus, ces dérogations sont ponctuelles et encadrées par des principes régulateurs de fonctionnement s'articulant autour du comité de retour d'expérience (CREx). L'analyse des 100 premiers rapports réalisée par celui-ci, ainsi que le dispositif d'alerte mis en place dès lors qu'une problématique relative au processus décisionnel est soulevée, ont permis à la commission des établissements de santé d'élaborer une jurisprudence sur les critères suivants :

- **Critère 1b** : Engagement dans le développement durable : dans un contexte pédagogique d'incitation à la promotion du développement durable dans la stratégie des établissements, la HAS a décidé de limiter provisoirement au niveau recommandation les décisions concernant ce critère : cette décision sera réexaminée courant 2011 ;
- **Critère 8h** : Bon usage des antibiotiques : la HAS prend en compte les spécificités relatives à la prise en charge des patients en santé mentale et limite au niveau réserve les décisions concernant ce critère pour cette activité ;
- **Critère 20 a** : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient : le retour d'expérience a rapidement montré concernant ce critère une difficulté dans le fonctionnement du processus décisionnel automatisé prenant la forme d'un effet « d'écrasement » des dysfonctionnements identifiés du fait du nombre très important d'éléments d'appréciation ;

Afin de parer à cette difficulté, le CREx a dans un premier temps conçu une jurisprudence précisant qu'une évaluation **partiellement ou non** à 6 éléments d'appréciation identifiés pouvait conduire la HAS à formuler une décision de type recommandation, réserve ou réserve majeure quelle que soit la cotation du critère.

Parallèlement, le CREx a engagé un travail préfigurant la révision future du manuel de certification (juin 2011) et visant à scinder l'actuel critère en deux critères distincts sans que soient modifiés les éléments d'appréciation.

**Un critère** porte sur la démarche qualité autour de la prise en charge médicamenteuse, l'**autre** sur la prise en charge médicamenteuse du patient et décrit plus spécifiquement le **circuit clinique du médicament**. Les tests conduits sur la base de cette nouvelle définition en ont démontré la pertinence en matière de processus décisionnel : correction de l'effet « d'écrasement » lié au

nombre important d'éléments d'appréciation, amélioration de la lisibilité en matière de décision.

Cette modification va donc être introduite dans la révision juin 2011 du manuel. Mais sans attendre, il a été décidé de recourir à cette approche à titre d'éclairage dans le traitement des dossiers dès les visites d'octobre 2010 ;

- ▶ **Critère 28 c : Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique** : compte-tenu du caractère pédagogique qui a présidé à l'introduction de ce critère dans le manuel V2010, la HAS a décidé de limiter temporairement au niveau recommandation les décisions concernant ce critère ; cette décision sera réexaminée courant 2011.

## 9.2 La révision avril 2011 du manuel de certification

### Contexte

Dans le cadre du développement continu de la certification, une révision du manuel de certification a été engagée pour répondre aux attentes de l'environnement sur plusieurs champs (HAD, psychiatrie, biologie...), tout en tenant compte de l'actualité réglementaire et du retour d'expérience structuré au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La révision porte sur un nombre limité de sujets et s'appuie sur les travaux de trois groupes de travail réunis entre 2008 et 2010 à l'initiative de la HAS sur les champs de l'hospitalisation à domicile, de la psychiatrie et de la biologie qui ont eu pour objectif l'adaptation du dispositif de certification aux spécificités de leur activité.

Parallèlement, la révision du manuel tient compte de l'actualité réglementaire (loi HPST, obligation d'accréditation des laboratoires de biologie, décrets sur l'éducation thérapeutique...) et du retour d'expérience de la V2010 (interrogations récurrentes des établissements de santé, travaux du comité de retour d'expérience, observations des premières visites V2010, questionnaires adressés aux experts-visiteurs et aux établissements de santé).

La révision du manuel de certification a tenu compte aussi du souhait de stabilité de l'environnement et incorpore en conséquence un nombre restreint d'évolutions.

La révision du manuel V2010 a fait l'objet en octobre et novembre 2010 d'une relecture auprès de représentants institutionnels parmi lesquels le CISS, les

Fédérations représentatives d'établissements de santé, les différentes conférences (CME et DG), la DGOS et de professionnels de santé ciblés directement concernés par le champ des évolutions proposées avec pour but de s'assurer de la pertinence des adaptations retenues et de leur rédaction.

La révision du manuel s'accompagnera également de la production de documents d'information complémentaires à destination des professionnels et des établissements de santé (guides, pages thématiques Internet, etc.).

### Principales évolutions des exigences (critères et éléments d'appréciation) intégrées dans la révision du manuel

#### Pour l'HAD

Les propositions d'adaptation concernant les PEP

- ▶ **2 PEP supplémentaires** :
  - gestion des fonctions logistiques au domicile du patient (**6g**). Nouveau critère applicable uniquement en HAD
  - continuité et coordination de la prise en charge (**18a**)
- ▶ **Retrait du statut de PEP** :
  - identification du patient à toutes les étapes de sa PEC (**15a**)

Les propositions d'adaptation concernant les critères

- ▶ **Un nouveau critère** : **6g** (cf. supra)
- ▶ **Plusieurs critères non applicables** :
  - gestion des infrastructures et des équipements (**6b**)
  - qualité de la restauration (**6c**)
  - gestion du linge, de l'eau, de l'énergie (**6d, 7a, 7c**)
  - hygiène des locaux (**7d**)
  - PEC des patients appartenant à une population spécifique (**19a**)
  - don d'organes (**26c**)

#### Pour la psychiatrie

Les propositions d'adaptation concernant les PEP

- ▶ **3 PEP supplémentaires pour la psychiatrie** :
  - promotion du respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté. Critère remanié (**10e**)
  - continuité et coordination de la prise en charge des patients (**18a**)
  - prise en charge somatique des patients. Nouveau critère (**17b**)

- ▶ Retrait du statut de PEP en psychiatrie pour deux critères :
  - maîtrise du risque infectieux **(8g)**
  - prise en charge et droits des patients en fin de vie **(13a)**

#### Les propositions d'adaptation concernant les critères

- ▶ Un nouveau critère : **(17b)** (cf. supra)
- ▶ Un critères non applicable :
  - don d'organes **(26c)**

#### Pour la biologie médicale

Organisation de la complémentarité entre l'accréditation des laboratoires de biologie médicale par le COFRAC et la certification des établissements de santé par la HAS.

- ▶ Reformulation et révision des critères et des éléments d'appréciation correspondants en tenant compte de l'obligation d'accréditation des laboratoires de biologie :
  - prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats **(21a)**
  - démarche qualité en laboratoire de biologie médicale **(21b)**

#### Prise en compte du retour d'expérience, de l'actualité réglementaire et de la relecture externe

- ▶ Ajout de 2 PEP :
  - programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins **(8a)**, (en remplacement de la PEP **(8b)** Fonction gestion des risques)

- organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur **(26b)**. **Statut de PEP pour 3 secteurs d'activité exclusivement** : radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie.

- ▶ Retrait du statut de PEP pour **le critère 8b** Fonction gestion des risques
- ▶ Révision de la formulation et/ou de l'organisation des exigences pour trois critères principalement :
  - prise en charge et droits des patients en fin de vie (pour permettre une meilleure appropriation par les établissements de santé) **(13a)**
  - prise en charge médicamenteuse : scission du critère sans modification des éléments d'appréciation afin de permettre une identification plus fine des dysfonctionnements **(20a)**
  - éducation thérapeutique du patient (pour tenir compte des derniers textes réglementaires) **(23a)**
- ▶ Révision du champ d'application de certains critères (don d'organes, fin de vie...)

#### Échéances et modalités de mise en œuvre

La diffusion du manuel révisé est prévue pour le mois d'avril 2011. Le manuel sera publié sur le site Internet de la HAS et s'accompagnera d'un communiqué de presse.

Les premières visites de certification sur la base du manuel révisé auront lieu en octobre 2011.

Une information sur la révision du manuel sera délivrée aux établissements de santé dès janvier 2011 dans le cadre des réunions d'information.

En mai et juin les experts-visiteurs bénéficieront lors de réunions régionales d'une information sur la mise en œuvre des évolutions portées par le manuel révisé et de formation *ad hoc* sur le sujet par l'intermédiaire de l'e-learning.

# Conclusion

► Si la V2010 accroît les exigences, si le travail que représente un autodiagnostic à l'échelle d'un établissement de santé demeure un travail important, l'allègement de contraintes méthodologiques liées à l'auto-évaluation a été reconnu comme ayant rendu la démarche plus efficiente en permettant de l'adapter aux organisations internes et d'impliquer les instances.

► Le choix des critères PEP est jugé globalement pertinent et les établissements reconnaissent l'effet levier des PEP sur les démarches d'amélioration de la qualité.

► La personnalisation du périmètre de la visite est perçue positivement au même titre que les représentations graphiques.

Ce bilan permet pour la première fois, une analyse des premières décisions de certification V2010.

La répartition des niveaux de certification et des décisions par critères constitue un observatoire privilégié de la satisfaction des exigences qualité dans les établissements de santé.

À ce titre, la démarche de certification conforte sa place centrale dans le déploiement des outils de régulation par la qualité.

Achévé d'imprimer en Novembre 2010  
Reproduction par Copy-Top - Paris



[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax. : +33 (0) 1 55 93 74 00