



CHU DE REIMS

**CERTIFICATION POUR LA QUALITÉ DES
SOINS
ET**

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

DES Pharmacie

Reims – 07/07/2023

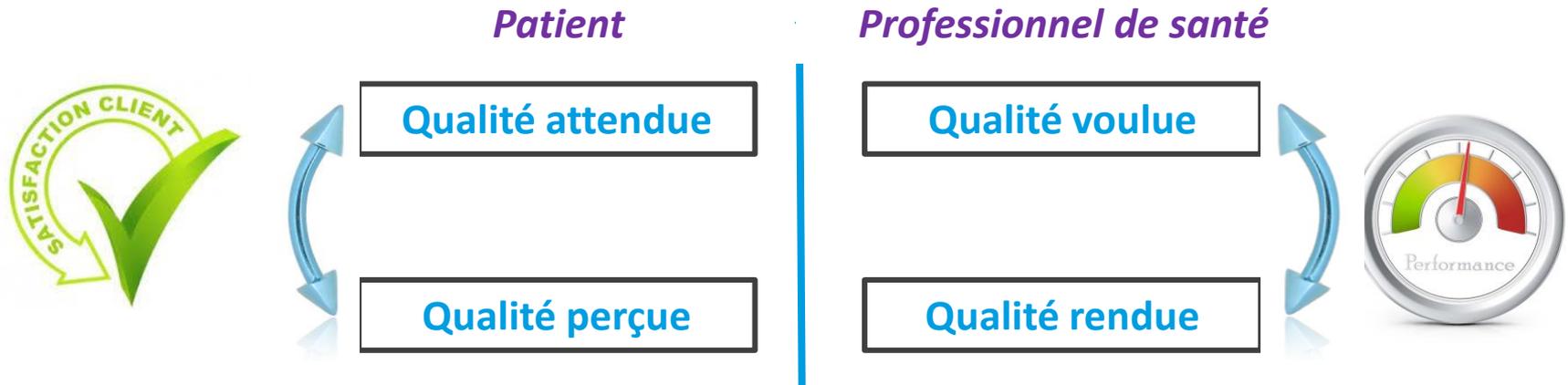
Dominique Hettler

Pharmacien Chef de Pôle Pharmacie - CHU Reims

Responsable Système Management Qualité Prise En Charge Médicamenteuse

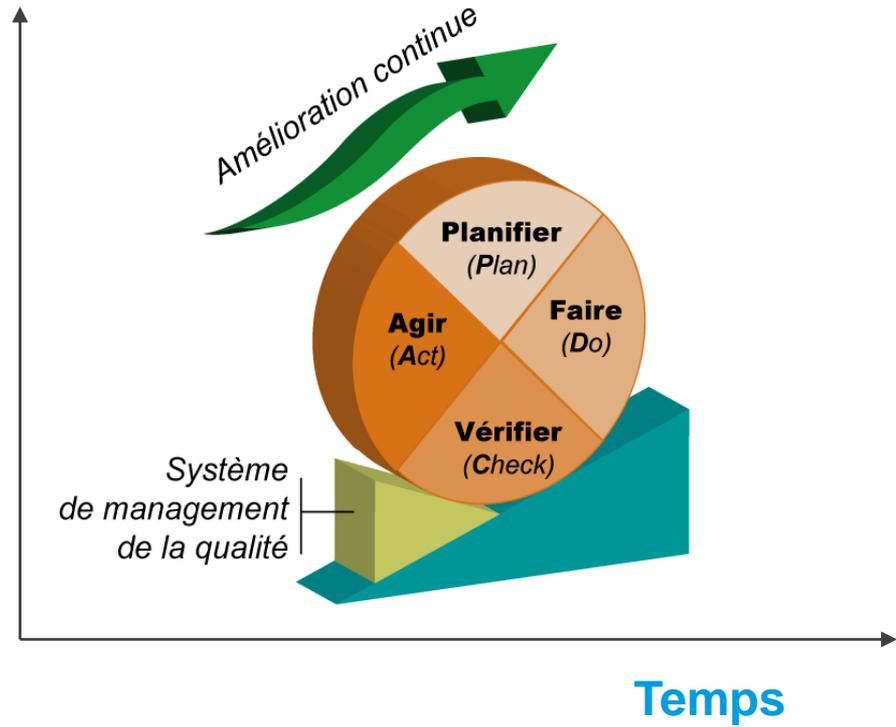
- « Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le **meilleur résultat** en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au **meilleur coût** pour un même résultat, au **moindre risque** iatrogène et pour sa plus grande **satisfaction** en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Définition OMS



Principe de la démarche qualité

Qualité



Contexte

- Depuis les années 90
 - Demande sociale croissante d'une meilleure qualité des soins
 - Judiciarisation croissante de la vie sociale
 - Assurabilité plus difficile des professions médicales et des établissements
 - Implication des tutelles dans la dimension qualité (scandales sanitaires, restructuration budgétaire, le coût de non qualité)
- Changements de la réglementation et des politiques publiques
- Etablissements de santé incités à mieux formaliser la question de la gestion du risque et de la maîtrise de la qualité
- Pour le public : le droit de comprendre, recherche d'informations objectives et fiables



QualiScope - Qualité des hôpitaux et des cliniques

ARTICLE HAS - Mis en ligne le 31 mars 2023

La certification, qu'est-ce que c'est ?

- procédure d'évaluation externe de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par un établissement de santé
- effectuée par des professionnels de santé mandatés par la HAS (= experts-visiteurs)
- sur la base d'un « manuel de certification » (référentiel + fiches critères + fiches pratiques) qui permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé

- Procédure indépendante
- Obligatoire
- Périodique : tous les 4 ans
- Diffusion publique des résultats



objectif = améliorer la qualité globale de prise en charge des patients

Evaluer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients

Finalité

APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE ET ÉQUILIBRÉE AUX ATTENTES



DES USAGERS

connaissance du niveau de qualité
et de sécurité des soins d'un
établissement de santé



DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

outil de management interne
et amélioration des pratiques



DES AUTORITÉS DE TUTELLE

rôle dans la régulation
par la qualité

PATIENTS, SOIGNANTS, UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

Les grands principes



- Place centrale du patient
 - bénéficiaire final de la procédure
- Implication de tous les professionnels
 - quels que soient leur fonction ou grade
 - pour l'ensemble des secteurs d'activités (cliniques, médico-techniques, logistiques, techniques, administratifs)
- Amélioration du service médical rendu au patient
 - objectif d'amélioration du résultat des soins : efficacité (atteinte du résultat visé) et efficience (atteinte des résultats visés au meilleur coût)
- Sécurité
 - base indispensable à la qualité
- Démarche continue et évolutive



V2020 = La « 5^e certification »

- **certification des établissements de santé**
 - mission confiée à la HAS par les ordonnances de 1996
 - 1999 : accréditation
 - 2005 : V2
 - V2010
 - V2014
 - V2020 = **certification pour la qualité des soins**
- ☞ meilleure prise en compte de la réalité des prises en charge des patients
- ☞ tout en impliquant davantage les professionnels de santé



V 2020 – évolution de la démarche



- Orientations stratégiques définies en mars 2018
- Nouveau référentiel : concertation avec les parties prenantes (fédérations hospitalières, collèges nationaux professionnels, représentants d'usagers...) entre le 18 avril et le 24 mai 2019
- Depuis juin 2019 : expérimentations partielles et globales dans les établissements de santé sur la base du référentiel provisoire.
- Le référentiel de la certification V2020 était prévu pour mars 2020, mais suite à la crise sanitaire, il est finalement disponible depuis novembre 2020.

- ☛ premières visites de certification V2020 :
- ☛ avril 2021 pour les établissements de santé volontaires
- ☛ dans tous les établissements à partir de septembre 2021

V 2020 – évolution de la démarche

Médicaliser

- passer d'une culture de moyen à la culture du résultat
- développer la pertinence pour le patient
- renforcer le travail en équipe

Simplifier

- rechercher la cohérence avec les autres dispositifs d'évaluation externe
- simplifier les méthodes d'évaluation (patients traceurs +++)
- outils et sémantique plus simple

S'adapter

- valoriser le travail en équipe et les résultats en terme de parcours
- prendre en compte les regroupements d'établissements



Nouvelle certification = nouveaux enjeux

Les 4 enjeux de la certification



ENGAGEMENT
DU PATIENT



CULTURE
DE L'ÉVALUATION
DE LA PERTINENCE
ET DU RÉSULTAT



TRAVAIL
EN ÉQUIPE



ADAPTATION
AUX ÉVOLUTIONS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Nouvelle certification = nouveau référentiel

3 chapitres -> 15 objectifs

3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Chapitre 1 : Le patient



- 1.** Le patient est informé et son implication est recherchée
- 2.** Le patient est respecté
- 3.** Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
- 4.** Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

Nouvelle certification = nouveau référentiel

Chapitre 2 : Les équipes de soin



- 5.** La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
- 6.** Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
- 7.** Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
- 8.** Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

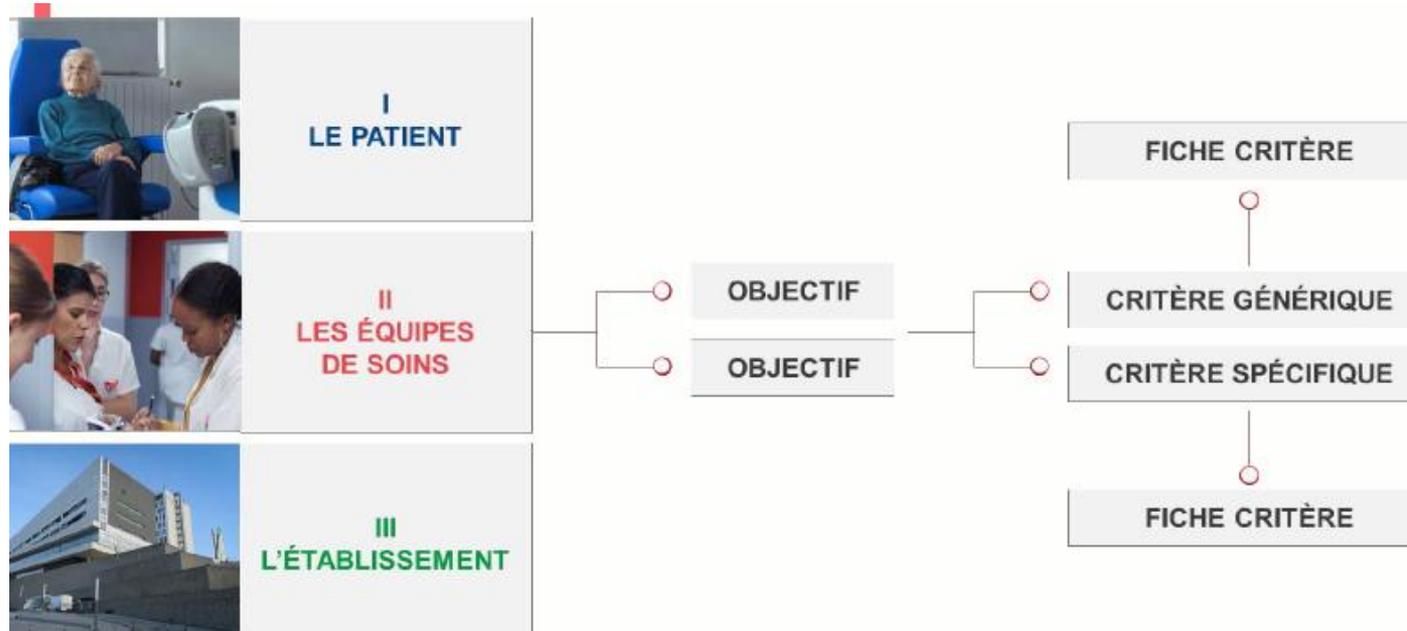
Nouvelle certification = nouveau référentiel

Chapitre 3 : L'établissement de santé



9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. La gouvernance fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Nouvelle certification = nouveau référentiel



- **quinze objectifs** répartis en **3 chapitres**
- **critères adaptés**
 - **90 critères génériques**
 - **41 critères spécifiques**
 - référentiel personnalisé pour chaque établissement
 - selon activité, modes de prises en charge, population des patients

Nouvelle certification = nouveau référentiel

(15)

IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus voir"

(111)

STANDARD

Les attendus

(5)

AVANCÉ

Les standards de demain

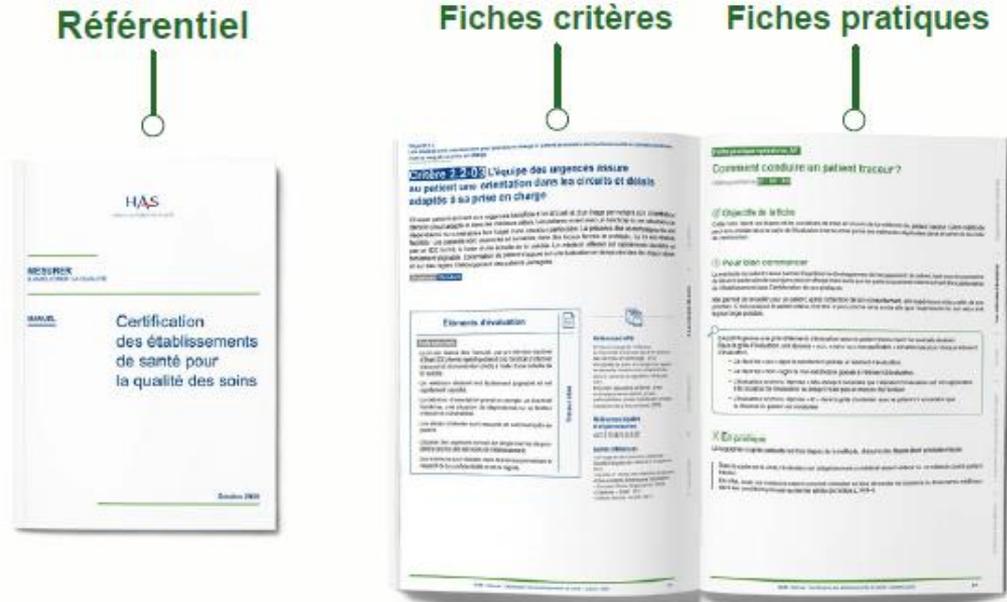
- **Critères priorisés : trois niveaux d'exigence**
 - 111 critères **standard** : attendus de la certification
 - 15 critères **impératifs** : ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé
 - si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement
 - 5 critères **avancés** : exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour
 - potentiels critères standard de demain

Nouvelle certification = nouveau référentiel



LE MANUEL

Version 2023



- **Fiches critères**
 - exigences attendues
- **Fiches pratiques**
 - méthodes qui permettent d'évaluer les critères attendus
 - recommandations de bonnes pratiques qui émanent de la HAS et des sociétés savantes



Critères liés à la prise en charge médicamenteuse (1)

Impératif

1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

2.4-04 Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés

Standard

1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits

2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée



Critères liés à la prise en charge médicamenteuse (2)

Standard (suite)

- 2.2-20** Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant
- 2.3-02** Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires
- 2.3-03** Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments
- 2.3-04** Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments
- 2.3-05** Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé
- 2.3-07** L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques
- 2.3-08** Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie
- 2.3-16** Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène

Standard (suite)

3.3-02 L'établissement soutient une culture de sécurité des soins

3.7-04 L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins

Avancé

2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

3.2-02 L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

Exemple : critère impératif « Médicaments à risque » - fiche critère

Objectif 2.3

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

Critère 2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament.

Sont principalement concernés les médicaments :

- de dénomination à risque de confusion ;
- à marges thérapeutiques étroites ;
- présentant des modalités d'administration particulières ; par exemple, les médicaments radio-pharmaceutiques (MRP) ;
- à posologie dépendante du poids.

Leur liste est évolutive et prend en compte les retours d'expérience et les *never events*.

Tout l'établissement **Impératif**

Exemple : critère impératif « Médicaments à risque » - fiche critère

Éléments d'évaluation	
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit (la prescription, la dispensation, l'administration, le suivi, la surveillance et la réévaluation). • Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque. 	Traceur ciblé
<p>Observations</p> <ul style="list-style-type: none"> • La liste des médicaments à risque est adaptée à l'unité et les règles de stockage (température, sécurisation...) sont respectées. 	Observation



Références HAS

- ⚡ Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 2013.
- ⚡ Flash sécurité patient « Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué », 2021.
- ⚡ Flash sécurité patient « Accidents liés à un médicament à risque : qui dit potassium (KCl), dit vigilance maximale » - 2021.

Références légales et réglementaires

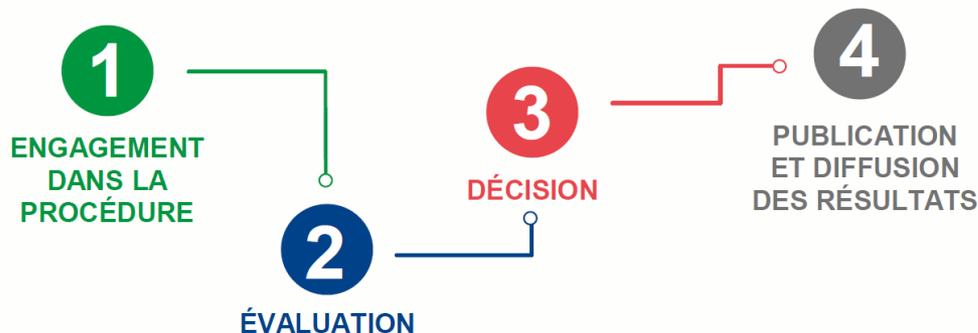
- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. 8 et 13, et annexe de l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Décret n° 2022-114 du 1^{er} février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire.

Autres références

- ANSM – Les événements qui ne devraient jamais arriver – *never events*.
- Inter diag médicaments en établissements de santé V2 – ANAP, 2014.
- Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière – EAHP, 2019.



En pratique



1

ENGAGEMENT
DANS LA
PROCÉDURE

INITIALEMENT	ANNUELLEMENT	
ES Engagement	HAS Intégration des données issues des bases nationales	ES Validation de la mise à jour des données de l'établissement

- référentiel personnalisé pour l'établissement
- système d'information de la certification (CALISTA)
- définition des critères spécifiques à l'établissement à partir des données d'activité



1 - Analyse des données avant la visite

ENGAGEMENT
DANS LA
PROCÉDURE

- Données d'activité
- Données **QualiScope**

2 -

ÉVALUATION

- Plaintes d'utilisateurs reçues à la HAS
- Rapports IGAS, Chambre Régionale des Comptes (CRC), Agence de Biomédecine (ABM), Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), etc.

2 -

ÉVALUATION

ENTRE 2 VISITES		
ES Évaluation(s) interne(s) (Transmission possible mais non obligatoire à la HAS)		
L'ANNÉE DE LA VISITE		
HAS-ES Échanges préparatoires en continu HAS <-> ES	HAS Communication de l'équipe d'experts 3 mois avant la visite	HAS Visite

➔ 5 méthodes d'évaluation



Le patient traceur



Le parcours traceur



Le traceur ciblé



L'audit système



L'observation

En pratique

2

ÉVALUATION

- **Patient traceur**

- évaluation des processus et organisations à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé

- **Parcours traceur**

- évaluation de la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe

- **Traceur ciblé**

- évaluation de la mise en œuvre réelle d'un processus en partant du terrain

Exemple : circuit du médicament et des produits de santé

☛ *à partir de la prescription jusqu'à l'administration en interrogeant tous les acteurs*

- **Audit système**

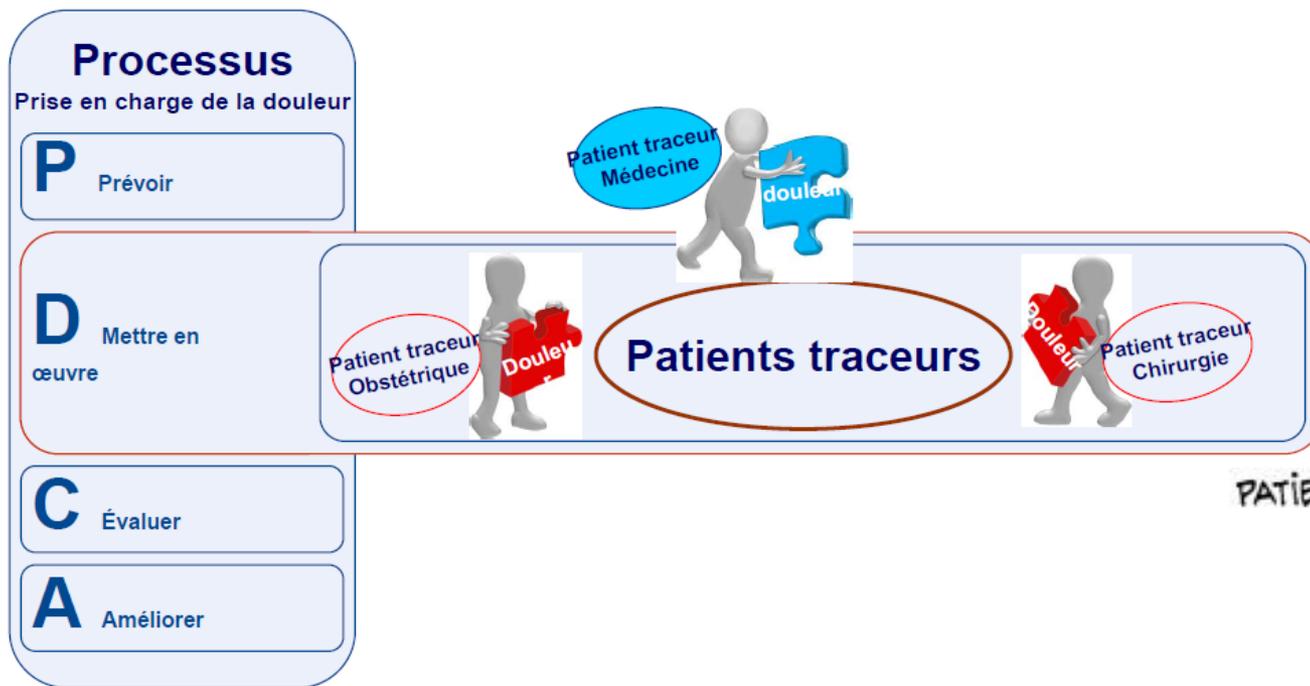
- Évaluation de l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs

- **Observations**

- points directement observables sur le terrain (tenues, DASRI, etc.)

En pratique : patient traceur (1)

Les processus sont alimentés par les données recueillies au cours des **patients traceurs**



PATIENT TRACEUR



Nouvelle méthode pour améliorer les pratiques !

En pratique : patient traceur (2)

La méthode du patient traceur est **une analyse de la prise en charge d'un patient depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie.**

La prise en charge du patient tout le long de son parcours et les éléments de son dossier constituent le fil conducteur de la démarche.

Plusieurs critères sont évalués : accueil du patient, prise en compte des droits du patients, vécu du patient, prise en charge de la douleur, prise en charge médicamenteuse, préparation à la sortie, organisation au sein de l'équipe, collaboration interprofessionnelle.

Il s'agit d'une évaluation organisationnelle et non de la pratique médicale et paramédicale



En pratique : patient traceur (3)

L'expérience du patient au cœur de la démarche

ÉTAPE 1

- ▶ Un patient « traceur » est choisi pour mener une analyse de chaque étape de son parcours :



ÉTAPE 2 Cette analyse comprend :



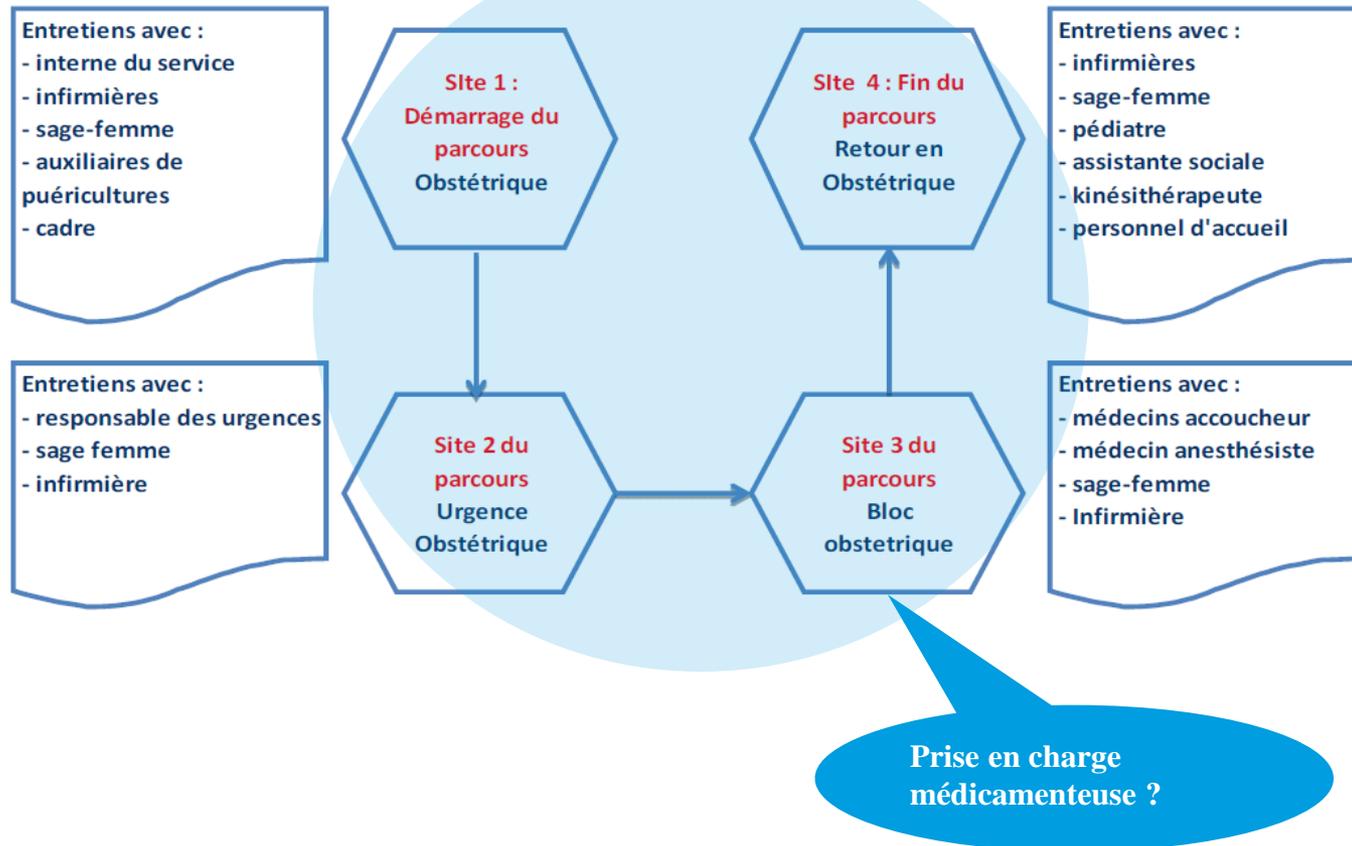
- ▶ la rencontre du patient et de son entourage pour recueillir leur expérience



- ▶ la rencontre des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient

En pratique : patient traceur (4)

Patient traceur : prise en charge d'une parturiente ayant accouché par césarienne.



En pratique : parcours traceur

2

ÉVALUATION

Évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.



RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient et s'entretient avec tous les professionnels intervenant dans la prise en charge au sein des services visités.



2

ÉVALUATION

EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques d'**administration**.



L'évaluateur s'entretient avec les professionnels et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de **transport** du médicament.



L'évaluateur s'entretient avec le prescripteur et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de **prescription**.



L'évaluateur s'entretient avec les professionnels de la pharmacie et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de **dispensation**.



Fiche pratique : cible = antibiotique inscrit dans les médicaments à risque (1)

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Équipe	Prescription médicamenteuse	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	2.1-06
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	2.1-06
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.	2.1-06
		Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.	2.3-06

Fiche pratique : cible = antibiotique inscrit dans les médicaments à risque (2)

Pharmacien Préparateur en pharmacie	Dispensation	L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.	2.2-07
		La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.	2.2-07
		L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.	2.3-03
		La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.	2.3-03
		Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.	2.3-07

Fiche pratique : cible = antibiotique inscrit dans les médicaments à risque (3)

Équipe	Administration	Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.	2.3-04
		Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement.	2.3-04
		La concordance entre le produit, le patient, et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.	2.3-04
		L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.	2.3-04

Fiche pratique : cible = antibiotique inscrit dans les médicaments à risque (4)

Équipe	Surveillance	Évaluations régulières de la pertinence de la prescription d'antibiotique entre la 24 ^e et la 72 ^e heure.	2.1-06
		Évaluation de la sécurisation du médicament en HAD.	2.1-06
Équipe	Approvisionnement, stockage et accès aux médicaments	L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.	2.3-06
Professionnel responsable de la livraison des médicaments		Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.	2.3-07
		L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.	2.3-07
		Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.	2.3-07
Équipe Pharmacie		L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans le service et en a connaissance.	2.3-06

Évaluation des organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME, direction des soins ou équivalent)



RENCONTRE AVEC DES PROFESSIONNELS

En lien avec PECM - Exemple : organisation de la gestion des événements indésirables

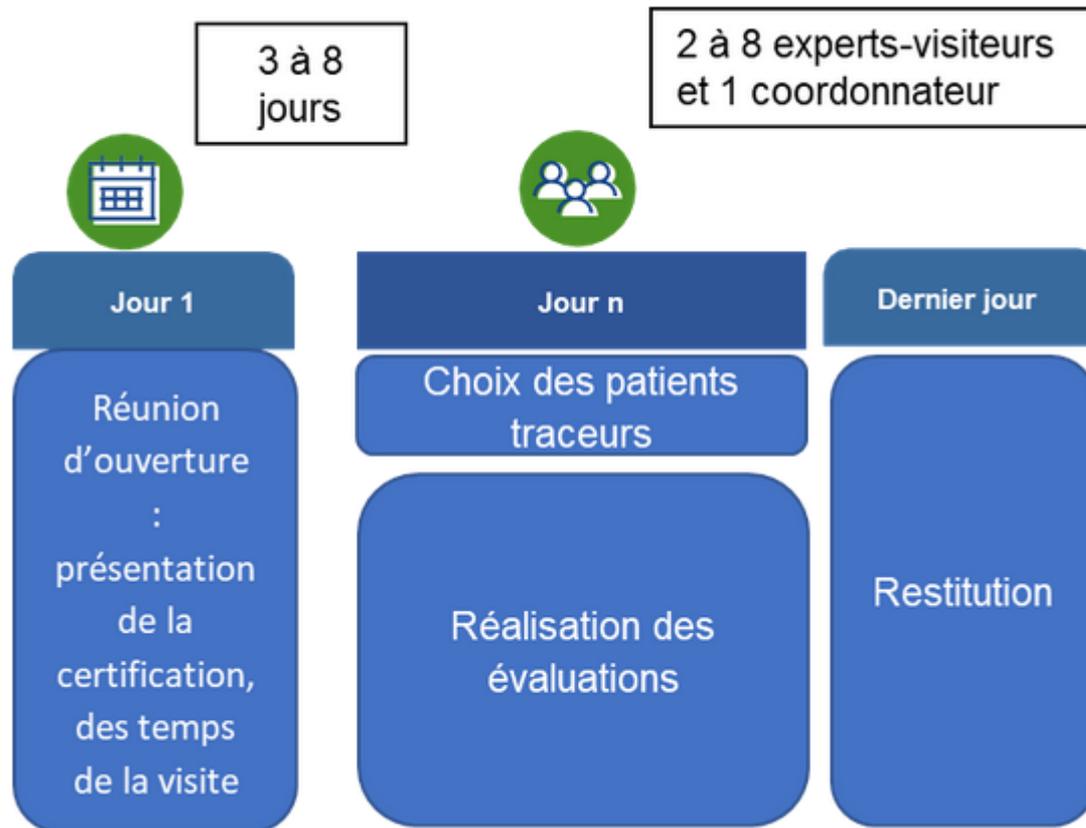


L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

En pratique



- Déroulement de la visite
- Visite des experts-visiteurs sur place





En pratique

3

DÉCISION

HAS Transmission du rapport de visite à l'ES 15 jours après la visite	ES Transmission des observations 1 mois après réception du rapport	CCES Décision de certification Après observations
--	---	---



Nouvelle visite sous 4 ans

Visite
reprogrammée
entre 6 et 12
mois

Visite
reprogrammée
entre 12 à 24
mois

En pratique

4

PUBLICATION
ET DIFFUSION
DES RÉSULTATS

Rapport de
certification

Établissement de santé concerné

Diffusion publique  

ARS



Pour des **bénéfices** à tous les niveaux



Pour le patient

Être informé du niveau de qualité des soins de l'établissement et bénéficier d'une prise en charge améliorée



Pour les équipes de soins

Voir reconnu leur engagement dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins



Pour l'établissement de santé

Valoriser la qualité et la sécurité des soins auprès de tous patients, soignants, institutions, etc.



**PUBLICATION
ET DIFFUSION
DES RÉSULTATS**

QualiScope

Cherchez, trouvez, comparez

Un établissement de santé

Un médecin ou une équipe
médicale accréditée

Nom de l'établissement

HOPITAL ROBERT DEBRE CHU REIMS

Localisation

Région, département, ville ou code postal

Rayon

-

Certification pour la qualité et la sécurité des soins

Le niveau de certification de l'établissement est décidé par la Haute Autorité de Santé, à l'issue d'une évaluation externe. Il donne une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.



Référentiel 2021

Etablissement certifié. La qualité des soins est confirmée. Une nouvelle visite se fera sous 4 ans.

Date de certification : **05/04/2023**

[Consulter le rapport de certification](#)

<https://www.has-sante.fr/>

Outils :

- Documents d'information
- Fiche pédagogique
- Par thématique



*Fiche pédagogique - **Médicaments** - mars 2022*

- Pour s'approprier le référentiel : enjeux , principales données, points clés nécessitant une attention particulière lors des évaluations



Nouveau référentiel mais points de vigilance identiques

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES EN V2010

- ✓ Non-respect des bonnes pratiques de prescription : non-respect des règles de prescription, absence de support unique de prescription / administration ou retranscription des prescriptions
- ✓ Défaut d'organisation de la permanence pharmaceutique
- ✓ Accès à la pharmacie par des personnes non habilitées
- ✓ Non prise en compte du traitement personnel dans l'analyse pharmaceutique
- ✓ Non-respect des conditions de préparation des traitements anticancéreux et des solutions pour nutrition parentérale (dont non-conformité des locaux)
- ✓ Absence d'identification et gestion sécurisée des médicaments à risque (présence d'électrolytes concentrés (potassium, sodium, magnésium, calcium) dans les services),
- ✓ Non-sécurisation des conditions de stockage dans les services (armoires, frigos, etc.)
- ✓ Non-respect des bonnes pratiques d'administration, notamment administration par un professionnel non habilité, administration sur la base d'une retranscription ou non-respect des règles de traçabilité : traçabilité globale, traçabilité a priori, traçabilité tardive, traçabilité de la distribution et non de la prise, etc.

➡ Points particulièrement observés pendant la visite !

Décisions (avant nouvelle certification)

5 niveaux de décision

- **A** - certification (sans recommandation, ni réserve, ni réserve majeure) - pour 6 ans
- **B** - certification avec recommandation d'amélioration - pour 4 ans
- **C** - certification avec obligation d'amélioration - dans un délai maximum de 12 mois.
- **D** - sursis à certification « réserves majeures » : visite de suivi dans un délai de 6 mois
- **E** - Non certification : manquements majeurs aux exigences de la HAS, non levés au cours des différentes modalités de suivi mises en place par la HAS, prochaine visite programmée dans un délai au plus long de 2 ans.



V2014 - bilan HAS avril 2023

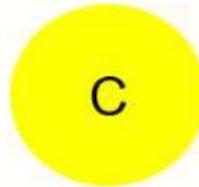
2374 démarches



Certifier pour 6 ans



Certifier avec recommandation d'amélioration pour 4 ans



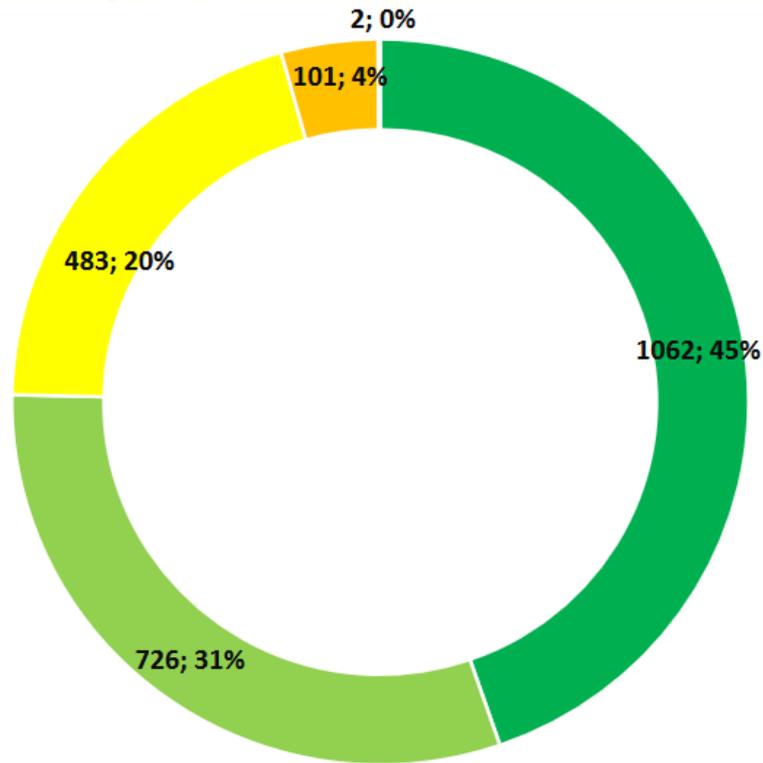
Certifier avec obligation d'amélioration pour un an



Sursis à certification pour 6 mois

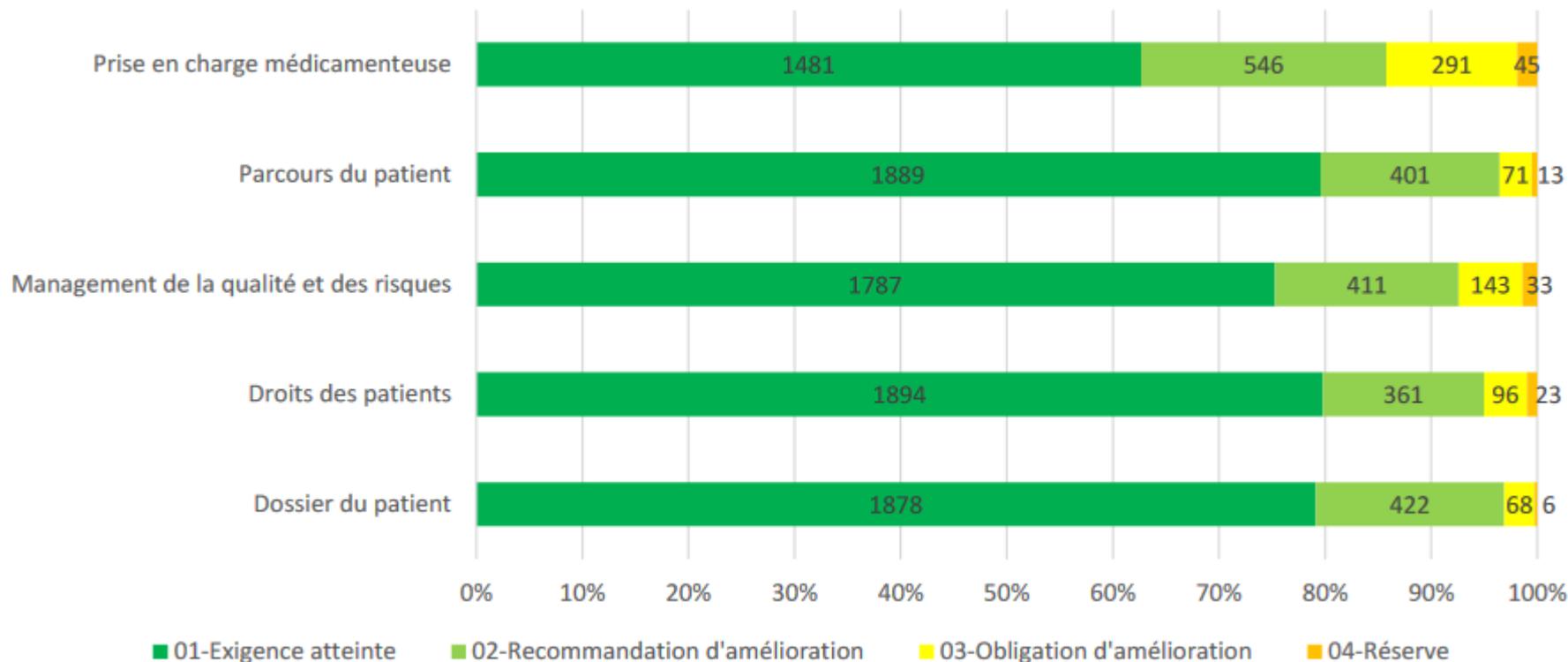


Non-certification pour deux ans



V2014 - bilan HAS avril 2023

Avis par thématique générique V2014



PECM :

12 % des établissements : obligation d'amélioration

à peine plus de 70% des établissements atteignent l'attendu de la HAS

4e chapitre : GHT ?

Les enjeux de la nouvelle certification



Perspectives

- certification : outil de **régulation** de l'offre de soins par la qualité
- décisions de non-certification : levier pour **faire évoluer l'offre de soins**
 - retrait d'autorisation, transformation d'une activité sanitaire en activité médicosociale, etc.)
- résultats de certification : critère d'éligibilité au modèle **d'incitation financière à la qualité** (IFAQ)
- publication des résultats sur le site Scope Santé : **choix et information des citoyens**
- certification = **démarche fédératrice** et solidaire à l'échelle du GHT ?

Conclusion

RAPPEL

- Prise en charge médicamenteuse = processus à haut risque
- Importance du développement d'une culture commune de prévention des risques chez tous les professionnels

➤ Certification pour la qualité des soins = effet levier sur l'amélioration continue de la qualité des soins

