



Chapitre 105

Certification : quels enjeux pour les services d'urgence ?

E. SIMON-LIBCHABER

Points essentiels

- La procédure de certification est obligatoire pour tous les établissements publics et privés de santé.
- Elle a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge du patient.
- La procédure de certification intègre obligatoirement les structures d'urgence.
- Les structures d'urgence intègrent les services d'accueil des urgences intrahospitaliers (SAU), les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR).
- Dans le manuel V2010 de certification, le critère 25a. « prise en charge des urgences et des soins non programmés » est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) et représente un point important de la visite.
- La réponse adaptée à certains éléments d'appréciations relatifs à la prise en charge des urgences engage non seulement les professionnels de la structure des urgences mais aussi l'ensemble de l'établissement.
- Ce critère PEP peut être un « levier » pour améliorer l'aval des urgences et les temps d'attente pour les patients.
- La procédure de certification est en évolution permanente : dans la future itération V2014, le patient est au centre de l'évaluation.

Correspondance : Dr Esther Simon-Libchaber, Service d'Accueil des Urgences adultes, Centre Hospitalier Sud Francilien, 116, boulevard Jean-Jaurès, 91100 Corbeil-Essonnes. Tél. : 01 61 69 71 42
- Fax : 01 61 69 51 29
E-mail : esther.simon-libchaber@ch-sud-francilien.fr

- La nouvelle procédure de certification fait apparaître une notion nouvelle : « le patient traceur ».
- Quelle soit de V2010 ou de V2014, la procédure de certification nécessite une préparation qui engage non seulement l'ensemble des professionnels de la structure d'urgence mais aussi l'ensemble de l'établissement.

1. Introduction

L'ouverture d'une structure d'urgence au sein d'un établissement de santé est soumise à l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle est effective après une visite de conformité, organisée par l'ARS. Elle précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée (1, 2). Si un établissement dispose d'une autorisation pour une structure d'urgence, celle-ci sera obligatoirement investiguée lors de la visite de certification.

La certification des établissements de santé est sous la responsabilité de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est obligatoire pour tous les établissements et se déroule tous les quatre ans. Elle a pour but d'évaluer la qualité et la sécurité de prise en charge du patient.

Comment une structure d'urgence se prépare-t-elle à la visite de certification ? Quels sont les points essentiels attendus par les experts visiteurs ? Quelles sont les modifications apportées à cette visite par la nouvelle procédure de certification V2014 ? Quels sont les enjeux de la certification pour un service d'urgence ?

2. La certification en établissement de santé

L'ordonnance « Juppé » du 24 avril 1996 énonce pour la première fois la notion d'accréditation des établissements de santé (1). « Art. L. 710-1-1. – La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5. Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé. »

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est créée (1).

Elle doit, au titre de l'accréditation, en s'appuyant sur des méthodes, recommandations et références, élaborer et valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles. Elle doit les diffuser et favoriser leur utilisation. Elle doit mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé. Le but étant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. La démarche d'accréditation est obligatoire pour tous les établissements de santé qui ont alors 5 ans pour se préparer.

En 2004, la Haute Autorité de Santé est créée et reprend l'intégralité des missions de l'ANAES. Le terme de « certification » remplace celui « d'accréditation ».

3. Définition de la certification des établissements de santé

La certification des établissements de santé mise en œuvre par la HAS a pour finalité d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Elle concerne tous les établissements publics et privés (art. L. 6111-1 du CSP), les groupements de coopération sanitaires (art L. 6133-7 du CSP), les installations de chirurgie esthétique (art L. 6322-1 CSP) ainsi que les hôpitaux des armées (art. L.6147-7 du CSP) à l'initiative du ministre de la défense (4).

La certification est obligatoire pour ces établissements et se déroule tous les quatre ans. Le rapport de certification ainsi que le niveau de certification est rendu public.

4. La procédure de certification pour l'ensemble de l'établissement (4, 5)

La procédure de certification se déroule en quatre étapes successives :

- l'autoévaluation de l'établissement de santé selon les recommandations du manuel de certification HAS. Cette autoévaluation est adressée à l'HAS six mois avant la date de la visite ;
- la visite de certification par les experts visiteurs qui rédigent un rapport de certification. Ce rapport est adressé à l'établissement dans les deux mois qui suivent la visite ;
- l'établissement a alors un mois pour faire des observations éventuelles sur ce rapport ;
- l'HAS intègre ces observations et délibère sur la décision finale en Commission de Revue de Dossiers de certification. Le collège de la HAS valide et publie le rapport de certification avec les décisions et le niveau de décision.

Il y a cinq niveaux de décision :

- certification ;
- certification avec recommandation(s). Au moins une recommandation ;
- certification avec réserve(s). Au moins une réserve ;
- décision de surseoir à la certification. Au moins une réserve majeure. ;
- non-certification.

Le rapport de certification est alors rendu public et publié sur le site internet de l'HAS.

En cas de réserves ou de réserves majeures, il y a des mesures de suivi. Il est alors proposé soit un rapport de suivi établi par l'établissement, soit une visite de suivi ciblée sur site. À l'issue de cette mesure de suivi, les décisions peuvent être soit levées, soit maintenues, soit transformées (par exemple une réserve devient une simple recommandation). Dans le cadre d'une recommandation, l'évaluation se fait lors de la prochaine visite de certification qui a lieu tous les quatre ans.

5. La procédure de certification pour le service des urgences

La visite de certification intègre obligatoirement les structures d'urgence. Il existe dans le manuel de certification V2010 un critère spécifique : critère 25a. « Prise en charge des urgences et des soins non programmés » (6). Ce critère est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) et à ce titre tient une place importante dans la certification.

Chaque structure d'urgence peut donc préparer sa visite de certification en analysant les résultats de son autoévaluation. Il faut non seulement analyser le critère spécifique à la structure d'urgence (25a) mais également analyser les critères applicables à l'ensemble de l'établissement et entrant dans la démarche qualité.

5.1. La préparation de la visite en fonction du critère spécifique pour les structures d'urgence (6)

5.1.1. Le service des urgences au sein du territoire de santé

Le service des urgences doit analyser sa position au sein du territoire de santé et intégrer le patient dans des filières de soins. L'ARS propose cette réflexion autour de filières telles que la filière gériatrique (7), la filière AVC (8), la filière neurochirurgicale, l'orientation et l'accueil du patient polytraumatisé, la filière cardiologique avec les sites de cardiologie interventionnelle, la filière ophtalmologique, la filière ORL et stomatologie, la filière permettant une orientation spécifique pour la chirurgie de la main.

Pour chacune de ces filières spécifiques, chaque structure d'urgence doit établir des conventions entre les établissements de santé concernés et l'ARS.

La structure d'urgence doit connaître l'organisation de la Permanence Des Soins En Établissement de Santé (PDSES) en nuit et nuit profonde pour les activités de chirurgies viscérales et orthopédiques y compris la chirurgie pédiatrique.

La structure d'urgence doit connaître l'offre de soins spécifiques développés dans le territoire de santé. Un outil tel que le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) permet de répondre à cette exigence.

Enfin, des coopérations de territoires peuvent être établies sous forme de conventions afin de répondre au mieux à la prise en charge du patient, de lui assurer une qualité et sécurité de soins non programmés.

5.1.2. L'organisation du service des urgences

Quelle que soit la structure d'urgence (SAU, SAMU, SMUR), l'organisation doit être définie et formalisée dans un document connu et accessible aux professionnels. Elle est intégrée au projet d'établissement et dans le projet de service. Elle répond aux recommandations de la SFMU (9-14).

L'architecture du service doit permettre d'individualiser une zone d'accueil de patient valide et couché. Les locaux sont adaptés aux personnes à mobilité réduite et aux handicapés (10). L'admission des patients se fait au sein du service des urgences. Il existe une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) en capacité de prendre les enfants (11) et les adultes (12). Il existe des salles d'examen et un service d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) (13). Des circuits de prise en charge du patient sont identifiés dès l'accueil en fonction de la gravité (15). Les infirmières d'organisation de l'accueil (IOA) doivent avoir reçu une formation spécifique. Une fiche de poste détaille leur mission (15).

5.1.3. Le recours aux avis spécialisés

En dehors des filières spécialisées qui ont fait l'objet de convention, le service des urgences doit définir des modalités d'intervention des différents spécialistes aux urgences. Ces modalités doivent être connues et accessibles à l'ensemble des professionnels du service.

5.1.4. L'analyse de l'aval des urgences : la disponibilité des lits (16)

L'établissement doit mettre en place une organisation permettant la connaissance des lits disponibles en temps réel de jour comme de nuit. La commission des urgences doit exister et impliquer les autres services de l'établissement ainsi que la direction. « Le gestionnaire des flux » doit assurer un aval au service des urgences afin de diminuer les temps d'attente aux urgences.

De même, le service des urgences doit analyser la possibilité de faire des admissions directes dans certains services et pour certaines typologies de patients et de pathologies. Par exemple : les soins non urgents, les patients gériatriques, les patients psychiatriques, les enfants. Les organisations peuvent être traduites sous formes de contractualisations internes, de projets interservices.

5.1.5. Analyse du suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence

Le service d'urgence doit avoir une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. Elle doit être corrélée avec la typologie des patients.

Le service doit avoir une analyse de ces temps d'attente et de passage sous la forme d'un tableau de bord en fonction de la gravité des patients. L'établissement réalise une revue périodique de ces indicateurs. Des outils d'aide à cette analyse existent (17, 18).

5.1.6. Recueil et analyse des dysfonctionnements

La structure d'urgence analyse les événements indésirables, les dysfonctionnements survenus au sein du service. Une Revue Morbidité Mortalité (RMM), bien que non obligatoire, peut être instaurée dans le service des urgences. Toutes ces analyses font l'objet de réunions au sein du service afin d'informer les professionnels exerçant dans la structure. Des plans d'action d'amélioration sont mis en place et sont suivis. Un référent est identifié au sein du service pour assurer cette organisation.

5.2. La préparation de la visite dans la structure d'urgence en fonction des critères qualités applicables à l'ensemble de l'établissement

L'autoévaluation de la structure d'urgence est complétée par les autres critères du manuel de certification V2010 intéressant l'ensemble de l'établissement.

5.2.1. La gestion du dossier patient (critère PEP 14.a)

Le service assure une gestion du dossier patient en respectant les règles de confidentialité, d'accessibilité aux différents professionnels concernés. Chaque intervenant aux urgences s'identifie dans le dossier du patient avec un accès personnalisé. La traçabilité des interventions est assurée.

5.2.2. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (critère PEP 15.a)

Le service doit garantir la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Il doit mettre en place une procédure pour des situations particulières : identification provisoire, enregistrement sous « X »... Le personnel de l'accueil aux urgences en charge de créer le dossier du patient doit avoir reçu une formation. Il existe une procédure de vérification de l'identité du patient. La vérification se fait à toutes les étapes de la prise en charge : prélèvement sanguin par l'infirmière, brancardier, manipulateur en radiologie, arrivée au bloc opératoire...

Les erreurs liées à cette mission sont analysées et font parties de retour d'expériences au sein du service.

5.2.3. La prise en charge médicamenteuse du patient (critère PEP 20.a)

La plupart des services d'urgence sont informatisés. Cette organisation assure le respect d'une prescription tracée, datée, pour laquelle le prescripteur est clairement identifié. Il doit exister des outils d'aide à la prescription médicamenteuse et des protocoles. Le service fait une analyse de ses erreurs médicamenteuses et en assure un retour d'expérience aux professionnels concernés. Les modalités d'administration des traitements sont définies et tracées dans le dossier patient. Le patient est informé de la nécessité de remettre son traitement personnel lorsqu'il est hospitalisé en UHCD selon une procédure définie.

5.2.4. Les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)

L'ensemble de l'établissement est impliqué dans la démarche EPP. La structure d'urgence élabore des études de pertinence, des analyses d'événements indésirables, des indicateurs de pratique clinique. Toutes ces études sont listées et suivies dans un tableau de bord. Elles sont réévaluées en fonction des besoins d'amélioration identifiés au sein du service.

5.2.5. Prise en charge de la douleur (critère PEP 12.a)

Le service établit des protocoles de prise en charge de la douleur validés par le CLUD. Un référent douleur est identifié au sein du service. Il a reçu une formation à cet effet. Le service s'est dotée de moyens d'évaluation de la douleur : pour les enfants, les non-communicants. La douleur est évaluée et tracée dans le dossier patient. Après administration d'un antalgique, la douleur est de nouveau évaluée et tracée dans le dossier. Un réajustement du traitement est fait en fonction de ce résultat. Des évaluations de la prise en charge de la douleur sont réalisées au sein du service sous la forme d'EPP. Les professionnels du service sont informés des résultats de ces études et des actions d'amélioration instaurées.

5.2.6. La gestion des plaintes et réclamations/implication des usagers (critère PEP 9.a)

Le service identifie un référent chargé de répondre et d'analyser les plaintes et réclamations. Il informe le plaignant des suites données à sa plainte et des actions correctives mises en œuvre. Un représentant des usagers est régulièrement informé de la gestion des plaintes au sein du service.

5.2.7. Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

Il s'agit du critère PEP 10.e, applicable pour les structures d'urgences assurant une prise en charge psychiatrique. Le service élabore des protocoles lorsque la prise en charge du patient nécessite une contention physique et/ou un isolement. Ces protocoles doivent inclure une dimension éthique. Chaque situation de restriction de liberté fait l'objet d'une prescription tracée dans le dossier patient.

À tous ces critères, il faut rajouter : le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, le respect de la dignité et de l'intimité du patient, l'accueil et accompagnement de l'entourage, la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, les droits du patient, la démarche éthique, l'information du patient sur son état de santé et des soins proposés, le consentement du patient.

C'est en se basant sur le manuel de certification V2010 que la structure d'urgence peut faire son autoévaluation et améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients. Il doit être considéré comme un guide support d'une stratégie et politique qualité.

6. Résultats de la certification des établissements de santé en 2013

6.1. Impact des décisions de la certification des établissements de santé (19)

En février 2013, l'HAS publie une étude pilote sur l'impact des décisions émises à l'issue de la procédure de certification. Son objectif est de mesurer l'amélioration au sein des établissements ayant eu des réserves et/ou des recommandations en V2 (2005) et intégrés à la procédure V3 (2010). 612 établissements sont inclus dans cette étude (**Figure 1**).

Sur 1 193 réserves, 82 % ont été levées au cours de la visite de suivi, 15 % ont été transformées en recommandations et 3 % sont maintenues dans la décision de réserve. L'amélioration est obtenue grâce à une forte mobilisation des professionnels. Le maintien de la décision s'explique parfois par des difficultés structurelles (par exemple projets architecturaux) et des facteurs liés au contexte de l'établissement (restructuration).

Le plus grand nombre de réserves concerne le circuit du médicament et le dossier patient (**Figure 2**). Ces deux thématiques font également l'objet de re-notification (maintien de la réserve ou transformation en recommandation) lors des visites de

Figure 1 – Étude « impact des décisions de certification HAS » en février 2013.

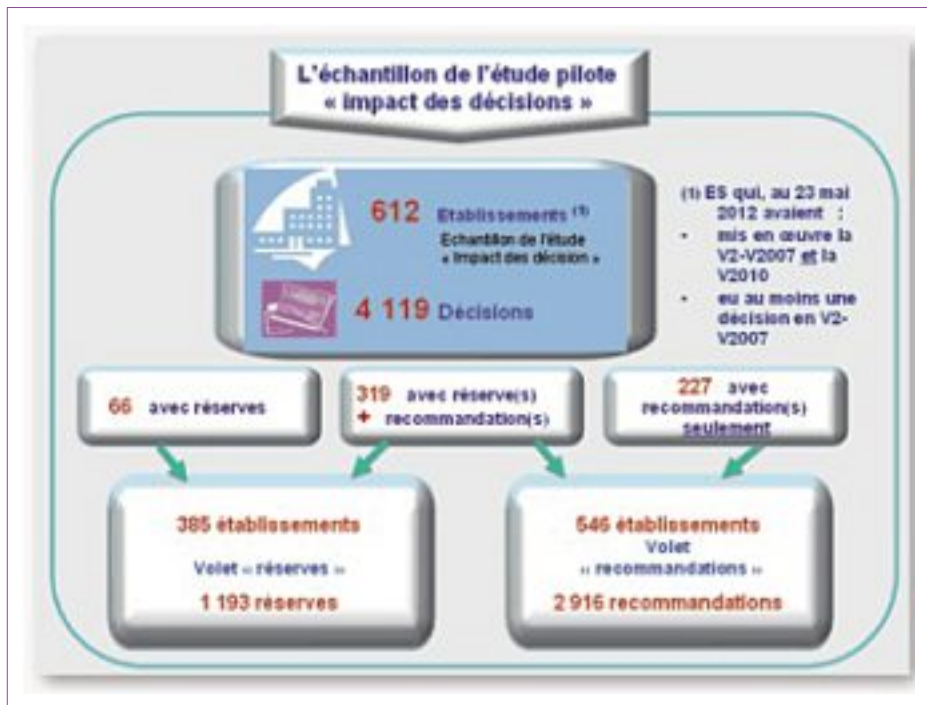


Figure 2 – Répartition par thèmes des réserves émises à l'issue de la visite initiale V2.

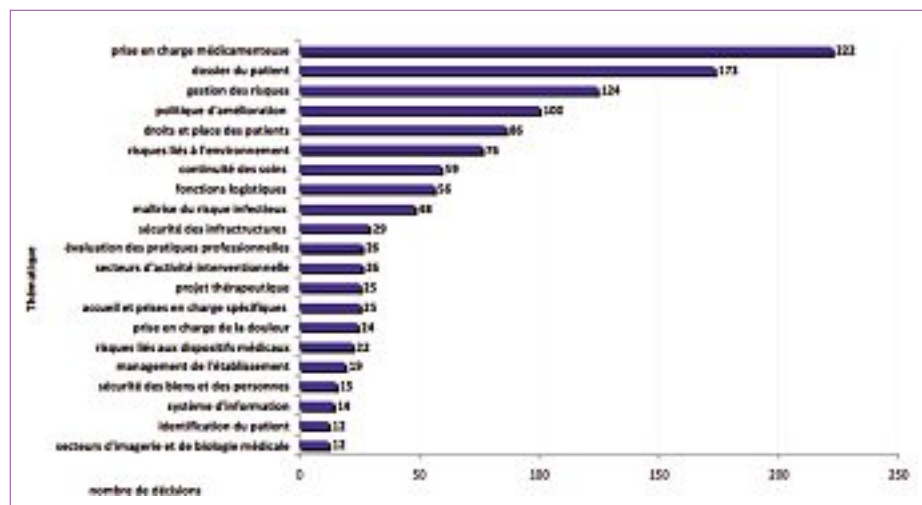
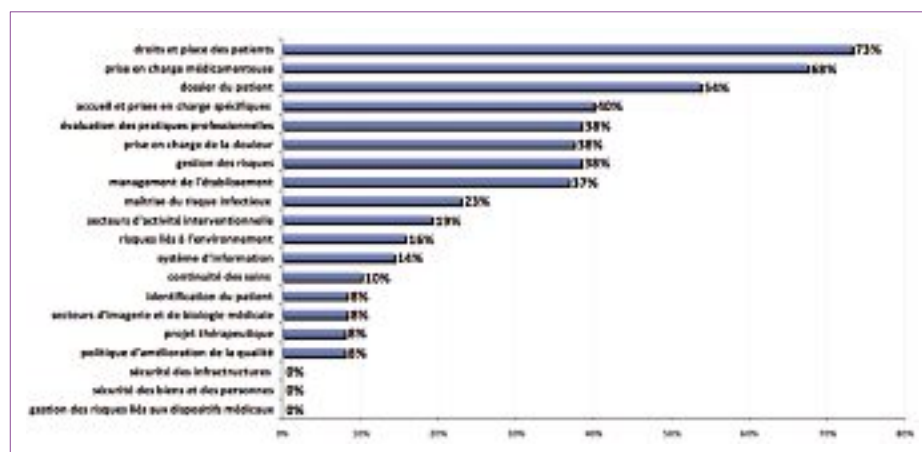


Figure 3 – Taux de renotification en V2010 par thèmes après avoir eu une réserve en V2.



certification V2010. Le thème « droit et place des patients » qui fait l'objet d'une réserve dans 56 % des cas (Figure 2), représente le taux le plus élevé (73 %) de re-notification devant la prise en charge médicamenteuse (68 %) et le dossier patient (54 %) (Figure 3). L'étude « impact » analyse les raisons de ce pourcentage important de re-notification. Les exigences du manuel V2010 ayant évolué depuis la V2, les établissements s'en trouvent parfois « pénalisés ». Il en est de même pour les indicateurs nationaux, recueillis tous les 2 ans et restant l'élément d'appréciation dans la cotation finale. Si l'établissement a mis en place des actions d'amélioration, celles-ci ne seront prises en compte qu'à la prochaine visite de certification.

Sur les 2 916 recommandations, 62 % ont fait l'objet d'action d'amélioration effective, 36 % sont en cours d'amélioration et seulement 2 % non pas été prises en comptes par les établissements au moment de la visite de certification V2010.

Pour la majorité des établissements, les décisions de certification ont été le « moteur » d'une forte mobilisation des professionnels mais aussi de l'ensemble de l'établissement dans l'unique but d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge du patient. Cette étude « impact » reflète l'énergie développée au sein des établissements pour améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients. Elle reflète également les freins à cette amélioration parfois indépendants des professionnels, en lien avec des problématiques structurelles.

6.2. Impact des décisions de la certification sur les services d'urgence (20)

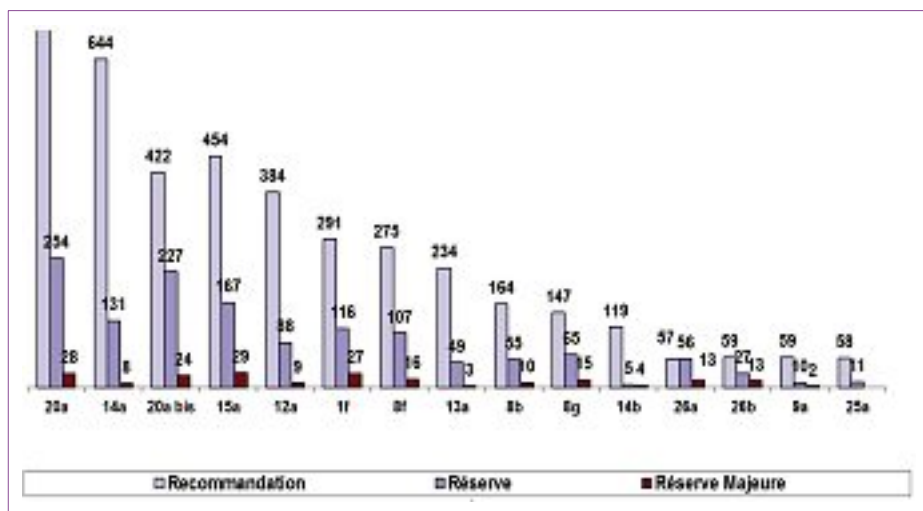
Au bilan du 1^{er} septembre 2013, 2 039 visites de certification ont été réalisées, 1 670 établissements de santé disposent de leur résultat de certification V2010 soit 64 % des établissements entrant dans le champ de la certification (20). La certification a été prononcée sans réserves ni recommandations pour 18 %. On compte 37 % de certification avec recommandation, 35 % avec réserves, 10 % en sursis de décision de certification et 0,5 % soit 8 établissements sont non-certifiés.

Ce bilan fait état du poids des critères PEP dans les décisions (Figure 4). Le critère 25a « prise en charge des urgences et des soins non programmés » a fait l'objet de 53 recommandations et de 11 réserves. Il n'a pas été prononcé de réserves majeures.

À la lecture des rapports de certifications publiés sur le site de l'HAS, nous pouvons recenser quelques éléments conduisant à une réserve ou une recommandation relatives au critère 25a. Nous relevons ainsi :

- l'absence de formalisation du règlement interne du service des urgences et/ou sa non intégration au projet de service et projet d'établissement ;
- l'absence d'implication des autres services hospitaliers dans la commission des urgences ou encore l'inexistence de la commission des urgences au sein de l'établissement ;
- la non-formalisation du recours aux avis spécialisés au sein des urgences ;
- l'absence d'identification des circuits relatifs aux patients couchés, patients debout, patients handicapés, patients graves ;
- l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) fait l'objet de nombreuses notifications :
 - soit elle n'est pas identifiée,
 - soit elle n'est pas formée,
 - soit son poste est occupé par un agent administratif ou une secrétaire.

Figure 4 – HAS-Prise en compte du critère PEP dans la décision de certification septembre 2013 (20).



- des dysfonctionnements liés à des glissements de tâches : par exemple une infirmière faisant partie de l'équipe SMUR d'un centre hospitalier conduit le véhicule d'intervention faute de conducteur ;
- l'absence de centralisation de la gestion des lits au sein de l'établissement ;
- l'absence d'analyse des temps d'attente et de passage aux urgences ;
- le recueil et l'analyse des événements indésirables survenus au sein du service sont soit inexistants soit partiellement traités avec une absence de retour d'information auprès des équipes.

Ainsi, les voies d'amélioration et la levée des réserves et/ou recommandations au sein d'une structure d'urgence impliquent non seulement les professionnels du service des urgences mais aussi l'ensemble de la structure hospitalière. L'amélioration de la qualité et la sécurité de prise en charge du patient représentent une réelle politique d'établissement.

7. Évolution de la procédure de certification : V2014

La procédure de certification est en évolution constante afin d'être au plus prêt de la réalité de terrain. La prochaine itération V2014, doit être mise en application dès janvier 2015.

C'est le patient qui est le point central de cette évaluation. L'analyse part d'un patient que l'expert visiteur de l'HAS va choisir et interroger. L'interrogatoire portera sur la qualité de sa prise en charge tout au long de son parcours depuis son entrée dans l'hôpital jusqu'à sa sortie d'où le terme de « patient traceur ». Il

n'y aurait donc plus d'autoévaluation de l'établissement exigée par l'HAS en amont de la visite. La visite de certification sera maintenue et organisée en fonction du type de pathologie prise en charge au sein de l'établissement. Plusieurs profils de « patients traceurs » seront choisis pour organiser la visite. Les urgences seront intégrées si le patient est passé par les urgences dans son parcours de soins. Le SAMU et les SMUR seront évaluées si le patient a été pris en charge en préhospitalier au domicile ou sur la voie publique. L'expert visiteur pourra dans son interrogatoire évaluer les critères spécifiques demandés aux structures d'urgence tels que nous les avons présentés. Il pourra également évaluer dans ce parcours de soins l'ensemble de l'établissement. À part l'interrogatoire du patient, l'expert aura accès au contenu de son dossier et pourra interroger les équipes de professionnels qui l'ont pris en charge. Les programmes de formation des experts visiteurs à ce nouveau mode de visite sont en cours.

Le manuel de certification V2010 reste un support de qualité, un guide qui permet de suivre les exigences. Il constituera la référence jusqu'en 2018 moyennant quelques ajustements et actualisations (21).

8. Conclusion

La procédure de certification est obligatoire pour tous les établissements de santé publics et privés. Dès lors qu'un établissement possède l'autorisation d'ouvrir une structure d'urgence, celle-ci sera obligatoirement dans le périmètre de la visite de certification. Pour se préparer, le service doit répondre aux éléments d'appréciation demandés dans le manuel de certification V2010. Il doit non seulement répondre au critère spécifique PEP « prise en charge des urgences et des soins non programmés » mais aussi répondre aux critères qualités exigés sur l'ensemble de l'établissement. L'analyse trimestrielle faite par la HAS ne retrouve pas de réserves majeures appliquées aux structures d'urgence en 2013. Les recommandations et réserves portent essentiellement sur l'infirmière d'accueil (IOA) qui n'est pas identifiée, ou formée ou encore remplacée par un agent administratif ou une secrétaire. On retrouve également des défauts d'organisation de l'établissement ne permettant pas aux urgences d'améliorer les délais de prise en charge des patients. Il s'agit de l'absence de visibilité du nombre de lits disponible en temps réel sur l'établissement ou encore l'inexistence d'une commission des admissions non programmées. La levée de ces réserves ou recommandations passe obligatoirement par une politique d'établissement et une implication de l'ensemble des professionnels de cet établissement. C'est à ce titre que la certification représente un enjeu moteur pour les services d'urgence. Comme le montre l'étude « impact de la certification » élaborée par l'HAS, la certification a un effet positif en terme d'amélioration de la qualité au prix d'une grande mobilisation sur l'ensemble de l'établissement. Les freins à cette amélioration sont également identifiés et sont bien souvent indépendants des professionnels. Il peut s'agir de restructuration ou de projets architecturaux.

La procédure de certification des établissements de santé évolue vers une nouvelle organisation. « Le patient traceur » est un nouveau concept qui placera la réflexion et l'analyse à partir de son parcours de soins au sein de l'établissement en cours de certification. C'est au travers du parcours de ce patient que l'on aura le reflet de la qualité et la sécurité instauré au sein de la structure d'urgence. C'est au travers de ce circuit que tous les critères du manuel de certification V2010 seront évalués.

Quel que soit le mode d'organisation de la visite de certification, l'évaluation des structures d'urgence reste nécessaire pour faire un « état des lieux ». Les plans d'action d'amélioration passent non seulement par l'implication des professionnels de la structure des urgences mais aussi par l'implication de l'ensemble de l'établissement.

Références

1. Décrets n° 2006-576 relatif à la médecine d'urgence et n° 2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, du 22 mai 2006.
2. Circulaire DHOS/01 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
3. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n° 98 du 25 avril 1996, page 6324.
4. HAS. Décision du 14 mai 2008 du collège de la haute autorité de santé adoptant la procédure de certification des établissements de santé. JORF 1^{er} août 2008.
5. HAS. Décision n° 2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010). JORF 2 mai 2012.
6. Manuel de certification HAS V2010 révisé avril 2011. www.HAS-sante.fr
7. Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
8. Circulaire n° DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire.
9. Référentiels SFMU sur l'organisation des structures d'urgence. <http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels>
10. Recommandations de la SFMU sur l'architecture d'un service d'urgence, juillet 2004. <http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels>
11. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. Conférence d'experts de la SFMU. JEUR. 2003 ; 16 :148-54.
12. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Conférence d'experts de la SFMU, de Samu de France, de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), février 2003. <http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels>
13. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'Hospitalisation de courte durée des services d'urgence. P. Gerbeaux, P. Bourrier, G. Cheron *et coll.* JEUR. 2001 ; 14 ; 144-56.

14. SMUR : référentiel et guide d'évaluation juin 2013. Samu-Urgences de France (SUdF), SFMU. <http://www.sfmur.org/fr/ressources/referentiels>
15. Référentiel SFMU : Infirmière organisatrice de l'accueil 15 mars 2004. <http://www.sfmur.org/fr/ressources/referentiels>
16. Organisation de l'aval des Urgences : État des lieux et propositions, mai 2005 <http://www.sfmur.org/fr/ressources/referentiels>
17. Réduire les temps de passage aux urgences MEAH : tome 3, avril 2008.
18. Catalogue des outils et publications, ANAP mai 2013.
19. Quel est l'impact des décisions de la certification des établissements de santé ? Une étude pilote sur les données de la certification. HAS, février 2013.
20. HAS-Baromètre de la certification V2010 au 1^{er} septembre 2013. Webzine de la HAS.
21. HAS, hors série, EV infos, n° 86 bis mars-avril-mai 2013.