

Séminaire « Certification HAS :  
parcours - territoire – usagers »

## PRÉSENTATION DE LA CERTIFICATION POUR LA QUALITÉ DES SOINS

*Le Mans - 30 mai 2022*



**Antoine BIRON**

Chargé de missions



Co-animateur du groupe  
Certification





**LA CERTIFICATION POUR  
LA QUALITÉ DES SOINS**



A teal-colored brushstroke graphic that serves as a background for the title text.

# C'EST QUOI ?

A pink decorative swirl graphic located to the left of the section header.

## La certification pour la qualité des soins, c'est :

- S'appuyer sur le point de vue des patients sur leur expérience
- Évaluer le résultat
- S'engager dans une démarche pragmatique
- Affirmer que les équipes ont le souci prioritaire du patient



# L'ENGAGEMENT PATIENT

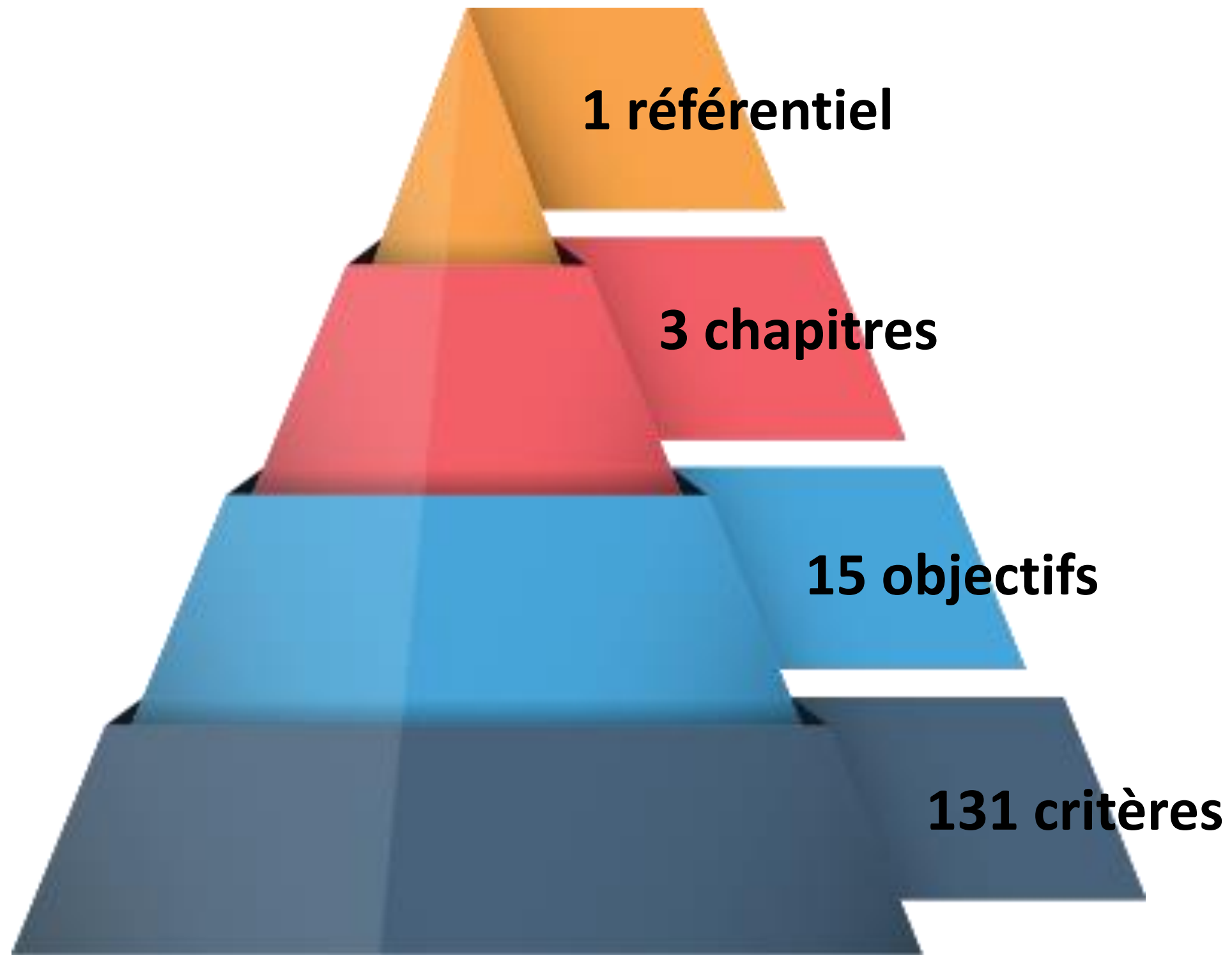
**Exercice des droits fondamentaux = condition impérative**

positionnement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge →  
largement promu comme facteur de l'efficacité du soin

## FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN PATIENT PARTENAIRE :

- partenaire des **professionnels de santé** pour sa prise en charge individuelle (partage de la décision sur le projet de soins, implication dans les soins, expression de son point de vue sur son expérience... et sur le résultat)
- partenaire des **structures de soins à l'échelon collectif** au-delà de l'action et l'implication des RU (patient expert, pair aidant, formateur, enseignement universitaire, protocole de recherche...)

L'engagement patient est un des enjeux structurant du référentiel



détaillés dans un  
manuel



# LES 3 CHAPITRES

1

Le patient



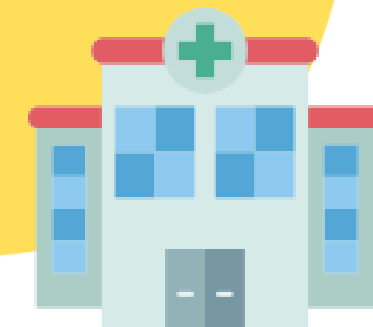
2

Les équipes  
de soins



3

L'établissement



## LES 15 OBJECTIFS

### 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

### Les équipes de soins

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

### Les équipes de soins

8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

### L'établissement

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

**131 critères**



**90 génériques**

*applicables à tous*

**41 spécifiques**

*population, activité,  
mode de prise en charge*



**109 standards**

*« les attendus »*

**17 impératifs**

*« ce qu'on ne veut plus voir »*

**5 avancés**

*« les standards de demain »*



Enfant et adolescent, patient âgé, patient vivant avec un handicap



Chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, SSR, SLD



Ambulatoire, HAD, SAMU-SMUR, urgence, soins critiques-intensifs et réanimation



# LES IMPÉRATIFS



**1.1-03** Le patient exprime son **CONSENTEMENT** libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

**1.2-01** Le patient bénéficie du **RESPECT DE SON INTIMITÉ ET DE SA DIGNITÉ**

**1.2-02** Le patient **MINEUR** bénéficie d'un **ENVIRONNEMENT ADAPTÉ** (*enfant et adolescent*)

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

**2.1-05** La pertinence du recours à des **MESURES RESTRICTIVES DE LIBERTÉ** (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée (*psychiatrie et santé mentale*)

**2.2-12** Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la **CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT »** est utilisée de manière efficace (*chirurgie et interventionnel*)

**2.2-17** Les équipes réalisent UN **EXAMEN SOMATIQUE** pour tout patient hospitalisé en psychiatrie (*psychiatrie et santé mentale*)

**2.3-06** Les équipes maîtrisent l'utilisation des **MÉDICAMENTS À RISQUE**

**2.3-11** Les équipes maîtrisent le **RISQUE INFECTIEUX** en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

**2.3-12** Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'**ANTIBIOPROPHYLAXIE LIÉES AUX ACTES INVASIFS** (*chirurgie et interventionnel*)

**2.3-20** Les équipes maîtrisent les risques liés à l'**HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT** (HPPI) (*maternité*)

**2.4-04** Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'**ANALYSE COLLECTIVE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS**





**3.2-06** L'établissement lutte contre la **MALTRAITANCE** ordinaire en son sein

**3.3-01** La gouvernance fonde son **MANAGEMENT SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS**

**3.6-01** La gestion des **TENSIONS HOSPITALIÈRES** et des **SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES** est maîtrisée

**3.6-05** La prise en charge des **URGENCES VITALES** est maîtrisée dans l'établissement

**3.7-03** Les **INDICATEURS** de qualité et de sécurité des soins sont **COMMUNIQUÉS, ANALYSÉS, EXPLOITÉS** à l'échelle de l'établissement

- 
- 
- 1.1-07** Les futurs parents discutent d'un **projet de naissance** avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse (*maternité*)
  - 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**
  - 3.4-02** La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'**amélioration du travail en équipe**
  - 3.7-06** L'**accréditation des médecins** et des équipes médicales est promue dans l'établissement
- 
- 

## Critère 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

L'établissement élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. La direction et la CME copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. Les représentants des usagers sont associés à cette élaboration. La détermination d'objectifs partagés d'amélioration est fondée sur une analyse composite de l'ensemble des données et connaissances disponibles dont les sources principales sont : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables, les revues de pertinence. La direction, la CME et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRM), lorsqu'elle existe, sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement.

Tout l'établissement **Impératif**

**Critères :**  
Générique  
Spécifique

Standard  
Impératif  
Avancé

**Cibles :**  
Gouvernance  
Patient  
Professionnels  
Représentants d'usagers  
Consultation documentaire  
Observations

Ce sont ces éléments qui seront évalués en visite (oui/non)

Éléments d'évaluation	
<p><b>Gouvernance</b></p> <p>Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.</li> <li>La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain.</li> </ul> <p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les actions concrètes du programme qualité sont connues.</li> <li>Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions.</li> </ul>	<p>Audit système</p>

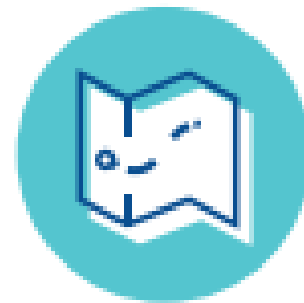
### Références HAS

- ↑ Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018.
- ↑ Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015.

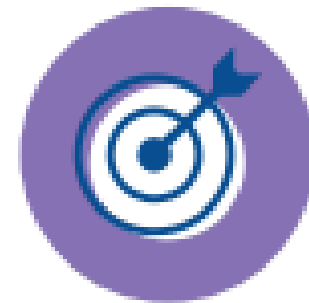
# MÉTHODES D'ÉVALUATION



**Le patient  
traceur**



**Le parcours  
traceur**



**Le traceur  
ciblé**



**L'audit  
système**



**L'observation**



Le patient  
traceur

## Une rencontre avec le patient et l'équipe

1. Identification du patient
2. Rencontre avec le patient
3. Entretien avec l'équipe (+ consultation dossier du patient)

***Apprécier le développement de l'engagement patient.  
Évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge.  
Prendre en compte la perception du patient.  
Recueillir l'expérience du patient.***



Cette méthode n'est en aucun cas une évaluation des décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe soignante



Le parcours  
traceur

## Une évaluation de la coordination des services

1. Identification du parcours (patient sorti depuis 2 mois)
2. Rencontre avec les équipes des différents services (+ consultation du dossier fil rouge avec en réserve 4 autres dossiers)
3. Réalisation du parcours (circuit physique)

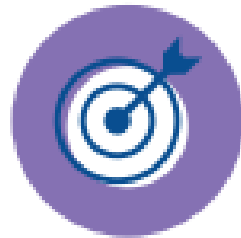
*Évaluer la coordination et la continuité de la PEC et du travail en équipe.*

*Apprécier la culture qualité et sécurité des soins.*

*Interroger l'équipe sur leur culture de la mesure et revue de leurs résultats, notamment pertinence des décisions.*



Le patient n'est pas rencontré

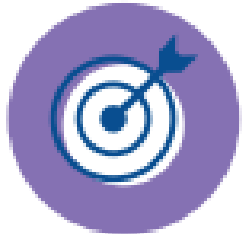


Le traceur  
ciblé

## Une évaluation de terrain

1. Identification de la cible
2. Suivi du circuit du traceur ciblé

*Évaluer, en partant du terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité d'atteindre ses objectifs.*



Le traceur  
ciblé

**En visite, 7 traceurs ciblant les processus suivants :**

Circuit du médicament et des produits de santé

Transport intra-hospitalier des patients

Prélèvement et greffe d'organes et de tissus

Prévention des infections associées aux soins

Accueil non programmé

Gestion des événements indésirables graves

Gestion des produits sanguins labiles



*En fonction de l'activité de l'établissement*







L'audit  
système

## Une évaluation de la politique

1. Consultation documentaire
2. Rencontre avec la gouvernance
3. et/ou rencontre avec les professionnels
4. et/ou rencontre avec les RU (selon les thématiques)

*Évaluer, en partant de la gouvernance, un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.*

*Évaluer les organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.*



L'audit  
système

En visite, **7 audits systèmes** :

Dynamique d'amélioration continue  
de la qualité des soins

QVT et travail en équipe

Engagement des patients

Maîtrise des risques

Représentants des usagers

Coordination territoriale

Leadership



*Systematiques dans tous les établissements*



La **participation des RU** à l'évaluation interne, si l'établissement décide d'en réaliser une.

L'**implication des RU** lors de la visite de certification.



Fiche pratique opératoire\_IU5

**Guide d'entretien des experts-visiteurs avec les représentants des usagers**

Cibles prioritaires **EV/RU**

## Critère 3.1-01 L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours

Pour garantir la continuité des soins sur le territoire et éviter la rupture de prise en charge des patients, l'établissement, dans le cadre du projet régional de santé, est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours

de la population prise en charge de l'offre du territoire médico-sociaux, professionnels

Tout l'établissement Standard

## Critère 3.1-02 L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours

Après un séjour, la transmission sans délai de la lettre de liaison à la sortie des comptes rendus de consultations ou d'examen contribuant à la qualité de soins du territoire et il se tient i

Tout l'établissement Standard

## Critère 3.1-03 L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)

politique de santé mentale sur le territoire et implique en charge sanitaire et d'accompagnement social et

## Critère 3.1-07 Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément

L'établissement s'assure que ses modalités de communication sont aisément accessibles pour faciliter l'accès aux soins des usagers et fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. De façon sécurisée, il participe à la communication sur les données des patients avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale en respectant les règles de confidentialité.

Tout l'établissement Standard





L'observation

## Tout au long de la visite

### 1. Réalisation des observations

*Concomitant aux méthodes d'évaluation de type traceur.*

#### EXEMPLES D'OBSERVATIONS



**Respect de la dignité et de l'intimité des patients :**

- absence de patients dénudés ;
- portes des chambres fermées ;
- patients traités avec égard ;
- etc.



**Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :**

- rampes d'accès dédiées ;
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil ;
- sanitaires adaptés ;
- signalétique adaptée à tout type de handicap ;
- etc.



**Affichage de l'information destinée au patient :**

- charte du patient hospitalisé ;
- coordonnées des représentants des usagers ;
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination,...) ;
- etc.



**Maîtrise du risque infectieux :**

- lavage des mains avant / après chaque soin ;
- disponibilité de solutions hydroalcooliques ;
- tenues conformes des professionnels ;
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants ;
- propreté des locaux ;
- etc.



Le patient traceur



Le parcours traceur



Le traceur ciblé



L'audit système

Méthodes	Entretien			Consultation		Observation Entretien
	Patient	Équipe	Gouvernance	Dossier du patient	Autres documents	
Patient traceur	•	•		•		•
Parcours traceur		•		•		•
Traceur ciblé		•	•		•	•
Audit système		•	•		•	

The title text is centered on three overlapping, horizontal orange brush strokes. The text is in a bold, black, sans-serif font.

**L'ACCOMPAGNEMENT  
PAR QualiREL Santé**





**FORAP**  
Fédération des Organismes Régionaux et Territoriaux pour l'amélioration des Pratiques et l'organisation de santé

CEPPRAAL CAPPS QualiREL Qual'va ORISAN PASQUAL FREQUA Réseau Santé Qualité Régions SRA QUALIRIS STARAQS

## Appropriation du nouveau manuel de certification

**Date :** octobre 2021 Version 7  
**Emetteur :** Groupe de travail certification de la FORAP regroupant les structures régionales d'appui (SRA) à la qualité des soins & sécurité des patients  
**Destinataires :** Etablissements de santé, utilisateurs du manuel de certification HAS

**Contexte :** La Forap se mobilise dans le contexte de la nouvelle certification des établissements de santé pour proposer un outil opérationnel en facilitant l'appropriation de cette nouvelle démarche de certification.

**Objectifs du document :** disposer d'un outil permettant aux établissements de santé de :

- S'approprier le nouveau manuel en facilitant sa lecture grâce à une visualisation globale
- Faciliter la transition avec les critères et les thématiques de la V2014
- Remobiliser leurs organisations et ressources (ou référents) internes
- Identifier les différentes méthodes d'évaluation par critères

**Sources documentaires :**  
 HAS. Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Septembre 2021  
 HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Version de janvier 2014.  
 HAS. Fiches pédagogiques

**Méthode**  
**Pour qui ? :** les directions, directions et équipes qualité-sécurité, directions de soins, présidents de CME, coordonnateur de gestion des risques associés aux soins, vigilants, référents/correspondants qualité-sécurité d'unités, de services ou de pôles, médecins et cadres impliqués dans les démarches qualité-sécurité, CDU, toutes instances représentatives.

**Outil "Répartir le travail"**

**Outil "Correspondance v2014-v2020"**

**Outil "Méthodes"**

**Outil "Fiches pédagogiques"**

Le référentiel et le manuel de certification de la HAS

Ajustements en septembre 2022



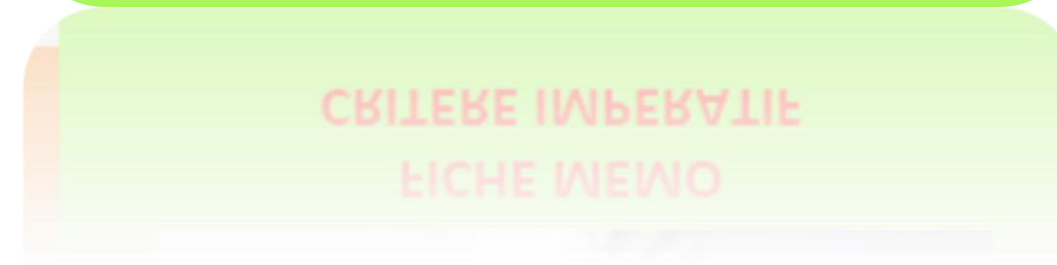




Les fiches pédagogiques de la HAS



THEME	DATE	FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Évaluation de la prise en charge médicamenteuse	6 juillet 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la gestion du leadership, des équipes et de la qualité de vie au travail	7 septembre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la culture de la pertinence et du résultat	23 septembre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap	12 octobre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la gestion des risques et des vigilances	26 octobre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la gestion des droits des patients avec France Assos Santé des Pays de la Loire	16 novembre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de l'engagement des patients et usagers avec France Assos Santé des Pays de la Loire	16 novembre 2021	<a href="#">Accéder au replay</a>
Spécial « critères impératifs »	31 mars 2022	<a href="#">Accéder au replay</a>
Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement	A venir	



Les 17 critères impératifs

Actuellement,  
13 fiches disponibles

## MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé.

- ▶▶ circuit du médicament et des produits de santé
- ▶▶ gestion des produits sanguins labiles
- ▶▶ gestion des événements indésirables graves
- ▶▶ prévention des infections associées aux soins
- ▶▶ accueil non programmé
- ▶▶ transport intra hospitalier des patients
- ▶▶ prélèvement et greffe d'organes et de tissus

Le traceur ciblé



## Guide d'entretien

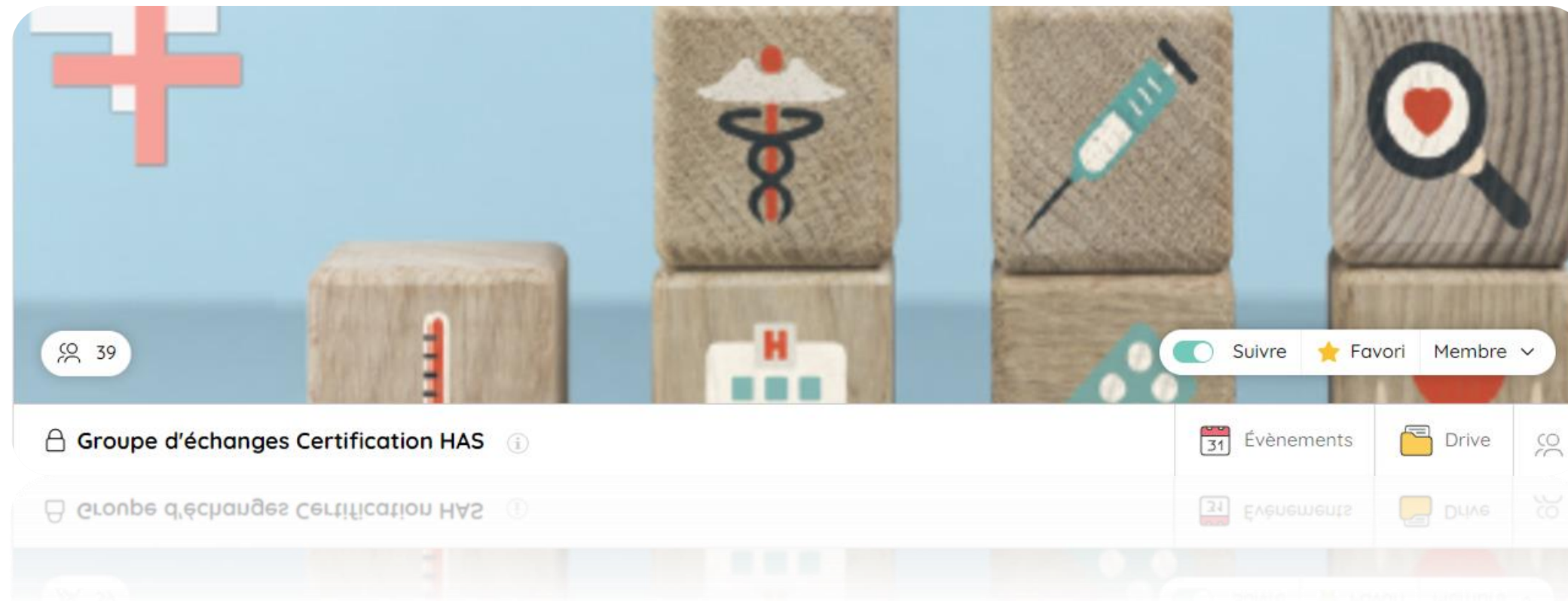
dans le cadre des traceurs ciblés

**Actuellement,  
6 guides disponibles**



Le dispositif  
de certification

## Plateforme collaborative Talkspirit



ouverte aux établissements de la région en fonction de la date de visite de certification



**OÙ TROUVER CES  
RESSOURCES ?**





[www.qualirelsante.com](http://www.qualirelsante.com)



### 45 MINUTES DE DÉCRYPTAGE DES FICHES PÉDAGOGIQUES DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Replay, support de présentation et foire aux questions pour chaque thématique



### WEB-RENCONTRE AUTOUR DE LA CERTIFICATION

Les publications de la web-rencontre du 10 décembre 2021 !



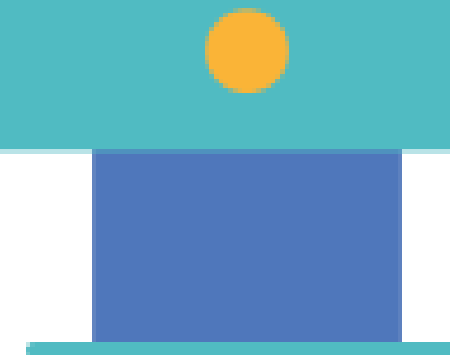
### CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA QUALITÉ DES SOINS

Accompagnement des établissements sanitaires



### LES FICHES MÉMOS DE LA FORAP SUR LES CRITÈRES IMPÉRATIFS

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins



SUIVEZ-  
NOUS !

LinkedIn

YouTube

talkspirit



Des questions, des remarques,  
des commentaires...

