

# Rencontre régionale Ile-de-France

## Point d'étape sur le déploiement du dispositif de certification pour la qualité des soins



3 décembre 2021

Patients, soignants,  
un engagement partagé

# Définition

## Porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé

- Dispositif d'évaluation externe obligatoire depuis **1996**
- **Tout établissement de santé, public ou privé**
- **Tous les 4 ans** environ par des pairs mandatés par la HAS (experts-visiteurs)
- **Diffusion publique des résultats** : site HAS
- Accréditation du dispositif par l'ISQua



# Finalité

## Apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes



1. **Des usagers** : connaissance du niveau de qualité et de sécurité des soins d'un établissement de santé



2. **Des professionnels de santé** : outil de management interne et amélioration des pratiques



3. **Des autorités de tutelles** : rôle dans la régulation par la qualité  
“patients, soignants,  
un engagement partagé”

# Les orientations de la nouvelle certification

## RECENTRER SUR LE SOIN

- .....○ Passer d'une culture de moyen à la culture du résultat
- .....○ Développer la pertinence pour le patient
- .....○ Des experts-visiteurs médecins plus nombreux
- .....○ Des méthodes d'évaluation en lien direct avec le cœur de métier des soignants, et donc de l'établissement

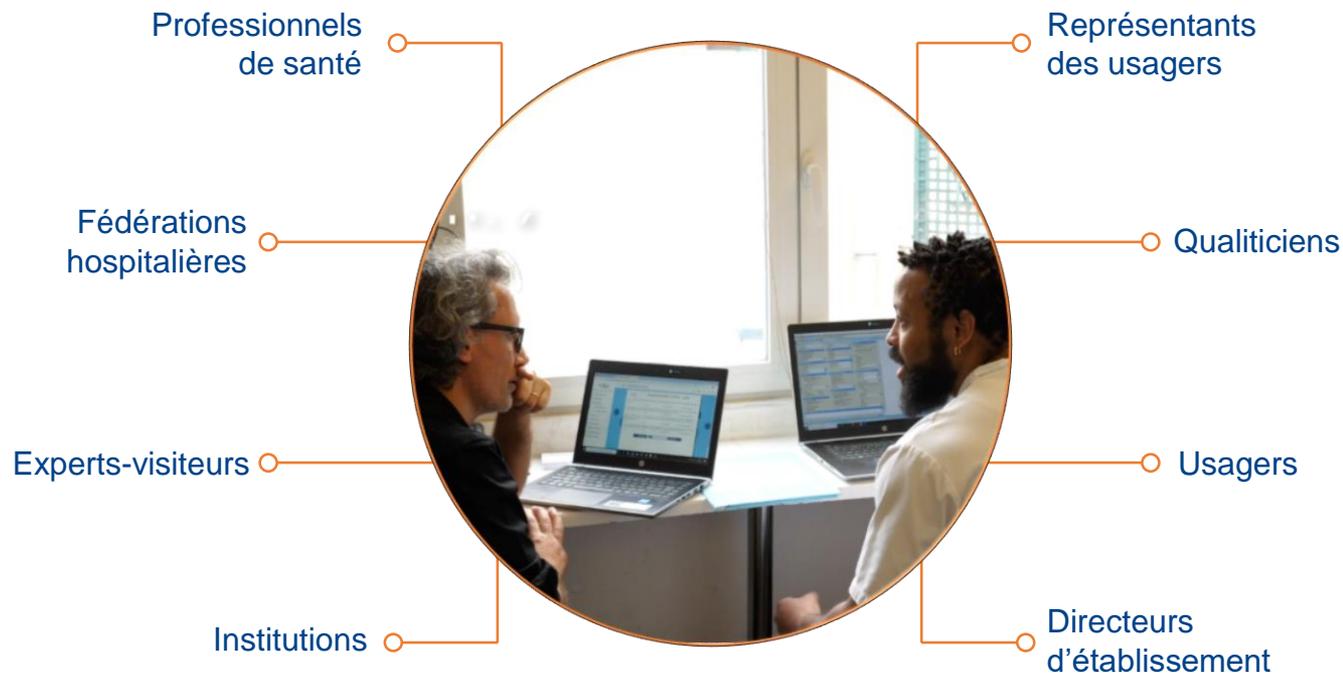
## SIMPLIFIER

- .....○ Simplifier le dispositif de la visite à la décision
- .....○ Outils et sémantique plus clairs

## S'ADAPTER

- .....○ Des critères adaptés aux spécificités de chaque établissement
- .....○ Valoriser la capacité d'adaptation des équipes

# Une certification construite avec les acteurs



# 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

# 3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour

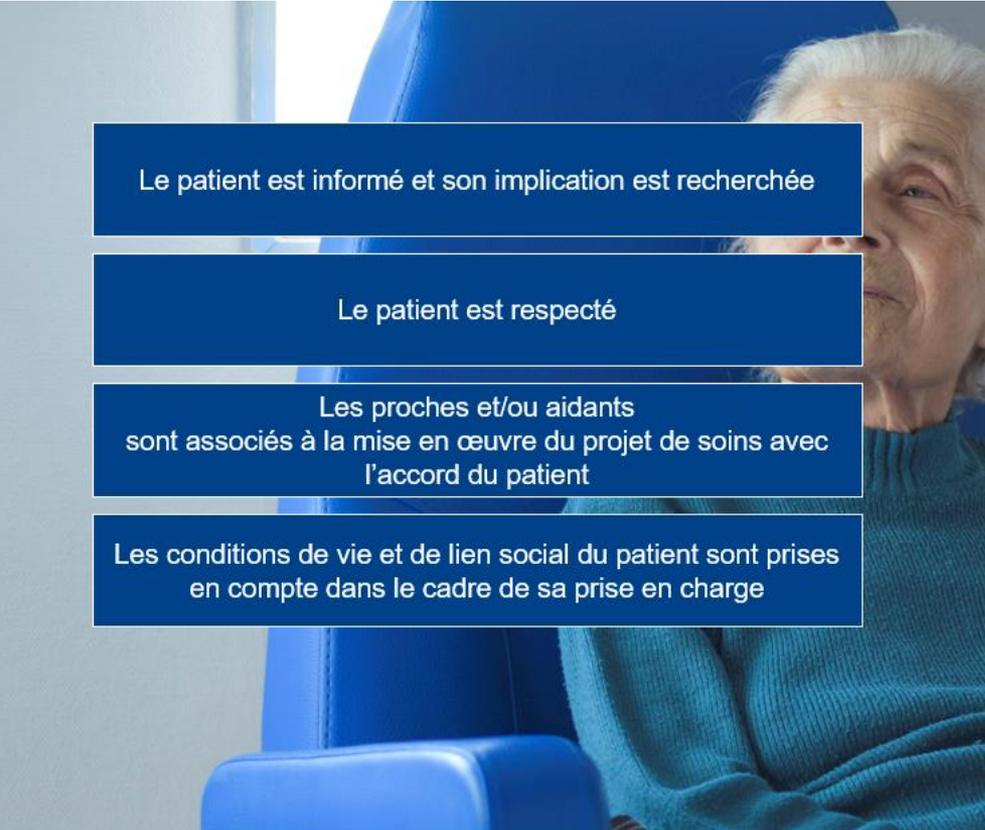
# la qualité des soins :

# 15 objectifs

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
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
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

**Patients, soignants, un engagement partagé**

# Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication est recherchée

Le patient est respecté

Les proches et/ou aidants  
sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec  
l'accord du patient

Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises  
en compte dans le cadre de sa prise en charge

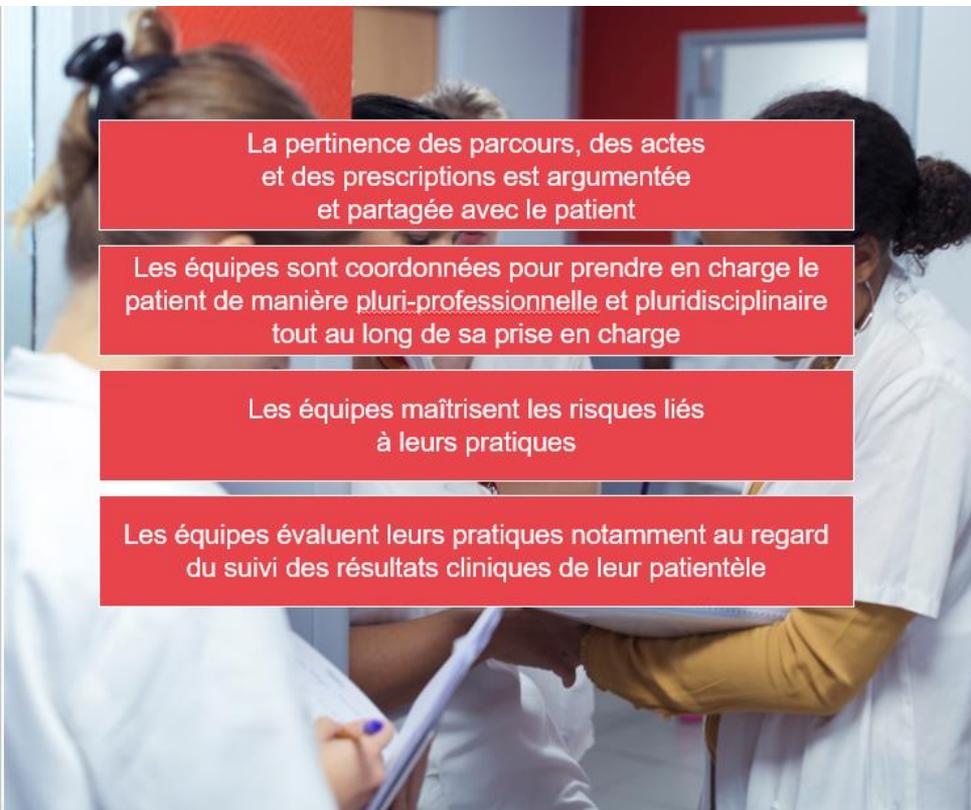
## Un chapitre consacré au résultat

- > Promouvoir le recueil & l'exploitation
- > Soutenir la mobilisation de l'expression du patient
- > Initiatives pour rendre le patient acteur de sa prise en charge

## Personnalisation du service rendu

- > pour le patient vulnérable, en situation de handicap, âgé, mineur,...

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat :

L'objet n'est pas d'évaluer la pertinence et les résultats mais l'appropriation de cette culture par les équipes

-> évaluer la maturité des équipes à mesurer, analyser et améliorer la pertinence de ses actes et de ses résultats.

Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques :

-> L'équipe protège le patient mais aussi ses membres

-> L'équipe est la clé de voute de la sécurité

# Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

La gouvernance fait preuve de leadership

L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de QVT impulsée par la gouvernance

L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Un 3ème chapitre clé de voute de la qualité et de la sécurité des soins par un management global et fédérateur de la qualité

# Les fiches critères

**Objetif 2.2**  
Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

**Critère 2.2-03** L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Chaque patient arrivant aux urgences bénéficie d'un accueil et d'un triage permettant son orientation dans le circuit adapté et dans les meilleurs délais. Les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance ou vulnérables font l'objet d'une attention particulière. La présence des accompagnants est facilitée. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux fermés et protégés. Le tri est réalisé par un IDE formé, à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est rapidement identifié et facilement joignable. L'orientation du patient s'appuie sur une évaluation en temps réel des lits disponibles et sur des règles d'hébergement des patients partagées.

**Urgences - Standard**

Éléments d'évaluation	
<b>Professionnels</b> Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'Etat (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié. La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité. Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient. L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement. Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.	<b>Références HAS</b> # Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012 # Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011 # Accident vasculaire cérébral - prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolysse), 2009. <b>Références légales et réglementaires</b> • Art. D. 6124-18 du CSP. <b>Autres références</b> • La triage en structure des urgences – Société française de médecine d'urgence, 2013. • La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires – European Stroke Organisation, 2008. • Urgences – ANAP, 2017. • Gestion des lits – ANAP, 2017.

**Traceur ciblé**

HAS - Manuel : Certification des établissements de santé - octobre 2020 77

Intitulé critère et descriptif

Champ d'application & niveau d'exigence

Éléments d'évaluation

Références

Méthode(s) d'évaluation à employer

# Des critères adaptés

## Un référentiel adapté au profil de chaque établissement de santé

(90)

### GÉNÉRIQUE

s'appliquant à l'ensemble  
des établissements de santé

(41)

### SPÉCIFIQUE

Population, activité, mode de prise en charge

## TYPES DE CRITÈRES

## Une évaluation de certification priorisée

(17)\*

### IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus voir"

(109)

### STANDARD

Les attendus

(5)

### AVANCÉ

Les standards de demain

\*passage de 2 critères de standard à impératif à partir de janvier 2022  
(2.3-11, 3.6-05)

# Les 17 critères impératifs



## Le patient

- Le consentement sur son projet de soins et ses modalités
- Le respect de son intimité et de sa dignité
- Un environnement adapté aux mineurs
- Prise en charge de sa douleur



## Les équipes de soins

- Le recours à des mesures restrictives de liberté
- La check-list « Sécurité du patient » secteurs interventionnels
- L'examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
- L'utilisation des médicaments à risque
- Le risque infectieux
- Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie
- Les risques liés à HPPI
- L'analyse collective des EIAS



## L'établissement

- Lutte contre la maltraitance ordinaire
- Un management par la qualité et la sécurité des soins
- Les SSE
- La prise en charge des urgences vitales
- Les IQSS sont pilotés

# ...Les audits : Des méthodes en lien direct avec le cœur de métier des soignants



**Le patient traceur : Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins**



**Le parcours traceur : Une évaluation de la coordination des services avec les professionnels contributeurs (cliniques, supports, etc...)**



**Le traceur ciblé : Une évaluation de terrain de la mise en œuvre d'un processus ciblé :**

- ✓ Le circuit du médicament
- ✓ La gestion des infections associées aux soins
- ✓ Les urgences et soins non programmés
- ✓ La gestion des produits sanguins labiles et médicaments dérivés du sang
- ✓ Le don d'organes et de tissus
- ✓ Les transports intra-hospitaliers
- ✓ La gestion des évènements indésirables associés aux soins



**L'audit système : Une évaluation de la politique jusqu'au terrain**

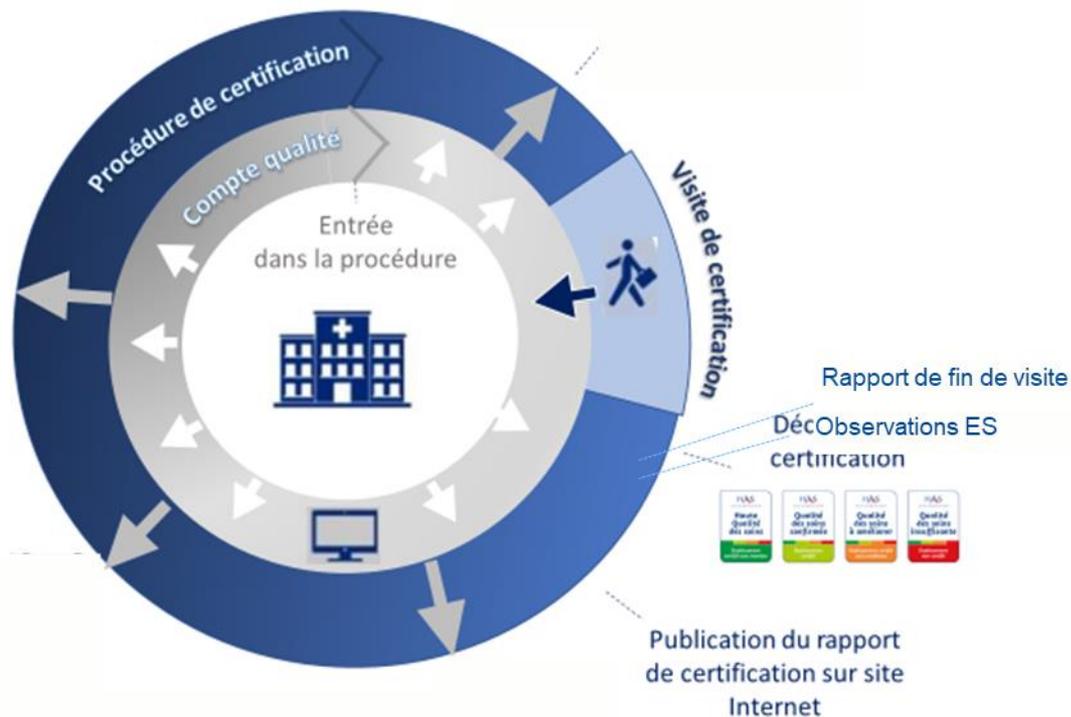
- Les représentants des usagers
- Les professionnels
- La gouvernance :
  - ✓ Coordination territoriale & Engagement patient
  - ✓ Dynamique d'amélioration & Maîtrise des risques
  - ✓ Leadership & QVT + Travail en équipe



**Observations**

# Le cycle de la certification

La culture qualité :  
une recherche  
d'amélioration  
continue



# Visualisation des résultats

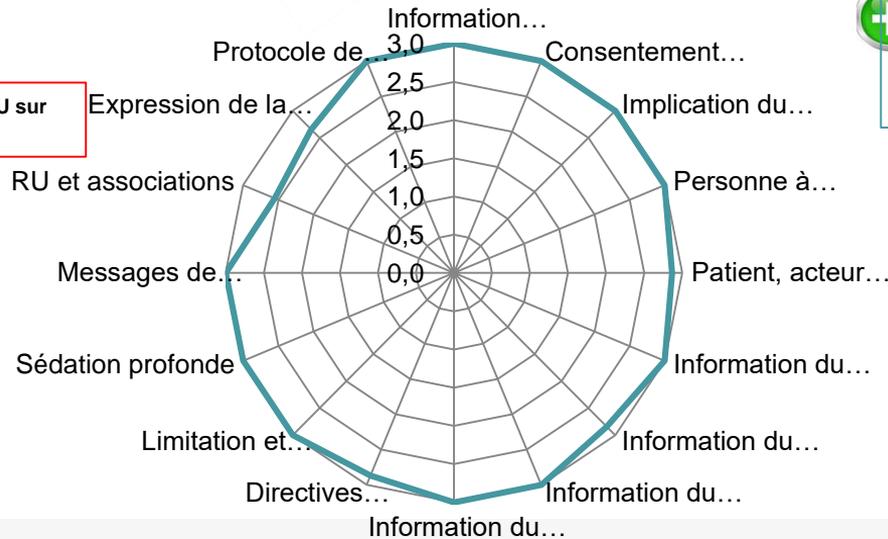


Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée

Plus simple, plus lisible et permettant aux établissements de se valoriser et de s'améliorer.

Exemple

Identification des RU sur site internet



Consultations d'annonce / Prise en charge globale du patient

# L'éligibilité ne préjuge pas de la décision

**Fin de visite  
: Eligibilité**



**: Décision**

## Etape 1 : L'éligibilité :

- ✓ A la certification : si le résultat est  $\geq 50\%$  pour les standards et les impératifs
- ✓ A la mention : si tous les critères standards et impératifs  $\geq 50\%$  OU  $\frac{3}{4}$  des critères standards et impératifs  $\geq 50\%$  et deux avancés  $\geq 50\%$

## Etape 2 : L'analyse du rapport des experts-visiteurs

- ✓ Les résultats
- ✓ Les synthèses par chapitre
- ✓ Les risques pour les patients et/ou les professionnels au regard des anomalies

## Etape 3 : L'analyse des observations de l'établissement

## Etape finale : La décision de la Commission de certification et le rapport de certification





# Quels grands enseignements



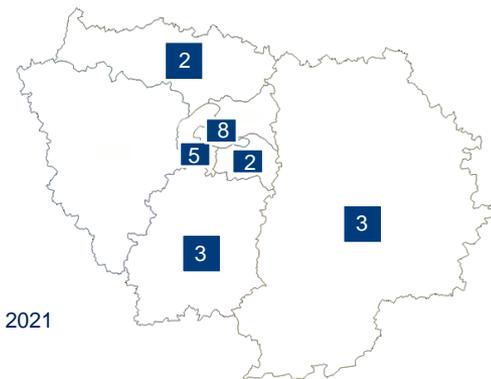
# Au 03 décembre : 23 visites en Ile-de-France



## 8 pilotes :

- Hôpital Privé Jacques Cartier (91) - Avril 2021
- Hôpital Forcilles - Fondation Cognacq Jay (77) - Avril 2021
- Hôpital Fondation Chantepie Mancier (95) - Mai 2021
- Clinique Saint Jean de Dieu (75007) - Juin 2021

- Clinique Geoffroy Saint Hilaire (75005) - Juin 2021
- Hôpital Suisse de Paris (92) - Juin 2021
- Hôpital d'instruction des armées Percy (92) - Juin 2021
- Fondation Léopold Bellan - hôpital Léopold Bellan Paris (75014) - Juillet 2021



## Septembre

- Clinique de l'Oseraie (95)
- CH Barthelemy Durand étampes (91)
- Clinique les trois soleils (77)
- Fondation Paul Parquet (92)
- Hôpital privé de Vitry (94)
- Centre René Capitant (75005)

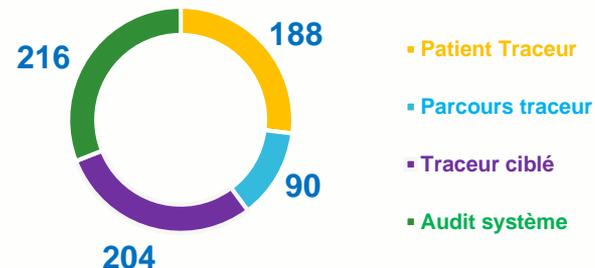
## Octobre :

- Fondation l'élan retrouvé (75)
- Clinique de l'abbaye (91)
- Clinique Maussins Nolle (75019)
- Clinique de Tournan (77)
- Hôpital Saint Jean (92)
- Clinique du Louvre (75001)

## Novembre :

- HDJ pour enfants entraide universitaire (75012)
- Clinique Gaston Metivet (94)
- Hôpital Privé d'Antony (92)

## 698 méthodes réalisées



72 EV dont 9 Médecins Patient Traceur

# Quels grands enseignements après les visites pilotes?



Médicaliser, **simplifier**, s'adapter

## Déploiement

### Information



### Préparation visite



« L'évolution positive, car d'avantage orientée vers les préoccupations du terrain, par rapport aux itérations précédentes a été particulièrement soulignée par les médecins »

### Visite

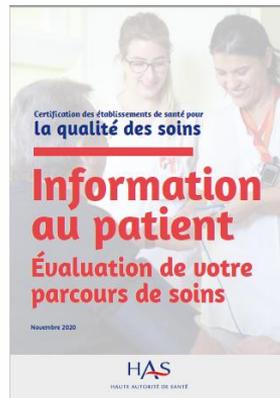


# Des rappels sur les supports d'information

## ✓ Outil pour faciliter l'appropriation du référentiel :

□ Chapitre, □ Objectif, □ Critère, □ Méthode, □ Thématique

## ✓ Des supports pour les patients, les professionnels, les représentants des usagers





# Perspectives



# Quelques ajustements au référentiel



## ✓ 2 critères standards deviennent impératifs (15→17)

- Critère n°2.3-11 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires
- Critère n°3.6-05 : La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

*Concertation avec les parties prenantes (CNDG, CNCH, la conférence des PCME de CH, la FEHAP, la FHF, la FNEHAD, la FHP, l'UGECAM et UNICANCER) et aux membres de la Commission de certification.*

# Quelques ajustements au référentiel



## ✓ 3/131 nouvelles rédactions dans l'intitulé des critères :

- Critère n°2.1-07 : La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) ~~et Médicaments dérivés du sang~~ est argumentée : *les éléments d'évaluation ne portent que sur les PSL.*
- Critère n°2.3-17 : Les équipes respectent les recommandations **et obligations** vaccinales pour les professionnels de santé
- Critère n°3.7-04 : Les analyses des événements indésirables **graves** sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

## ✓ 1 critère spécifique change de champ d'applicabilité : **Ambulatoire** > **Chirurgie**

- Critère n°2.3-21 : L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée : *pour que ce critère n'apparaisse plus pour les établissements n'ayant pas de chirurgie (SSR, Médecine, psychiatrie)*

# Quelques ajustements au référentiel



**38/466** rédactions d'éléments d'évaluation plus explicites, par exemple :

- **Critère n°3.1-06 : L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales**
  - L'établissement a organisé avec ses partenaires des protocoles médicaux et soignants pour admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des EHPAD éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe > Pour les urgences concernant la personne âgée, des circuits courts par des admissions directes dans une filière ou service adapté à la gériatrie sont formalisés.
  - L'établissement a organisé une filière directe de prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation avec les médecins traitants, EHPAD, HAD, SSR, USLD du territoire > Les modalités définies avec les partenaires de l'établissement (médecins traitants, EHPAD, HAD, SSR, USLD...) permettent d'éviter tout transfert immédiat si l'état du patient le permet (filière gériatrique directe, réseaux de télémedecine, intervention d'équipe de recours,...).
- **Critère 3.7-06: Critère n°3.7-06 : L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement.**
  - La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation ~~auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement).~~ assure la logistique nécessaire à son déploiement et articule les actions menées dans le cadre de l'accréditation des médecins ou des équipes médicales avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient

**+ 16 nouvelles références (réglementaires, publications de la HAS et/ou d'autres sociétés savantes)**

# Quelques ajustements à l'organisation de la visite



- Le briefing du matin devient **Bilan d'étape** et le briefing du soir devient **Calage du calendrier**
- Le **choix des patients traceurs** n'est plus annoncé la veille. Sur la base de la liste des patients présents fournie lors du calage calendrier, l'expert-visiteur choisit en début d'évaluation et recueille le consentement du patient.
- L'intégration des présidents des CLIN, CLUD et du pharmacien lors de **l'audit système** sur la gestion des risques
- Révision des supports pour la réunion d'ouverture et les restitutions

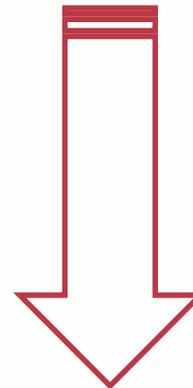
# Déploiement des ajustements

## Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Septembre 2021

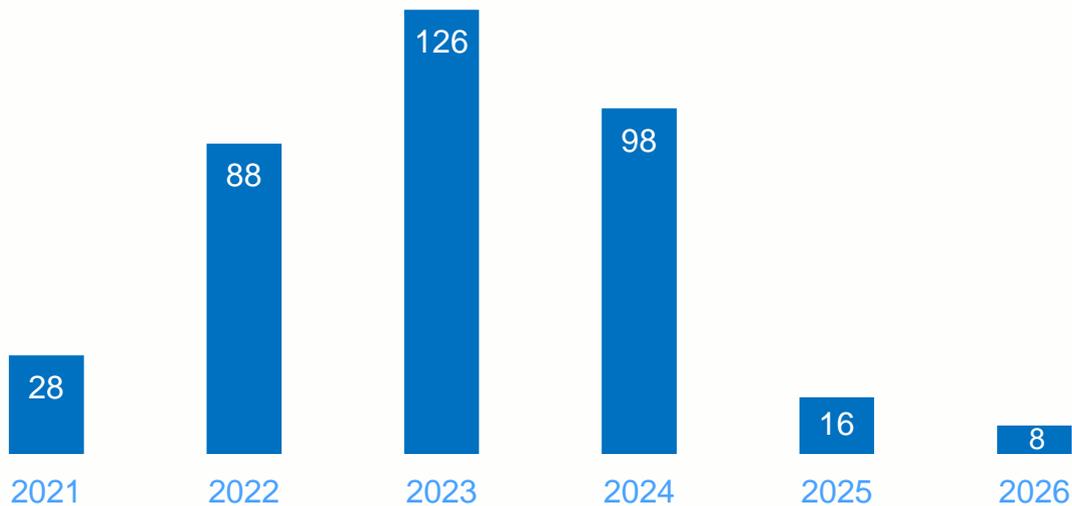
### Suivi des modifications du référentiel (par rapport à la version d'octobre 2020)

	Ajustements
<b>Critère n° 1.1-01</b>	<b>Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques.</b>
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-01-e001-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé. <b>Ajustement proposé :</b> Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service d'accueil, le patient est informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé.
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-01-e004-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension. <b>Ajustement proposé :</b> Au-delà des informations données aux représentants légaux, les informations destinées aux enfants et adolescents sont adaptées à leur niveau de compréhension (l'information des parents est couverte par le critère n° 1.1-01).
<b>Critère n° 1.1-05</b>	<b>Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé.</b>
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-05-e002-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Les équipes inscrivent dans le dossier du patient les informations relatives aux principales notions de risque et de protection du patient (tabac/tabagique, consommation d'alcool, MD et activité physique, voyages...). <b>Ajustement proposé :</b> Les équipes inscrivent dans le dossier les informations données au patient relatives à ses principaux facteurs de risque (tabac/tabagique, consommation d'alcool, MD et activité physique, voyages, IST...).
<b>Critère n° 1.1-08</b>	<b>Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge.</b>
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-08-e003-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Dans le cas d'un traitement pour risque de transmission d'agents infectieux, les règles imposées au patient par les équipes lui sont expliquées. <b>Ajustement proposé :</b> Le patient fait l'objet de précautions complémentaires pour risque de transmission d'agents infectieux, les raisons et les règles d'application lui sont expliquées ainsi que ses valeurs.
<b>Critère n° 1.1-10</b>	<b>Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les soins/soins de suivi appropriés.</b>
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-10-e003-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Le carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est délivrée au patient à sa sortie. <b>Ajustement proposé :</b> Le carte d'implant contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est remise pour être remise au patient à sa sortie.
<b>Critère n° 1.1-12</b>	<b>En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge.</b>
<b>Élément d'évaluation</b> CR1.1-12-e002-PAT	<b>Ancien intitulé :</b> Les informations sont remises au patient dans un document spécifique qui indique les événements indésirables possibles ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour le chirurgien). <b>Ajustement proposé :</b> Pour toutes les formes de prise en charge ambulatoire, le patient dispose d'un document qui lui indique les événements indésirables possibles et la conduite à tenir en cas de survenue (type « passeport » pour le chirurgien et autre pour les autres activités : radiologie, GSI, gynécologie...).
<b>Référence supplémentaire</b>	Gestion préopératoire du risque infectieux - SF2H, 2013.



**Fin Septembre  
à l'exception des 2 critères  
impératifs au 1er Janvier 2022**

# Calendrier des visites



# Experts-visiteurs



**97** experts-visiteurs en Ile-de-France,  
dont 31 médecins et 15 Médecins « Patient Traceur »

## Intérêts



- **Formation**
- **Conduite de visites**
- **Déploiement de son expérience dans son exercice au sein de son établissement**

**NOUS AVONS BESOIN DE VOUS**

POUR LA CERTIFICATION V2020

**La HAS recrute**  
250 nouveaux médecins experts-visiteurs

[bit.ly/devenirexpertvisiteurHAS](http://bit.ly/devenirexpertvisiteurHAS)

**CERTIFICATION**  
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE V2020

## Choix pour un médecin



Expert-visiteur



Médecin Patient traceur

- ✦ Médecin toutes spécialités.
- ✦ En exercice en établissement de santé public ou privé.



Qui

- ✦ Médecin toutes spécialités.
- ✦ En exercice en établissement de santé public ou privé.

- ✦ 4 visites par an.
- ✦ 3 à 4 jours en moyenne pour chaque visite.



Engagement

- ✦ 2 jours de visite par an.

- ✦ Réaliser des visites de certification en équipe d'experts-visiteurs (patients-traceurs, traceurs ciblés ...).



Mission

- ✦ Intervenir ponctuellement au cours d'une visite, pour réaliser des patients-traceurs.

- ✦ 2 à 3 jours à la HAS et formation à distance, initiale et continue.
- ✦ Tutorat sur la 1<sup>re</sup> visite.



Formation

- ✦ 1 journée à la HAS et formation à distance.
- ✦ Tutorat sur la 1<sup>re</sup> visite.

# La certification pour la qualité des soins

**Nous remercions tous les professionnels et les représentants des usagers des établissements volontaires qui ont contribué au déploiement de la certification**

**Patients, soignants,  
un engagement partagé**

Retrouvez  
tous nos travaux sur

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

