

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

Patients, soignants,  
un engagement partagé

COMMEX du DMU DREAM 18 Novembre 2021

Dr Marie-Pierre Dilly

# 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

## 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

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

# Nouveau Référentiel de Certification

## 1 Référentiel- 15 Objectifs - 3 chapitres

### 3 CHAPITRES



LE  
PATIEN  
T



LES  
ÉQUIPES  
DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT  
T  
DE SANTÉ

### Nouveau référentiel

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 ainsi qu'adultes sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
4. Les conditions de vie et de bien-être du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
5. La performance 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 initiée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une ressource 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

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## 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

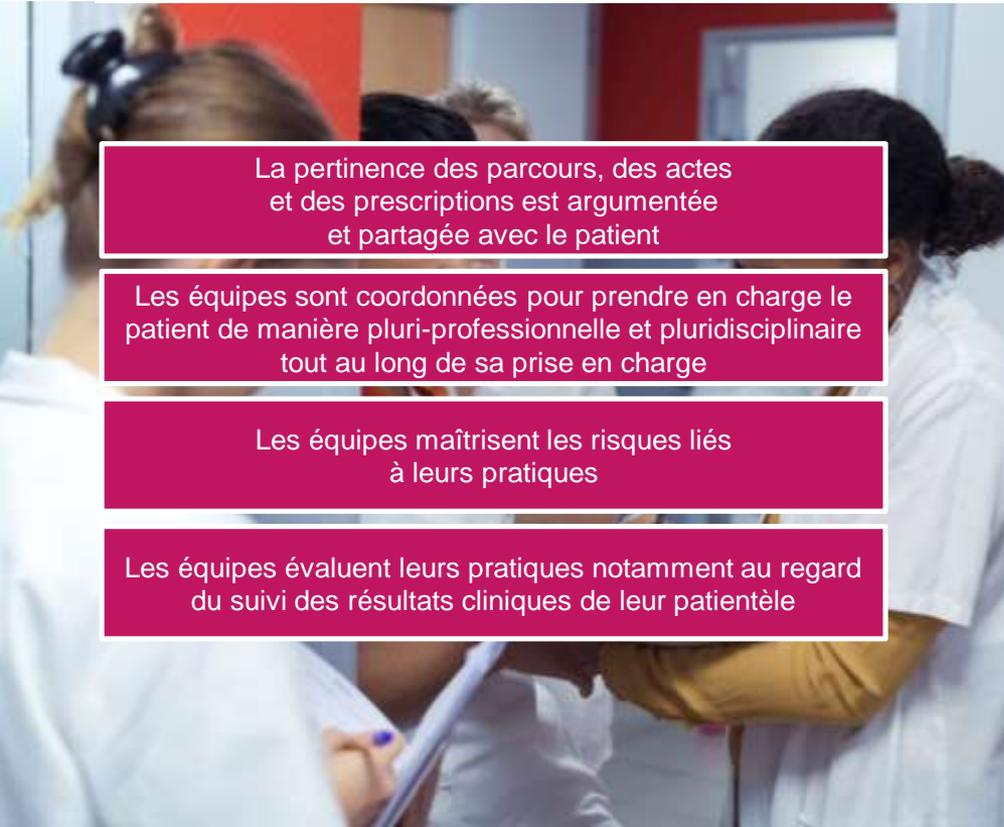
### Un chapitre consacré au résultat pour le patient

- .....○ Promouvoir le recueil & l'exploitation de l'expression du patient
- .....○ Soutenir la mobilisation de l'expression du patient
- .....○ Prendre des 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 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 3<sup>ème</sup> chapitre clé de route de la qualité et de la sécurité des soins par un management global et fédérateur de la qualité

## Le Manuel

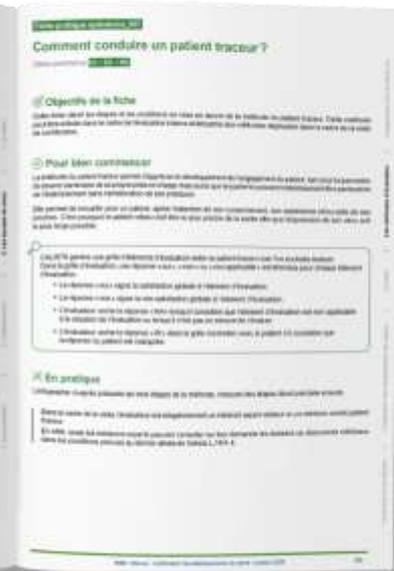
Référentiel



Fiches critères



Fiches pratiques



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

## 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

131 Critères

## 17 CRITERES IMPERATIFS

### CHAPITRE 1: LE PATIENT

- 1.1.03 Consentement libre et éclairé
- 1.2.01 Intimité/Intégrité
- 1.2.02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté
- 1.2.08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

### CHAPITRE 2: LES SOINS

- 2.1.05 Contention Physique (Santé Mentale)
- 2.2.12 Bloc / secteurs interventionnels : check-list « Sécurité du patient »
- 2.2.17 Examen Somatique (Santé Mentale)
- 2.3.06 Médicaments à risque
- 2.3.11 les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standards et complémentaires (ajout septembre 2021)
- 2.3.12 Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie (chirurgie / interventionnel)
- 2.3.20 Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (maternité)
- 2.4.04 Actions fondées sur l'analyse collective des EIAS

### CHAPITRE 3: L'ETABLISSEMENT

- 3.2.06 Prévention et détection des situations et risques de maltraitance
- 3.3.01 Management de la Qualité Sécurité des Soins, valeur de l'établissement
- 3.6.01 Maîtrise des situations sanitaires exceptionnelles
- 3.6.05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée au sein de l'établissement (ajout septembre 2021)
- 3.7.03 Les indicateurs qualités sont communiqués / utilisés

# Nouvelles méthodes



V2014

- Audits de processus
- Patients traceur

Nouvelle certification

- Traceurs
- Audit système
- Observations



**Organisation  
Moyens**



**Résultats pour  
le patient**

## ÉVALUATION

### Méthode privilégiée : Les traceurs

- .....○ Cible les résultats
- .....○ Approche médicalisée
- .....○ Allège le temps d'investissement des établissements  
(- de préparation, dynamique continue)



Patient  
traceur



Audit système



Parcours traceur



Traceur ciblé



Observations

# Nouvelles méthodes



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

Évalue la **prise en charge de manière rétrospective**, prend en compte les **perceptions du patient** et de ses proches, et les croise avec **l'analyse de la prise en charge par l'équipe de soins**. Méthode mobilisée par les experts-visiteurs médecins et les médecins patient traceur.



## Le parcours traceur : Une évaluation de la coordination de la prise en charge du patient et du travail en équipe

Évalue la **qualité de la coordination** avec les représentants de toutes les équipes ayant participé à un type de parcours défini, permet également d'évaluer leur culture de mesure et de revue de leurs résultats notamment sur la pertinence des décisions.



## 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



## Observations

Évaluent la **conformité d'un ensemble de points précis à observer**.

- intimité, dignité,
- accessibilité des personnes porteuses d'un handicap,
- affichage de l'information,
- la maîtrise du risque infectieux,
- le stockage des médicaments...



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

Rencontre: **Les représentants des usagers, Les professionnels, La gouvernance**

- ✓ **Coordination territoriale & Engagement patient**
- ✓ **Dynamique d'amélioration & Maîtrise des risques**
- ✓ **Leadership & QVT + Développement du travail en équipe**

## Thématiques de la V2020/V2014

1. Culture de la pertinence et du résultat
2. Prévention des infections associées aux soins
3. Gestion des droits des patients
4. Engagement patients et usagers
5. Gestion des parcours patients intra et extra hospitalier
6. Gestion des risques et des vigilances
7. Système d'information hospitalier (SIH) et du dossier patient
8. Fonction transport intra hospitalier
9. Hospitalisation à domicile
10. Médecine et de la chirurgie ambulatoire
11. Prise en charge soins de suite et de réadaptation (SSR)
12. Prise en charge des personnes vivant avec un handicap
13. Prise en charge des personnes âgées
14. Accréditation des médecins et équipes médicales
15. Prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques
16. Secteurs interventionnels
17. Psychiatrie & santé mentale
18. Prise en charge de l'urgence vitale en établissement
19. Prise en charge des enfants et adolescents
20. Prise en charge médicamenteuse
21. Douleur et des soins palliatifs
22. Greffe par prélèvement d'organes et de tissus sur donneur décédé
23. Précarité sociale
24. Gestion du leadership, des équipes et de la qualité de vie au travail

**Nouvelles thématiques ou thématiques renforcées**

14

## Le processus décisionnel

**Fin de visite  
: Eligibilité**



**: Décision**

### Etape 1 : L'éligibilité :

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

### 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



DÉCISION 



Nouvelle visite sous 4 ans

Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois

Visite reprogrammée entre 12 à 24 mois

## ■ Démarche Continue et Dynamique

- Utilisation d'outils au quotidien (traceurs, observations, ....) permettant d'améliorer les prises en charge
- Visualisation par les professionnels et les patients des améliorations
  - Partage d'expériences ++++
- Pas de compte qualité; Méthode exclusive des traceurs, observations et entretiens

# Calendrier de Visite Certification APHP

✓ Visite réalisée par site (1 résultat par site)

GHU	Hôpital	Date de visite
<b>GHU Sorbonne Université</b>	<b>Rothschild</b>	<b>Mai 2022</b>
	Armand Trousseau- La Roche Guyon	Mai 2022
	Charles Foix	Juin 2022
	Saint Antoine	Juin 2022
	Pitié Salpêtrière	Octobre 2022
	Tenon	Novembre 2022
<b>Hôpital Marin d'Hendaye</b>		<b>Septembre 2022</b>
<b>Hôpital Paul Doumer</b>		<b>Octobre 2022</b>
<b>Hôpital San Salvador</b>		<b>Novembre 2022</b>
<b>HAD</b>		<b>Décembre 2022</b>
<b>HUPSSD</b>	Avicenne	<b>Février 2023</b>
	Jean Verdier	Mai 2023
	René Muret	Avril 2023
<b>HU de Mondor</b>	H Mondor-A Chenevier	<b>Septembre 2023</b>
	Emile Roux- Dupuytren- Georges Clémenceau	Novembre 2023
<b>GHU Paris Nord</b>	Bichat	<b>Octobre 2023</b>
	Beaujon	Novembre 2023
	Louis Mourier	Décembre 2023
	Bretonneau	Février 2024
	Saint Louis	Mars 2024
	Lariboisière	Avril 2024
	Robert Debré	Mai 2024
	Bicêtre	Octobre 2023
<b>GHU Paris Saclay</b>	Antoine Béclère	Décembre 2023
	Paul Brousse	Janvier 2024
	Raymond Poincaré- Hôpital de Berck sur mer	Février 2024
	St Périne-Ambroise Paré	Avril 2024
	Cochin- Hôtel Dieu	<b>Janvier 2024</b>
<b>GHU Paris Centre</b>	Broca-Vaugirard-Corentin Celton	Mars 2024
	Necker	Mai 2024
	HEGP	Juin 2024

- 1. Communication en instances, auprès des professionnels de santé et des usagers (support de communication, newsletter, dictionnaire qualité...)**
- 2. Définition d'objectifs de réalisation d'évaluations (nombres de traceurs) par service sur chacun des sites**
- 3. Formations aux méthodes d'évaluations (patient traceur, parcours traceurs, traceur ciblé, observation)**
- 4. Réalisation des évaluations via ces méthodes d'évaluation**
- 5. Déploiement du Plan d'action qualité sécurité des soins (PAQSS) pour le recensement et le suivi des plans d'actions: outil de pilotage**
- 6. Sensibilisation et déploiement de l'engagement patient (patient partenaire, méthode AMPPATI, e-satis, petite fabrique...)**

## Auto-évaluation 2021

- Modalités définies par l'équipe Qualité, Gestion des risques et droits du patient du GHU en lien avec la DSAP
- Rendu attendu: décembre 2021-Janvier 2021
- Période de réalisation proposée : dernier semestre 2021
- Attendus :
  - ▶ Réalisation d'une grille d'**observation** pour chaque service
  - ▶ Auto-évaluation des **17 critères impératifs pour les services volontaires** (Accompagnement par la Direction qualité)

## Check List Observation (fichier excel)

- **Information et droits du patient**
- **Identitovigilance**
- **Médicaments**
- **Risque Infectieux**
- **Radioprotection**
- **Urgences Vitales**

SharePoint du département Qualité Partenariat Patient – rubrique Certification HAS  
[https://espace-collaboratif.aphp.fr/domu/DQRisque/\\_layouts/15/start.aspx#/SitePages/Accueil.aspx](https://espace-collaboratif.aphp.fr/domu/DQRisque/_layouts/15/start.aspx#/SitePages/Accueil.aspx)

## ■ Au niveau du site hospitalier: portée par la **Commission Qualité** (Commission Risques Vigilances Sécurité des Soins Patients)

### « Bureau » Certification

- ✓ Représentant élu CMEL de site et Directeur de site
- ✓ Coordonnateur de la gestion des Risques associés aux soins (CGRAS)
- ✓ Le directeur qualité ou responsable qualité de site
- ✓ Le directeur des soins du site
- ✓ 1 Représentant des Usagers du site

## ■ Au niveau du groupe hospitalier : portée par la **Commission Qualité GHUv**(Commission Qualité Risques Vigilances Sécurité des Soins Patients)

### « Bureau » Certification

- ✓ Vice-Présidente de la CMEL et DGA
- ✓ Le directeur qualité du GHU et 1 représentant des CGRAS
- ✓ Le coordonnateur Général des Soins
- ✓ 1 Représentant des Usagers du GHU

### En lien avec :

Les commissions qualité de chaque site du GHU

Les experts visiteurs et médecins patients traceurs du GHU

## Les enjeux et les orientations de la nouvelle Certification, en particulier pour les services médicotechniques : Qu'est ce qui change ?

- Tout ce qui existait dans la V2014 est censé être acquis
- Ce n'est pas le « processus » qui est regardé en première intention mais le « résultat »
- Pas de thématique spécifique nouvelle concernant votre DMU
- A valoriser dans votre DMU:
  - ▶ Accréditation des laboratoires d'anatomo-pathologie
  - ▶ SMQ rayonnement ionisant
  - ▶ Toutes les démarches d'accréditation sectorielles

## ■ Les 109 Critères Standards

## ■ Critères Impératifs

### CHAPITRE 1: LE PATIENT

1.1.03 Consentement libre et éclairé

1.2.01 Intimité/Intégrité

1.2.02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

1.2.08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

### CHAPITRE 2: LES SOINS

2.2.12 Bloc / secteurs interventionnels : check-list « Sécurité du patient »

2.3.06 Médicaments à risque

2.3.11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standards et complémentaires

2.3.12 Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie (chirurgie / interventionnel)

2.4.04 Actions fondées sur l'analyse collective des EIAS

### CHAPITRE 3: L'ETABLISSEMENT

3.2.06 Prévention et détection des situations et risques de maltraitance

3.6.01 Maîtrise des situations sanitaires exceptionnelles

3.6.05 La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée au sein de l'établissement

3.7.03 Les indicateurs qualités sont communiqués / utilisés

## ■ Critères Avancés

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

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 soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe



## Observations



## Le parcours traceur : Une évaluation de la coordination de la prise en charge du patient et du travail en équipe

Évalue la **qualité de la coordination** avec les représentants de toutes les équipes ayant participé à un type de parcours défini, permet également d'évaluer leur culture de mesure et de revue de leurs résultats notamment sur la pertinence des décisions.



## Le traceur ciblé:

- ✓ Le circuit du médicament
- ✓ La gestion des infections associées aux soins
- ✓ Les urgences et soins non programmés
- ✓ Le don d'organes et de tissus
- ✓ Les transports intra-hospitaliers
- ✓ La gestion des événements indésirables associés aux soins

## Sollicitation dans le cadre de:

**Patient traceur**

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

## DREAM: La visite, est-ce que vos services seront visités ?

- ✓ Passage dans tous les services au plus près des équipes de soins (80% de la visite sur le terrain)
- ✓ Méthodes d'évaluation combinées entre elles (ex. Parcours traceur dans un service réalisé en même temps que les observations)
- ✓ Dans le cadre des différentes méthodes traceurs, les EV peuvent être amenés à visiter certains services concernés par un parcours traceur ou un traceur ciblé

### Exemples:

**Traceurs ciblés:** Le circuit du médicament, La gestion des infections associées aux soins, Les urgences et soins non programmés, Le don d'organes et de tissus, Les transports intra-hospitaliers, La gestion des évènements indésirables associés aux soins

**Observations:** intimité, dignité, accessibilité des personnes porteuses d'un handicap, affichage de l'information, la maîtrise du risque infectieux, le stockage des médicaments...

## ■ Déploiement de la démarche par site et par service avec une coordination GHU

## ■ Cellule qualité du DMU

- ▶ Mettre en place un réseau de médecins et cadres référents qualité pour le DMU
- ▶ Réaliser l'auto-évaluation initiale via les grilles « Observations » +/- « Critères impératifs »
- ▶ S'approprier les méthodes et réaliser des traceurs, sur chaque service du DMU et mettre en place d'actions d'amélioration
- ▶ S'approprier et incrémenter le PAQSS à partir de ces évaluations (et de toutes les actions en lien avec la qualité et la gestion des risques) avec l'appui de la direction qualité et de la direction des soins
- ▶ S'assurer du fonctionnement d'un programme de retour d'expérience (RMM/REX) dans chaque service (avec bilan annuel)
- ▶ Favoriser l'engagement et l'implication des patients dans l'ensemble des prise en charges et des projets: recensement de l'existant dans les services du DMU (associations de patients, ETP, patients experts ou partenaires...), valorisation et partage des expériences, sollicitation du comité engagement patient pour développer des initiatives, impliquer un patient ressource dans le DMU, etc...

- **Implication de l'ensemble des professionnels dans la démarche**
- **Rôle majeur du trio de DMU et des binômes Chef de service/ Cadres**
- **Nécessité d'un réseau de Référents Médicaux et Non médicaux**
  - ▶ Cadres référents qualité DMU/site/service
  - ▶ Médecins référents qualité DMU/site/service
    - *Assurer le suivi des OSIRIS concernant son service en lien avec le cadre de santé*
    - *Aider à la déclaration et à l'analyse des EIG et/ou EI significatifs*
    - *Rendre un bilan annuel des RMM/REX du service en lien avec le cadre de santé*
    - *Participer à la mise en place des méthodes traceurs dans le service, à l'élaboration et au suivi du plan d'action qualité sécurité des soins (PAQSS)*
    - *Relayer les informations auprès des professionnels*

Merci de votre attention

