

# Rencontre régionale Nouvelle certification HAS

Jeudi 5 mai 2022

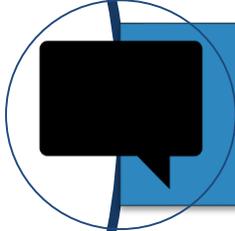
9 h - 13 h

webinaire

# Avant de commencer



Vos caméras et micros sont désactivés



Vous pouvez dialoguer avec nous via les « questions »



A la fin de la présentation, merci de consacrer quelques minutes au remplissage du questionnaire de satisfaction

09 H 00

## Ouverture de la rencontre

*Dr Jean-Yves GRALL, directeur général, ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

*Dr Amélie LANSIAUX, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS*

*Mme Jeanine Lesage, présidente, France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes*

*Pr Cyrille COLIN, président, CEPPRAAL*

09 H 20

## Enjeux de la certification et premiers enseignements

*Anne CHEVRIER et Anne-Claire DUVAL, HAS*

09 H 50

## Table ronde

### Retours d'expérience d'établissements de la région

#### CHS Le Vinatier, CH de Montluçon et SSR Château de Bon Attrait

- La préparation de la visite et l'implication des professionnels et des représentants des usagers
- La perception des différents acteurs de la visite de certification (professionnels des services, représentants des usagers et professionnels de la qualité)
- Les enseignements pour les équipes de soins

*Modérateurs : Michel SABOURET, France Assos Santé  
et Perrine VAN STRAATEN, CEPPRAAL*

11 H 50

## Retours d'expérience d'experts-visiteurs

*Patrick MÉCHAIN, directeur qualité, expert-visiteur coordonnateur*

*Dr Guillaume PLAQUEVENT, médecin, expert-visiteur médecin patient traceur*

12 H 20

## Présentation de l'accompagnement en région

*France Assos Santé et CEPPRAAL*

12 H 40

## Synthèse et conclusion

*ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

# Ouverture de la rencontre

- **Dr Jean-Yves Grall** – directeur général ARS Auvergne-Rhône Alpes
- **Dr Amélie Lansiaux** – directrice Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS
- **Mme Jeanine Lesage** – présidente France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- **Pr Cyrille Colin** – président du CEPPRAAL

# Enjeux de la certification et premiers enseignements

**Anne Chevrier** – cheffe de service certification des établissements de santé HAS

**Anne-Claire Duval** - Cheffe de Projet – Référente du secteur « Gestion administrative des démarches » HAS

# Rencontre régionale Auvergne Rhône Alpes

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

5 mai 2022

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



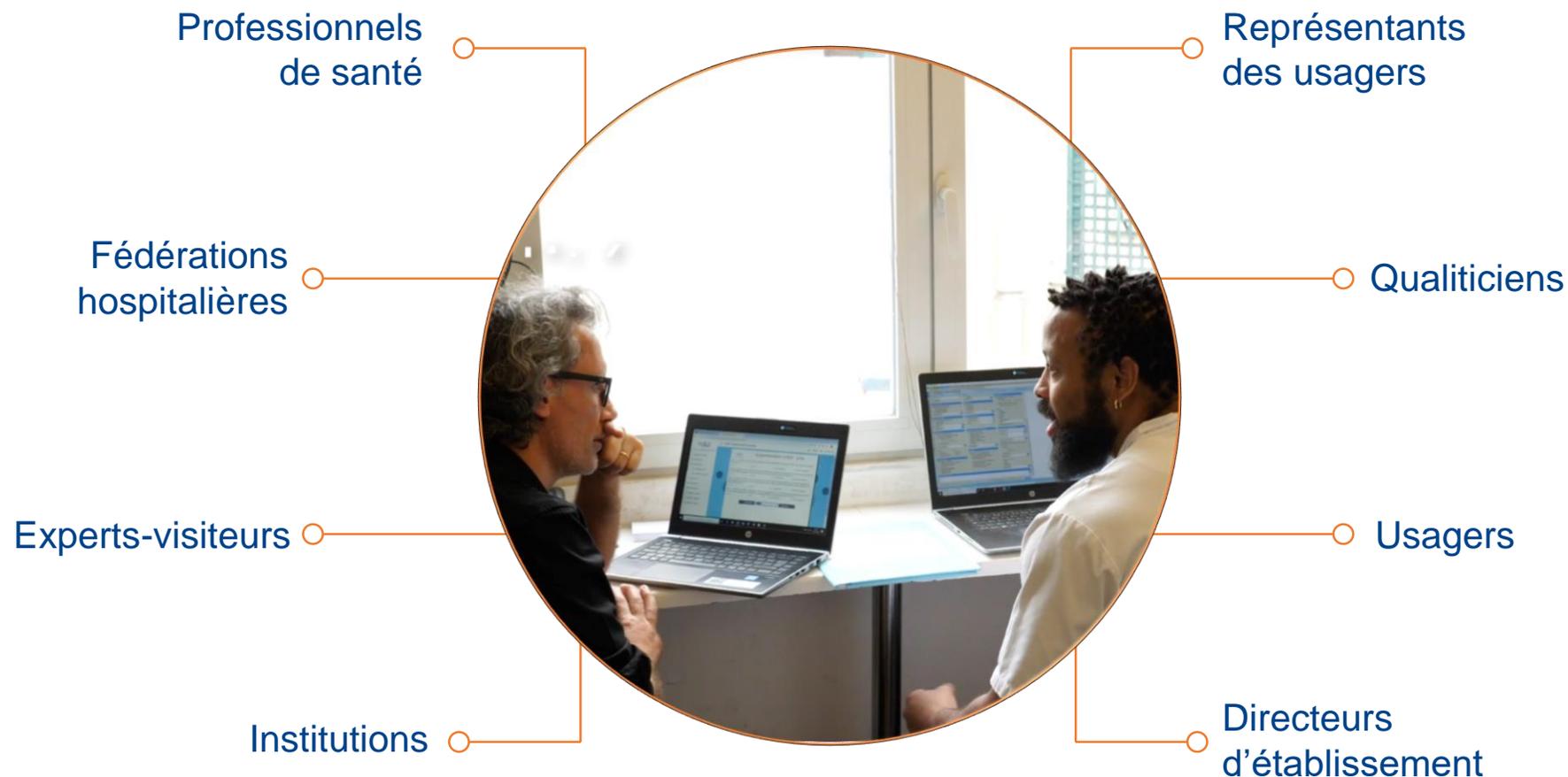
2. **Des professionnels de santé** : outil de management interne et amélioration des pratiques



3. **Des autorités de tutelles** : rôle dans la régulation par la qualité

**“patients, soignants,  
un engagement partagé”**

# Une certification construite avec les acteurs



# 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

# 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

# La CQSS : une rupture

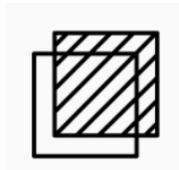


Un seul document



Un nouveau système d'information (CALISTA connecté aux bases nationales)

Multiples supports d'appropriation



**Une transparence des méthodes traceurs**  
**Une simplification de la préparation pour les ES**



**Une couverture adaptée au profil de l'ES avec des traceurs plus nombreux**  
**Une cotation ciblée sur le résultat et basée sur la moyenne et non plus sur les seuls écarts**



Un rapport plus synthétique

# 3 chapitres



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour

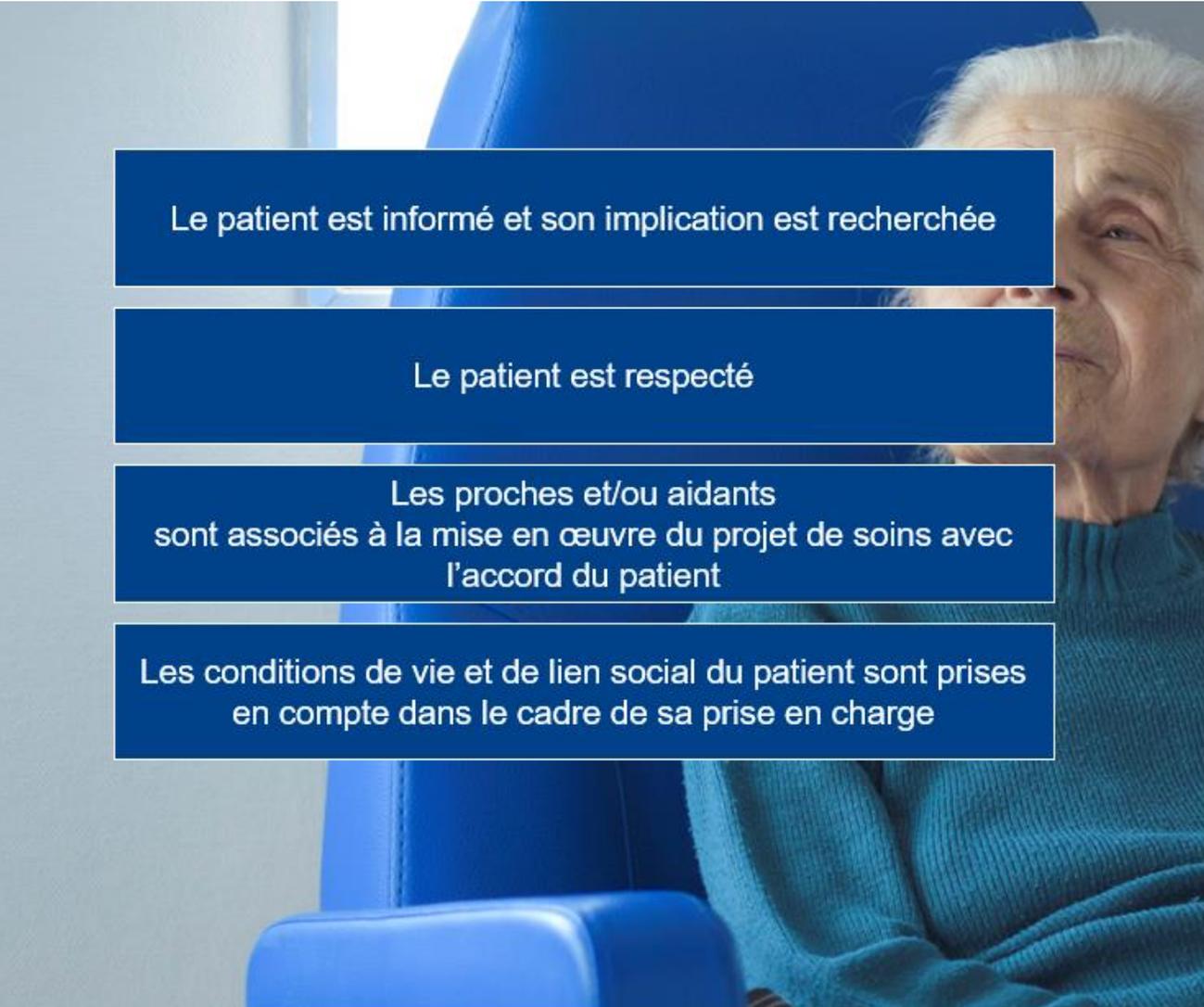
## la qualité des soins :

# 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

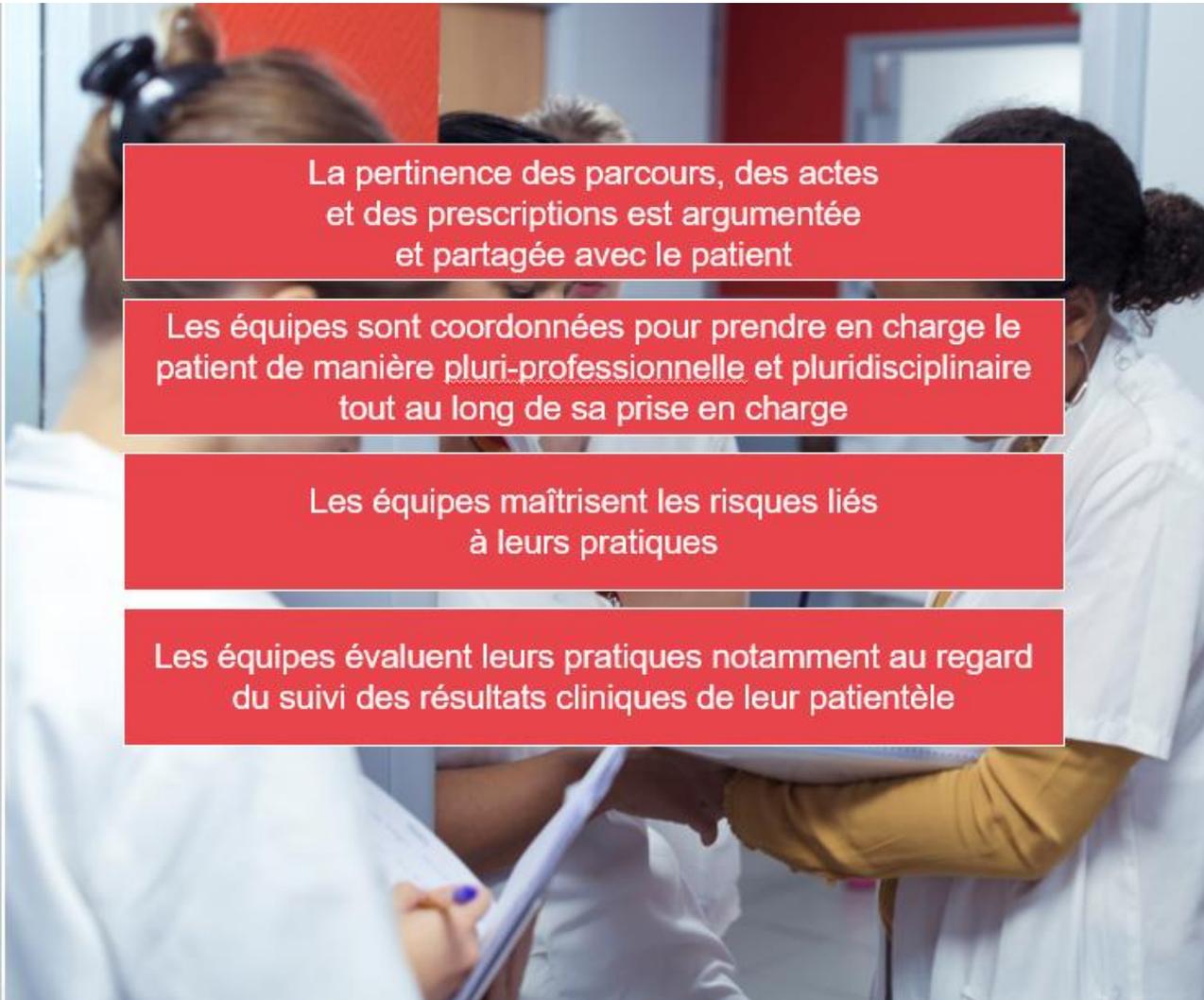
## Un chapitre consacré au résultat

- > 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



La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et partagée avec le patient

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri-professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

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

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

# Le référentiel de certification

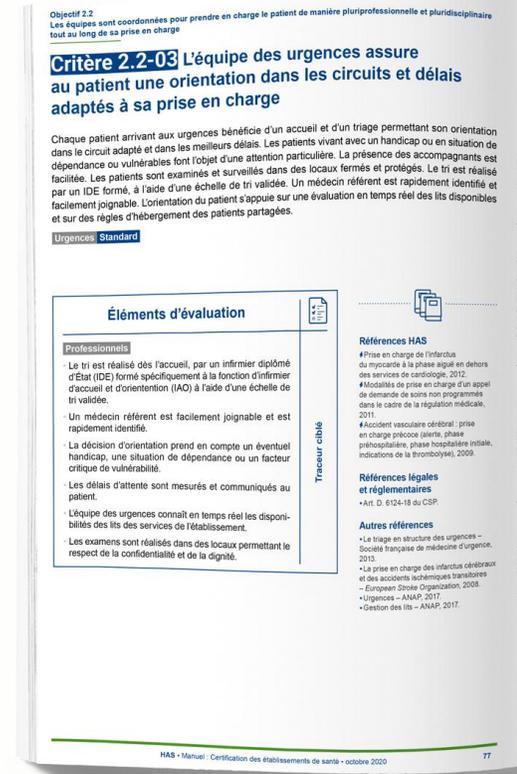


LE MANUEL

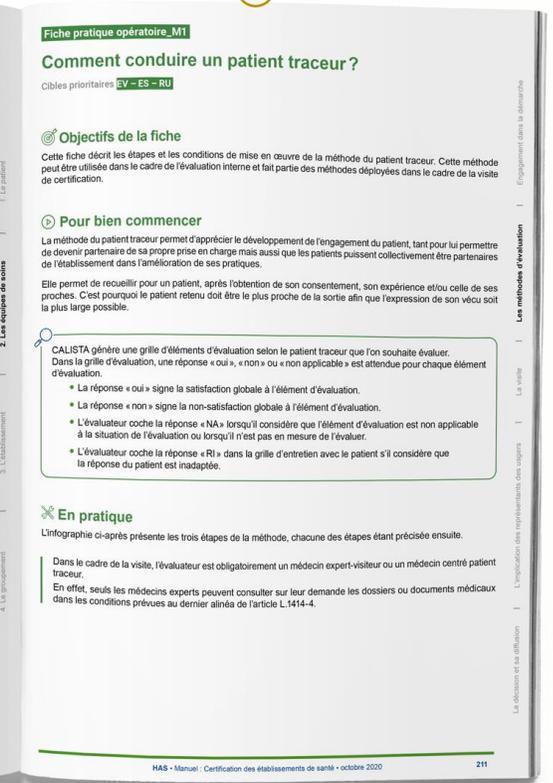
## Référentiel



## Fiches critères



## Fiches pratiques



# Les fiches critères

Objectif 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	
<p><b>Professionnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.</li><li>Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.</li><li>La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.</li><li>Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.</li><li>L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.</li><li>Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.</li></ul>	<p><b>Traceur ciblé</b></p>
	<p><b>Références HAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>#Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.</li><li>#Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.</li><li>#Accident vasculaire cérébral - prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolysée), 2009.</li></ul> <p><b>Références légales et réglementaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Art. D. 6124-18 du CSP.</li></ul> <p><b>Autres références</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Le triage en structure des urgences – Société française de médecine d'urgence, 2013.</li><li>La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires – European Stroke Organization, 2008.</li><li>Urgences – ANAP, 2017.</li><li>Gestion des lits – ANAP, 2017.</li></ul>

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

## TYPES DE CRITÈRES

### 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

### Une évaluation de certification priorisée

(17)\*

#### IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus voir"

(109)

#### STANDARD

Les attendus

(5)

#### AVANCÉ

Les standards de demain

# 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 événements 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



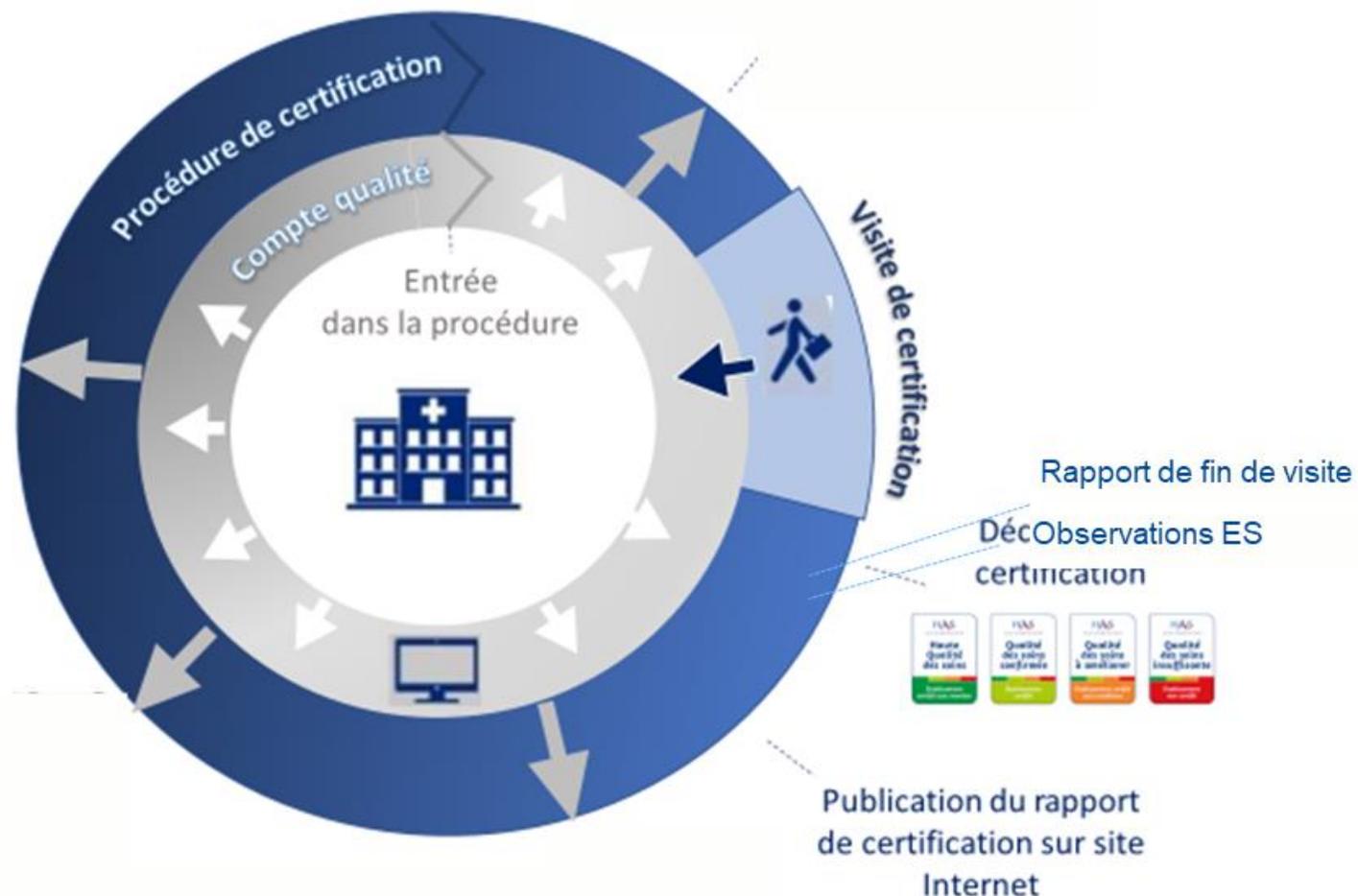
**Observations**

# Une semaine de visite avec nos experts-visiteurs



# Le cycle de la certification

**La culture qualité :  
une recherche  
d'amélioration  
continue**



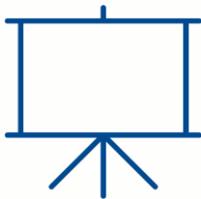
# Le déroulement de la visite



Des échanges plus sur le terrain selon un calendrier partagé avec l'ES



Des briefs réguliers



Restitution de visite

# Des briefs et debriefs réguliers



Bilan d'étape journalier : Retour sur les évaluations de la veille



Point calage du calendrier du lendemain



Un bilan de fin de visite à la gouvernance et aux représentants des usagers



Une restitution plénière

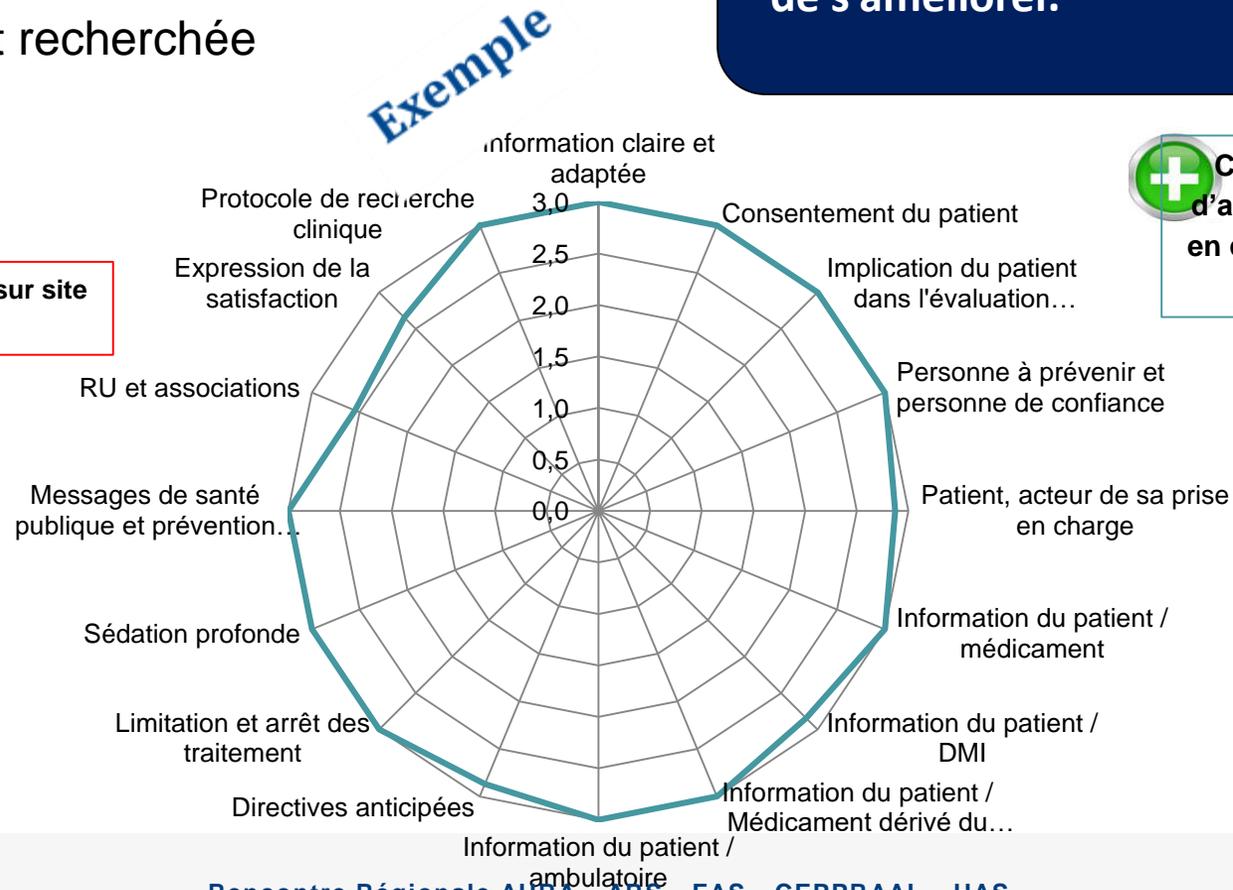
# Visualisation des résultats



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.

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**

## 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

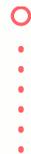
## Etape finale : La décision de la Commission de certification

et le rapport de certification





# Quels grands enseignements



# Au 31 mars : 51 visites en AURA

## 6 pilotes :

- Clinique Lyon Champvert (69)
- Centre Hospitalier le Vinatier (69)
- CHU de Clermont Ferrand (63)
- Clinique des Vallées (74)
- Centre Hospitalier Étienne Clementel (63)
- Centre Hospitalier de Montluçon (03)

## Octobre :

- Clinique Saint Vincent de Paul (69)
- Hôpital Privé Natecia (69)
- Clinique FSEF Grenoble la Tronche (38)
- Clinique Saint Vincent de Paul (38)
- Centre de convalescence Château de Bon Attrait (74)
- CH Cœur du Bourbonnais (03)
- Polyclinique la Pergola (03)
- CH de Bourbon l'Archambault (03)
- GCS Clinique Herbert (73)

## Janvier :

- CH de Vichy (03)
- CH Sainte Marie (07)
- CHU de Saint Etienne (42)
- CH de Valence (26)

## Septembre :

- Clinique la Parisière (26)
- CH Sainte Marie du Puy en Velay (43)
- Clinique Ternel (69)
- Hôpital Privé Pays de Savoie (74)
- Clinique de l'Ouest Lyonnais (69)
- ATRIR - Clinique les Rieux et USLD les Fongères (26)
- Polyclinique du Beaujolais (69)
- Centre Hospitalier Paul Ardier (63)

## Novembre :

- Centre de réadaptation de Maurs (15)
- Centre d'hospitalisation de Chanat (63)
- CH de Thiers (63)
- Korian le Balcon Lyonnais (69)
- Centre médical infantile de Romagnat (63)
- CHS Interdépartemental d'Ainay le Château (03)
- Hôpital Local le Mont Dore (63)
- CRF Saint Vincent de Paul (38)

## Février :

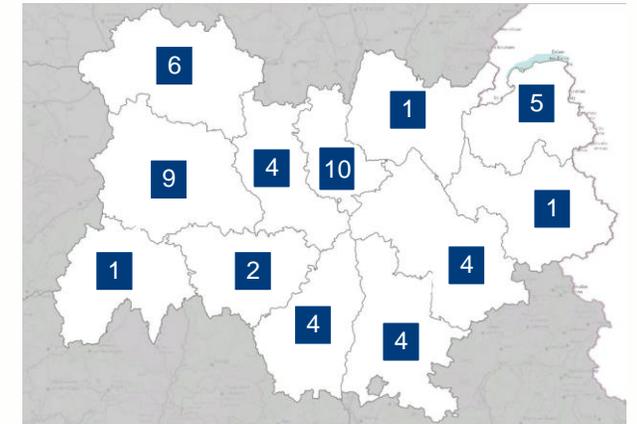
- Hôpital de Tournon (07)
- CH Drôme Vivarais (26)
- Centre médical d'Oussoulx (43)
- CH Alpes Léman (74)
- CH Ardèche Nord (07)

## Décembre :

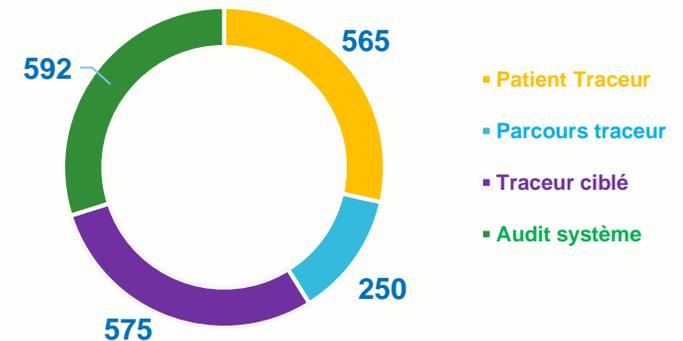
- Clinique Emilie de Vialar (69)
- Centre médical des 7 collines (42)
- HAD Clinidom Clermont Ferrand (63)
- GH mutualiste de Grenoble (38)
- Clinique de Chatillon (01)
- USLD les Hibiscus (69)

## Mars :

- CH Guy Thomas (63)
- La Musardière (42)
- HL Fernand Lafont (07)
- CH de Roanne (42)
- EPSM 74 (74)



## 1982 méthodes réalisées



221 EV dont 35 Médecins Patient Traceur

Certification avec mention - Certification - Certification sous conditions

# Des débuts encourageants...

Surprenant mais agréable, plus d'échanges que dans les versions précédentes, ces échanges relatent la vraie vie

« Réunion de deux mondes, une convergence se fait entre la certification et l'intérêt que les professionnels perçoivent dans leur pratique quotidienne »

Président de CME

« Les professionnels ont valorisé leur travail car les évaluations se font proche du terrain » « La venue en cours de visite d'un médecin dédié aux patients traceurs est un point fort »

Médecin

**Intéressant, bienveillant, fluides, les questions sont adaptées**

Pour une fois qu'un EV parle notre langue. On est passé de l'inspection à l'analyse des résultats

« C'est une analyse de terrain qui fait remonter les éléments qu'on ne voit plus au fil des mois, voire des années. »

Directrice des soins

« Méthodes porteuses de sens. Les professionnels comprennent la finalité » « Cette version allège la préparation, la multitude des évaluations intensifie les échanges, il n'y a plus de maquillage possible, je m'en réjouis ! »

Directeur

**On comprend, et ça valorise notre travail**

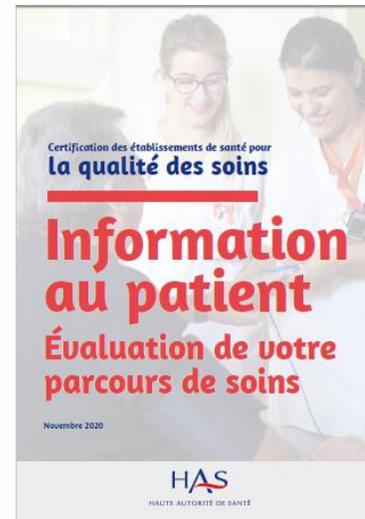
**Une restitution lisible sur les points forts et axes d'amélioration.**

# 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



# Enquête de satisfaction BVA

⇒ Disposer d'une étude quantitative auprès des ES et des EV avec une représentation robuste des perceptions de la satisfaction des différentes cibles ES dont les RU, et les EV sur la certification Qualité des Soins

## **ES ayant eu une visite CQSS entre septembre 2021 et juin 2022 (500 ES) :**

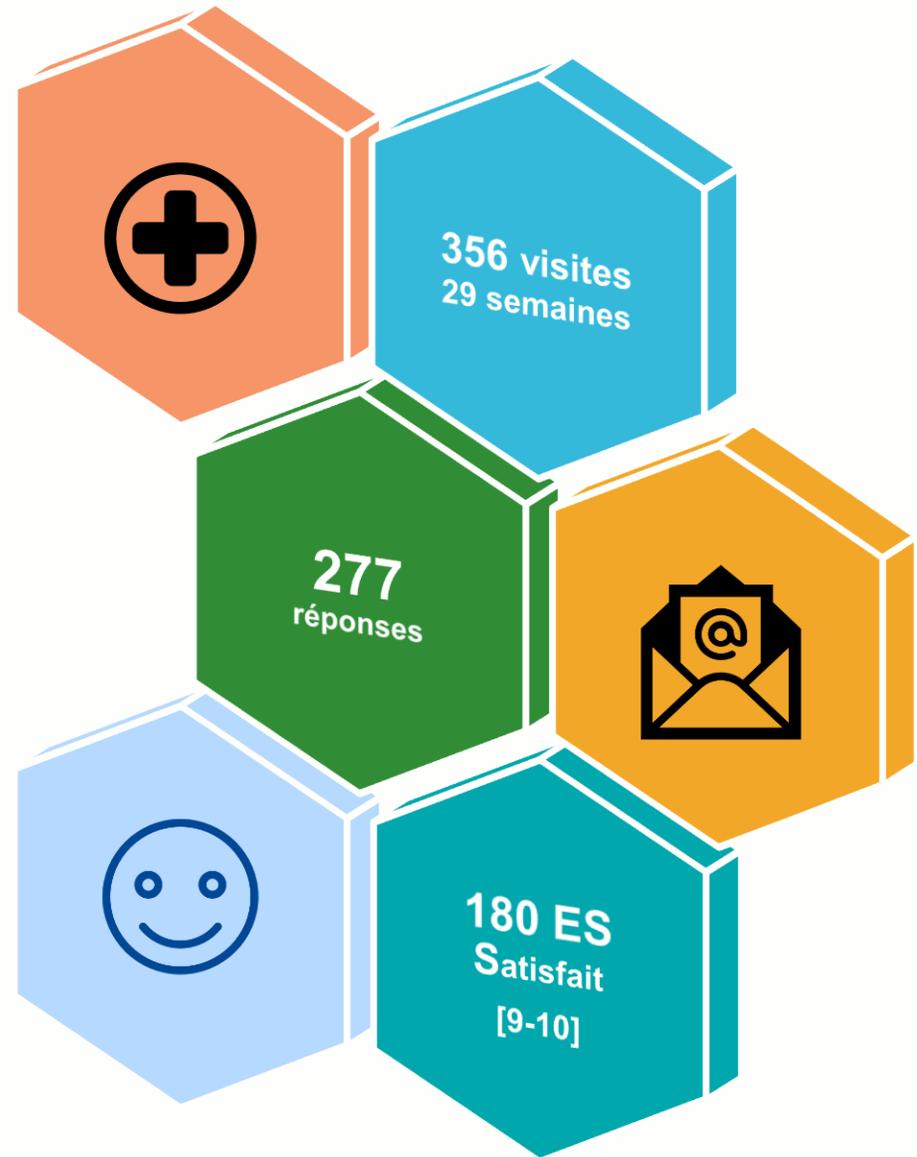
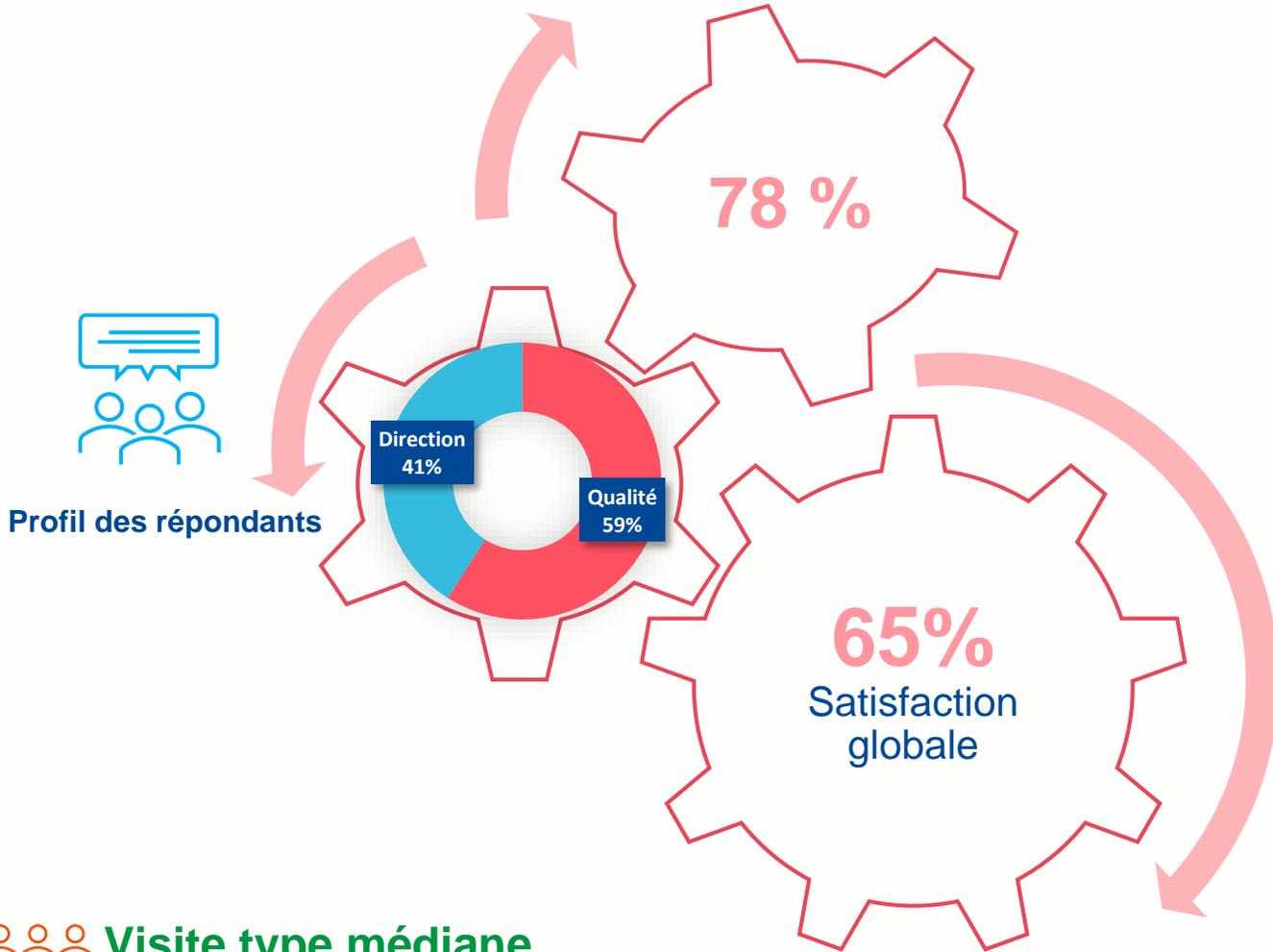
- ✓ Adhésion aux ambitions et enjeux de la certification,
- ✓ Perception de la CQSS de manière globale et détaillée : procédure, référentiel, visite, annonce de la décision en permettant la comparaison avec la V2014,
- ✓ Appréciation générale : levier d'amélioration de la qualité, outil managérial

## **EV ayant réalisé des visites de certification CQSS :**

- ✓ Adhésion au dispositif et aux valeurs portées,
- ✓ perception des évolutions de la fonction d'EV,
- ✓ Appréciation du dispositif d'information-formation...

# Questionnaire de satisfaction post-visite

## Taux de réponse des ES au 20/04/2022



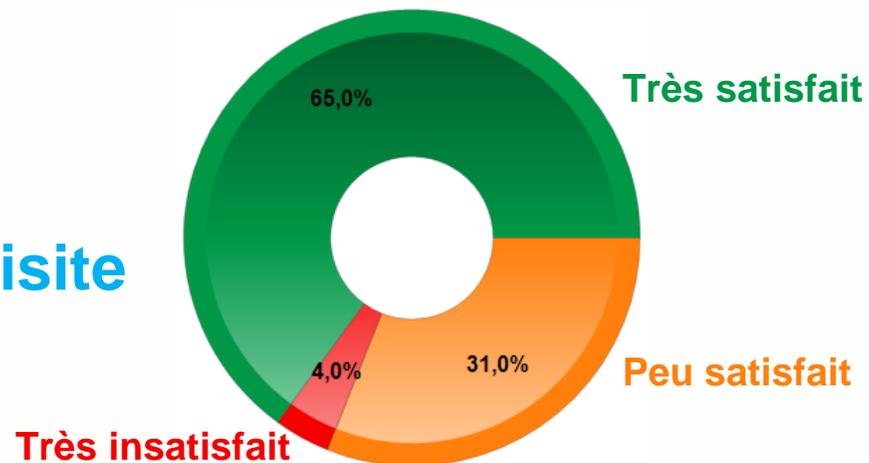
Visite type médiane

~~MPT~~

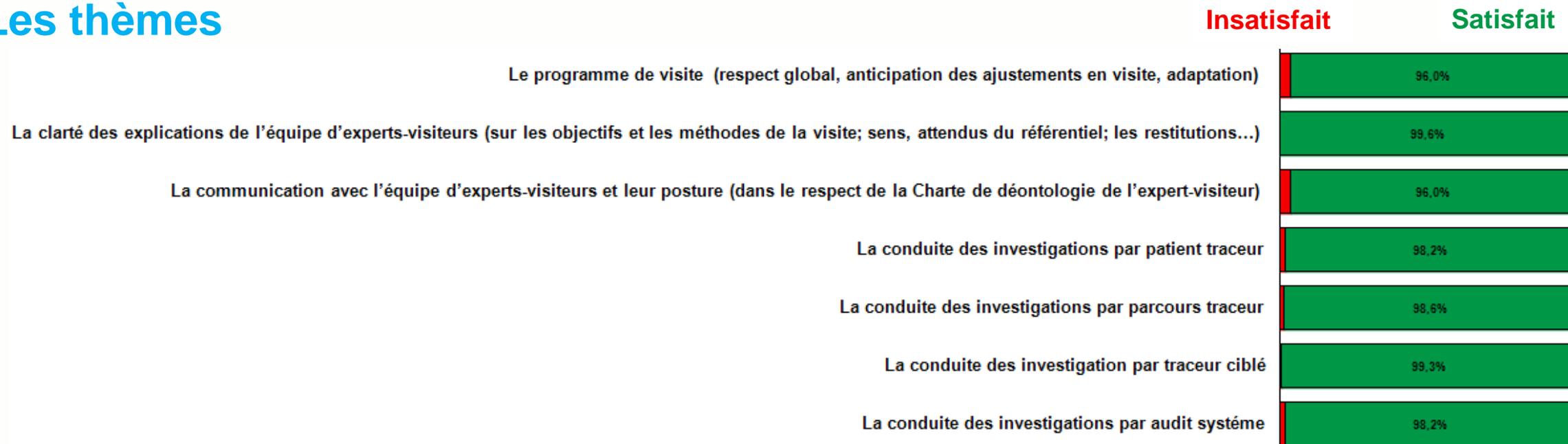
The text 'Visite type médiane' is in green. Below it, there are four calendar icons and the text 'MPT' in green, which is crossed out with a red diagonal line.

# Satisfaction en détail

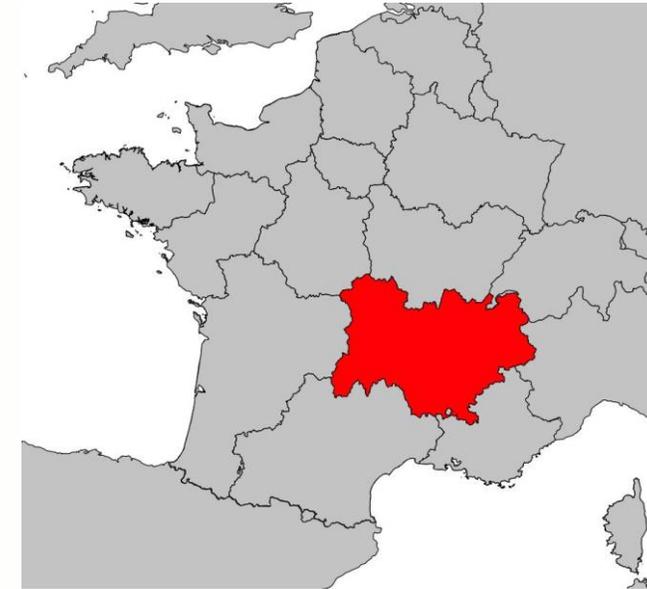
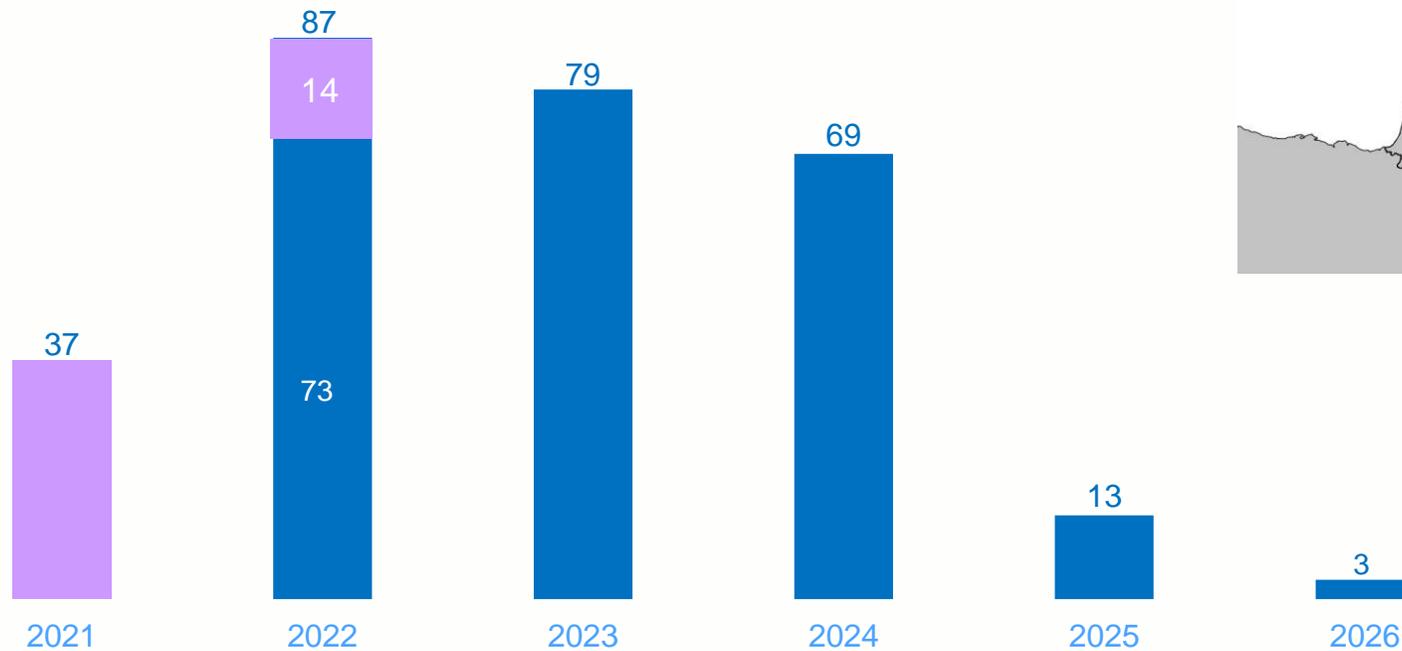
## Le déroulement de la visite



## Les thèmes



# Calendrier des visites



Visites réalisées – visites programmées

# Experts-visiteurs



**73** experts-visiteurs en AURA,  
dont 26 médecins et 9 médecins patient-traceurs

## 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 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ V2020

## Choix pour un médecin



Expert-visiteur



Médecin Patient traceur

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



- + 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.



- + 2 jours de visite par an.

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



- + 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.



- + 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)



# Retours d'expérience d'établissements de la région

Table ronde

## SSR Château de Bon Attrait

**Frédéric CANIS** : directeur

**Catherine AVÊQUE** : médecin Coordinateur MPR,  
Référént National

**Amélie DORION** : référente Qualité Clinea

**Amélie GILLET** : docteur en pharmacie

**Stéphane LANFANT** : cadre de santé

**Josette MASSON** : représentante des usagers

**Catherine PATOUT** : aide-Soignante - Référente  
Expérience Patient

## CH le Vinatier

**Laurent BEAUMONT** : directeur qualité

**Alexandre FANGUIN**, directeur des soins adjoint

## CH de Montluçon

**Bernadette MALLOT**, directrice

**Lucille BREYSSE**, directrice adjointe  
chargée de la qualité

**Annie AUXIETRE**, représentante des usagers

**Véronique PANAUD**, CSS Pole soins critiques

# Retours d'expérience d'experts-visiteurs

M. Patrick Méchain – Coordonnateur

Dr Guillaume Plaquevent – médecin patient traceur

# L'accompagnement en région

**Perrine Van Straaten** – directrice CEPPRAAL

**Michel Sabouret** – Représentant des usagers France Assos Santé  
ARA

# Le CEPPRAAL : pour vous accompagner en région en collaboration avec France Assos Santé

# Démarche d'amélioration continue

---



# Complémentarité des regards



# Implication des usagers

---

Usagers partenaires des établissements

Implication des représentants des  
usagers

Patients partenaires

# Implication des usagers

---

## **De façon permanente**

- les R U sont associés en permanence dans le développement de la démarche continue d'amélioration de la qualité

## **Lors de la visite de certification**

- contribue à la transparence de la procédure et favorise la confiance en la certification.
- participe à l'ouverture d'un nouvel espace de dialogue et d'information lié à la démarche qualité et sécurité des soins et à la promotion des approches centrées sur le patient.
- renforce les droits collectifs et individuels des usagers.



# Enjeux pour les équipes

---

Ne pas multiplier les méthodes

Utiliser le(s) bon(s) outil(s), avec la bonne équipe

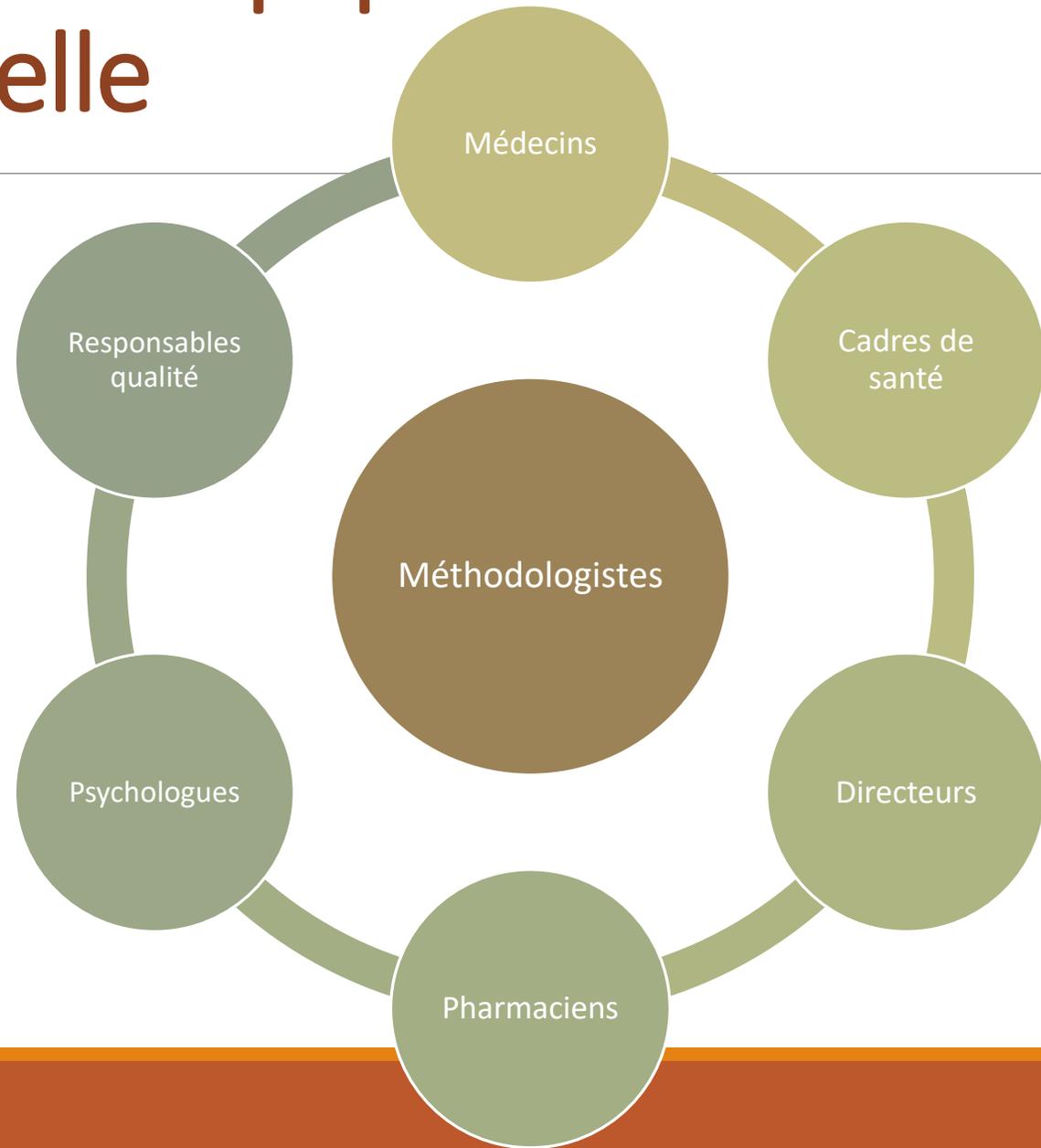
=> Choix en fonction de

- Votre problématique
- Votre contexte
- L'envie et la maturité de l'équipe
- La dynamique

# Le CEPPRAAL – une équipe pluriprofessionnelle

---

Une équipe de coordination / des personnes ressources



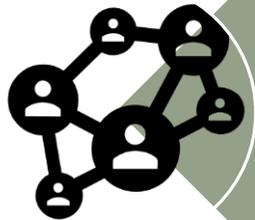
# L'accompagnement du CEPPRAAL



FORMATION



ACCOMPAGNEMENT / CONSEIL

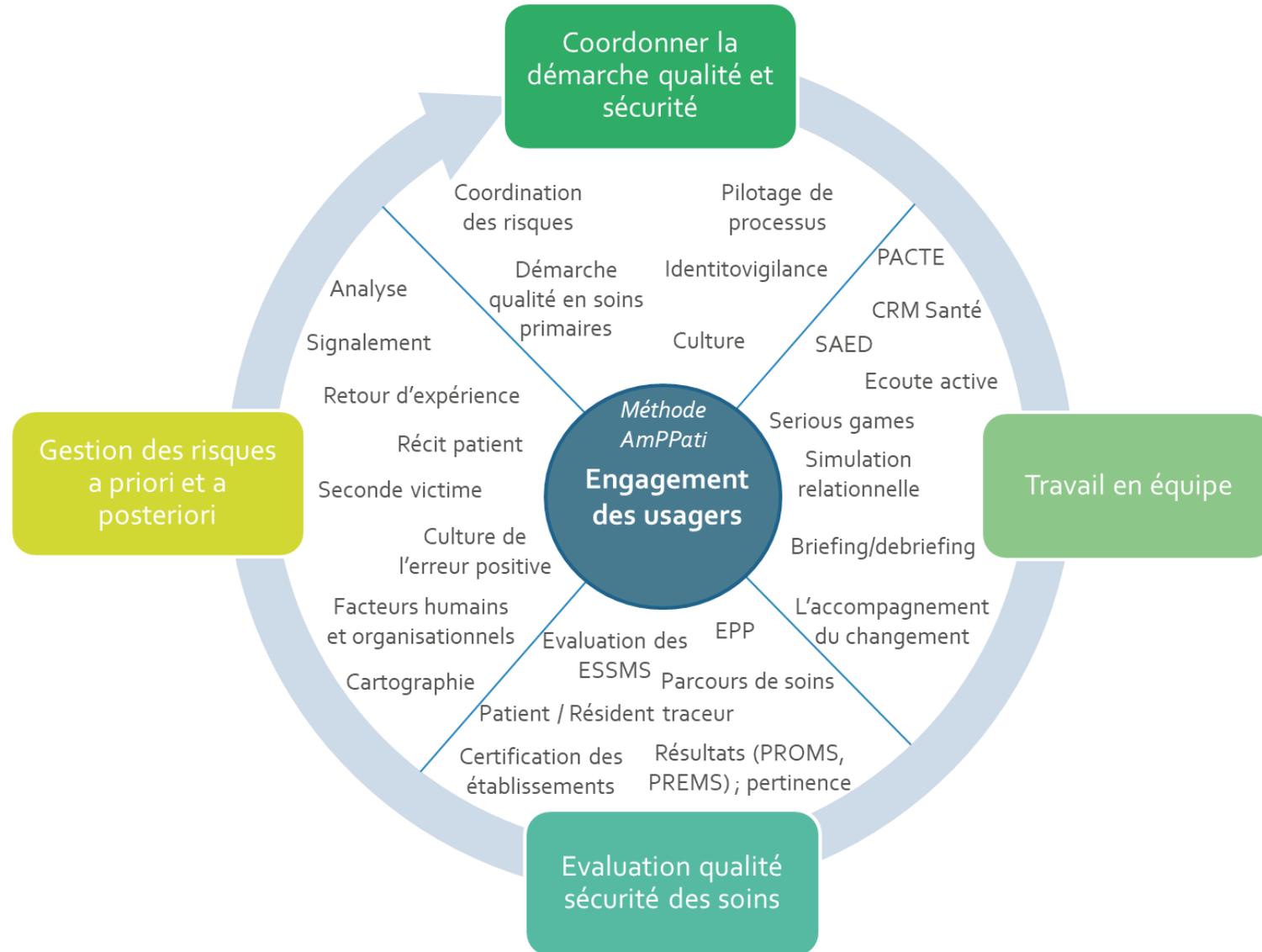


CO-CONSTRUCTION RESEAU  
COLLABORATIF

# Gouvernance

# Coordination

# Opérationnel



Gestion de projet

Communication

Conduite du changement

# Accompagnement à la certification

## ① Aide au cadrage de la préparation de la Certification

Objectif	Définir la méthode de préparation de la certification la plus adéquate pour l'établissement	1 jour
Public	Gouvernance et équipe qualité	
Durée et contenu	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Présentation des enjeux et du cadre général de la démarche de certification (2h)</li><li>→ Réalisation d'un diagnostic (visant à définir quelle est l'organisation la plus adéquate) (1/2 journée)</li><li>→ Aide à la structuration de l'organisation (1/2 journée)</li></ul>	

## ② Valorisation de la démarche d'amélioration continue dans la procédure de Certification

Objectif	Accompagner les pilotes opérationnels dans la phase de préparation de la certification	+/- 2 jours selon établissement
Public	Pilotes opérationnels	
Durée et contenu	<p>Accompagner les pilotes opérationnels afin qu'ils soient en capacité de</p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ décrypter le référentiel personnalisé de l'établissement</li><li>→ faire le lien avec les éléments de la démarche continue d'amélioration (IQSS, analyse des EI, gestion documentaires, EPP...)</li><li>→ mettre en œuvre des actions d'amélioration</li><li>→ mobiliser les équipes de terrain</li></ul>	

# Rendez-v'outils

« RENDEZ-V'OUTILS du CEPPRAAL »

Retrouvez notre rendez-vous gratuit et mensuel  
dans sa nouvelle formule



- Décryptage d'un outil ou d'une méthode en lien avec la procédure d'évaluation
- Suivi d'une heure d'échange (adhérents uniquement)

CEPPRAAL – [contact@ceppraal-sante.fr](mailto:contact@ceppraal-sante.fr) – 04 72 11 54 60



## Une visioconférence

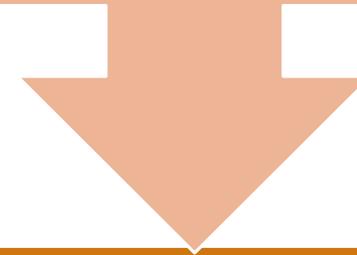
- ✓ mensuelle
- ✓ ouverte à tous les acteurs de santé
- ✓ d'une courte durée (45 min)
- ✓ pour décrypter un outil d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins
- ✓ et pour répondre à vos questions

**Suivie par 1h d'échanges avec nos adhérents**

# Conclusion

---

Privilégier un changement durable des pratiques plutôt qu'un travail ponctuel (certification ou audit) pour viser une démarche qualité/sécurité optimale



Complémentarité des regards usagers-professionnels

Instaurer une démarche qualité sécurité co-construite avec les acteurs de terrain permettant de satisfaire la certification ou l'évaluation et le recueil d'indicateurs

# Synthèse et conclusion

Véronique Chaudier-Delage – Direction de l'offre  
de soins ARS ARA