Rencontre régionale PACA
Nouvelle Certification HAS

Mardi 5 avril 2022

Rencontre régionale PACA animée par le Professeur Stéphanie GENTILE

Professeur agrégé de Santé Publique

Chef du service d'Evaluation Médicale de l'APHM

Médecin coordinateur de la Structure Régionale d'Appui PASQUAL

Information

- **260 établissements sanitaires** en **PACA** concernés par la démarche de certification.
- **Plus de 400 personnes inscrites** à la rencontre régionale PACA
- Plus de **200 établissements sanitaires** inscrits

Information

Nous vous remercions de **scanner le QR code ou de cliquer sur le lien** affiché dans le **chat** afin de compléter vos coordonnées :

10h00 **Agence Régionale de Santé PACA - Ouverture**

Anthony VALDEZ – Directeur de la Direction de l'Organisation des Soins

10h10 **HAS - Ouverture, enseignement des 1ères visites & ajustement du dispositif de certification**

Loïc KERIBIN – Adjoint à la Cheffe du service de certification des établissements de santé

10h35 **France Assos Santé PACA**

Positionnement et accompagnement auprès des représentants des usagers sur la nouvelle certification

Thomas Roux, Coordinateur Régional France Assos Santé PACA

Questions / réponses

Serge OSTRIC, Représentant des usagers de l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille

11h05 **Retours d'expérience des établissements en région PACA**

Clinique SSR Korian les Hellenides à Contes

Retour d'expérience suite à la visite de certification

Emeline VIENS VIALETTES, Directrice d'établissement

Marie-Pierre ICARDI, Cadre de santé

11h20 **Regard sur le PACTE, Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe**

Dr Pierre BARNAY - Cardiologue interventionnel à l'Hôpital Européen à Marseille

Catherine THEVENOT - Cadre du pôle de cardiologie à l'Hôpital Européen à Marseille

Chérifa NIMAL - Directeur Pôle Domicile à l'Hôpital Saint Joseph à Marseille

11h40 **Retours d'expérience des Experts Visiteurs**

o Pierre PORTIGLIATTI, Directeur de la Clinique SSR de l'Angelus à Marseille

Expert visiteur, point de vue d'un coordonnateur

o Raha SHOJAI, Gynécologue obstétricien à la Maternité l'Etoile à Aix-en-Provence

Expert Visiteur, regard d'un médecin Patient Traceur

12h10 **Présentation de la SRA PASQUAL, comptoirs qualité, outils et groupes de travail FORAP**

Pr Stéphanie GENTILE – Médecin coordonnateur PASQUAL

Dr Sophie TARDIEU – Praticien Hospitalier, Chargée de mission qualité PASQUAL

12h25 **Questions / réponses**

12h35 **Agence Régionale de Santé PACA - Mot de clôture**

Geneviève VEDRINES – Directrice adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

ARS PACA

Ouverture

Anthony VALDEZ

Directeur de la Direction de l'Organisation des Soins

Haute Autorité de Santé

Ouverture & point d'étape sur le déploiement du dispositif de certification pour la qualité des soins

Loïc KERIBIN

Adjoint à la Cheffe du service de certification des établissements de santé

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

Professionnels de santé

Représentants des usagers

Fédérations hospitalières

Qualiticiens

Experts-visiteurs

Usagers

Institutions

Directeurs d'établissement

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

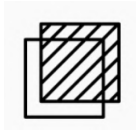
ADAPTATION
AUX ÉVOLUTIONS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

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 :

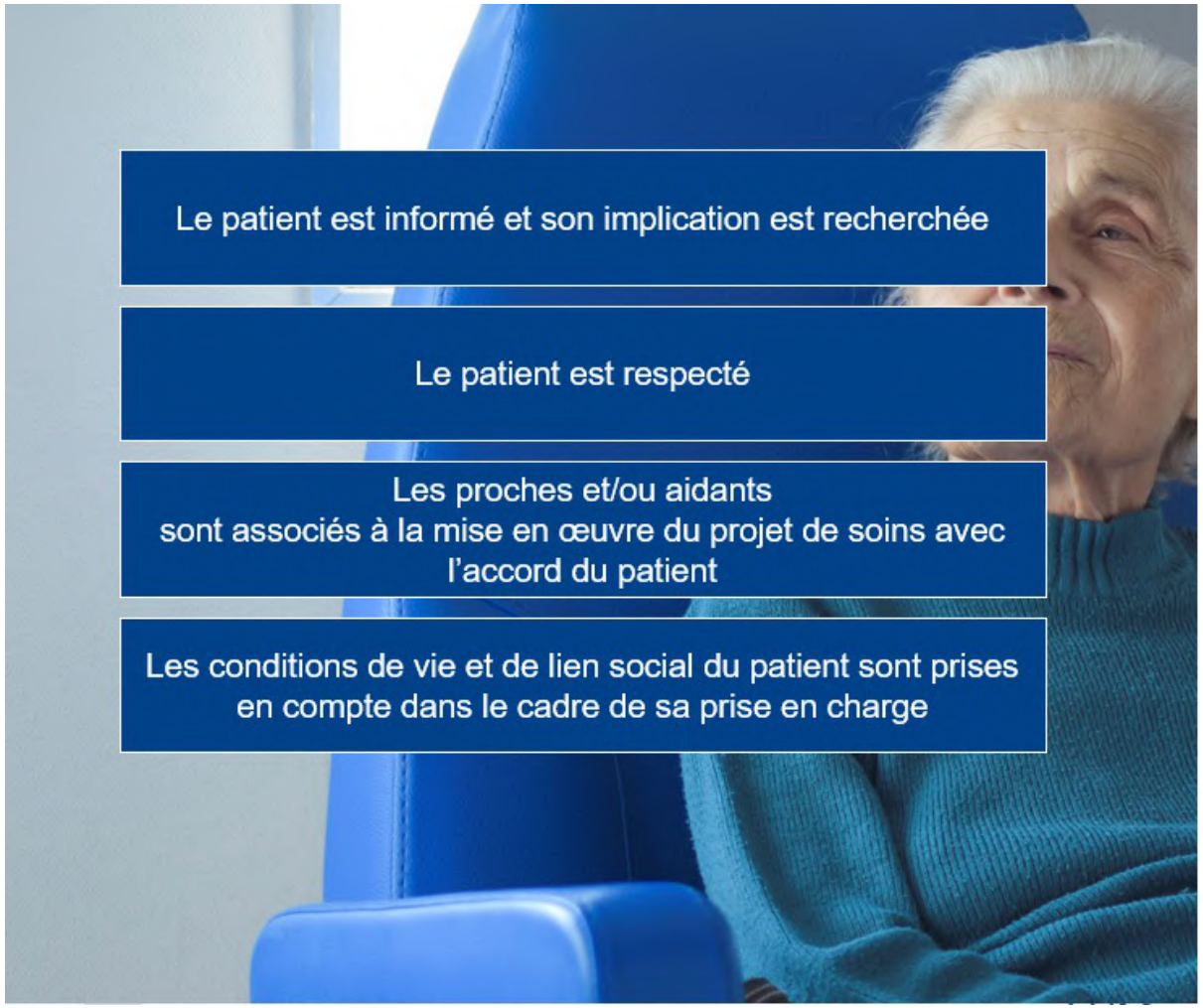
15 objectifs

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Chapitre 1 : Le patient



Un chapitre consacré au résultat

-> Promouvoir le recueil & l'exploitation

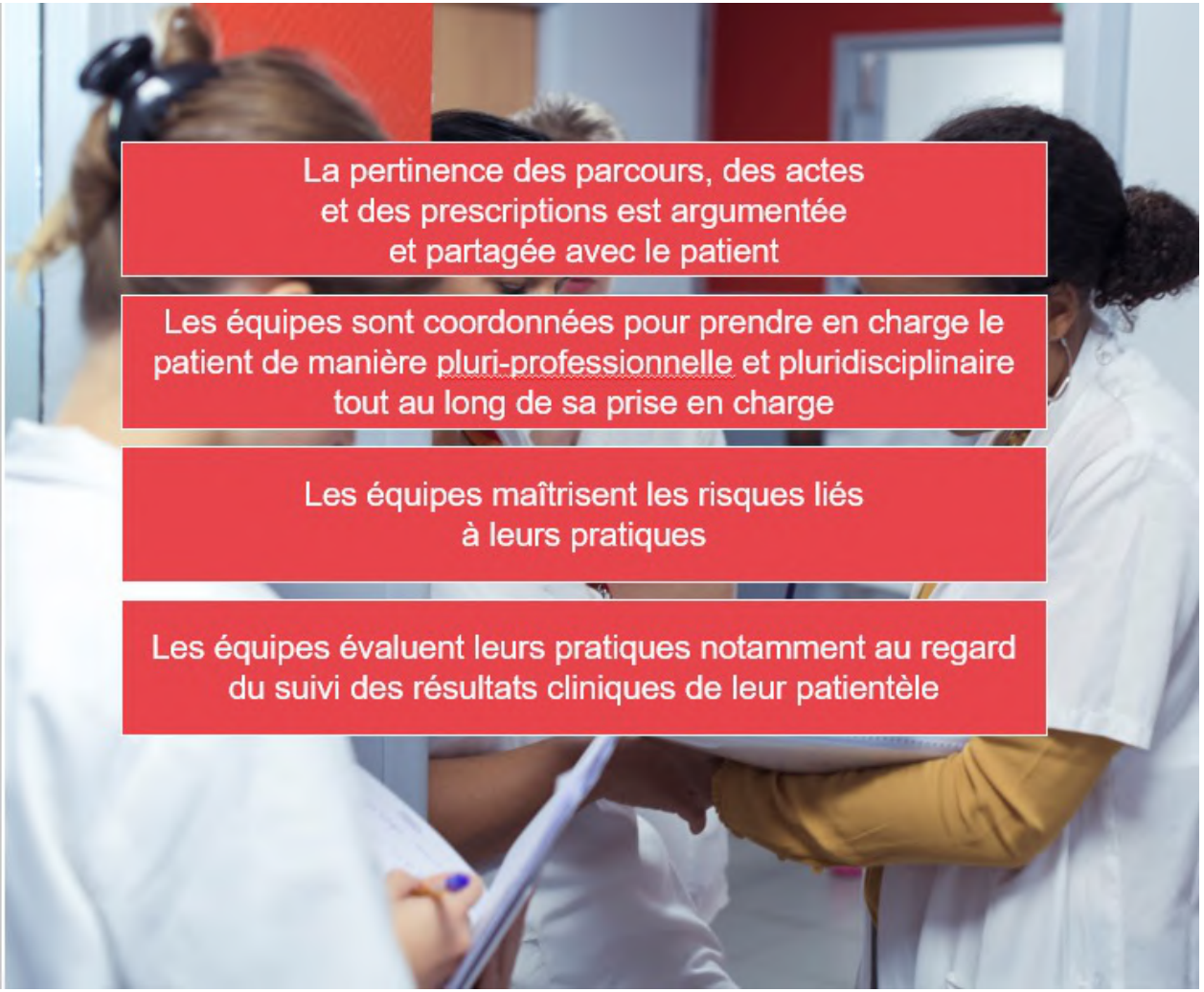
-> Soutenir la mobilisation de l'expression du patient

-> 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

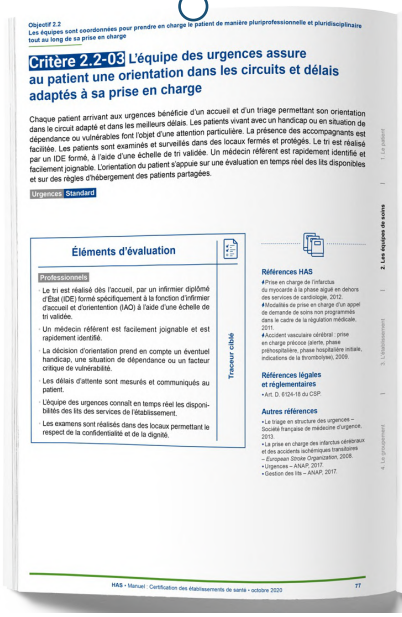
Un 3ème chapitre clé de voute de la qualité et de la sécurité des soins par un management global et fédérateur de la qualité

Le référentiel de certification

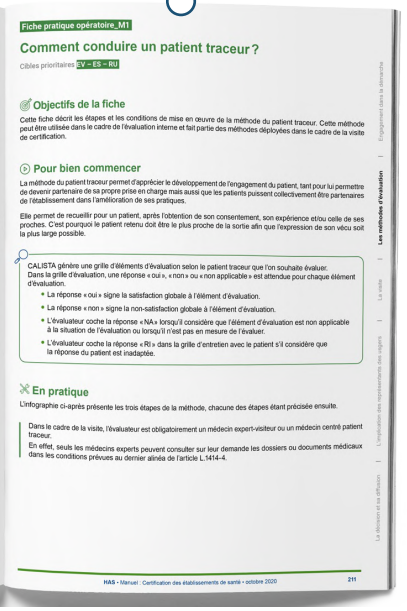
LE MANUEL

Référentiel

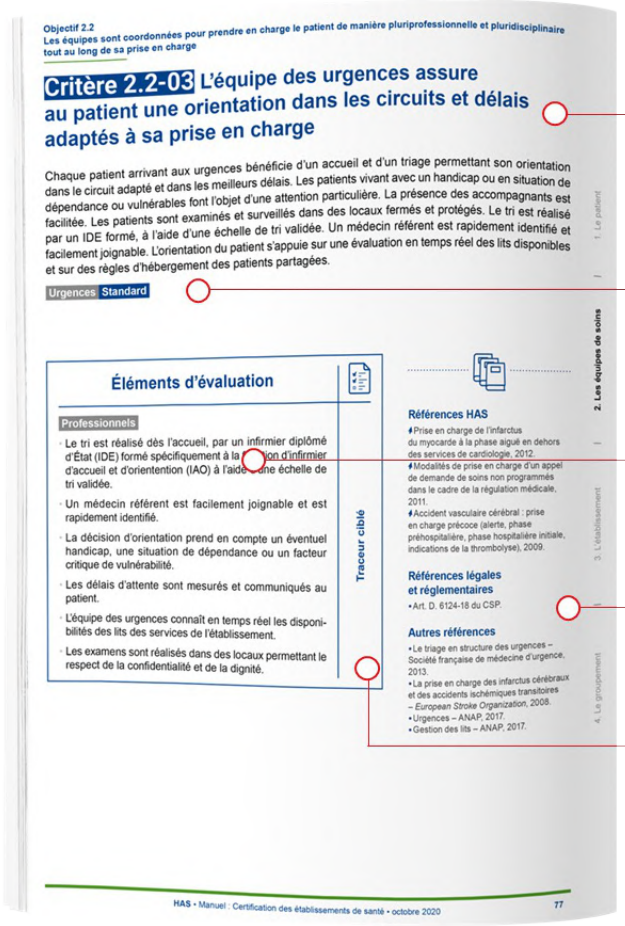
Fiches critères



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

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la [illegible]ion d'infirmier d'accueil et d'orientention (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.

Traceur ciblé

Références HAS

- 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 thrombolyse), 2009.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-18 du CSP.

Autres références

- Le 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 Organization*, 2008.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.

2. Les équipes de soins

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 évènements indésirables associés aux soins

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

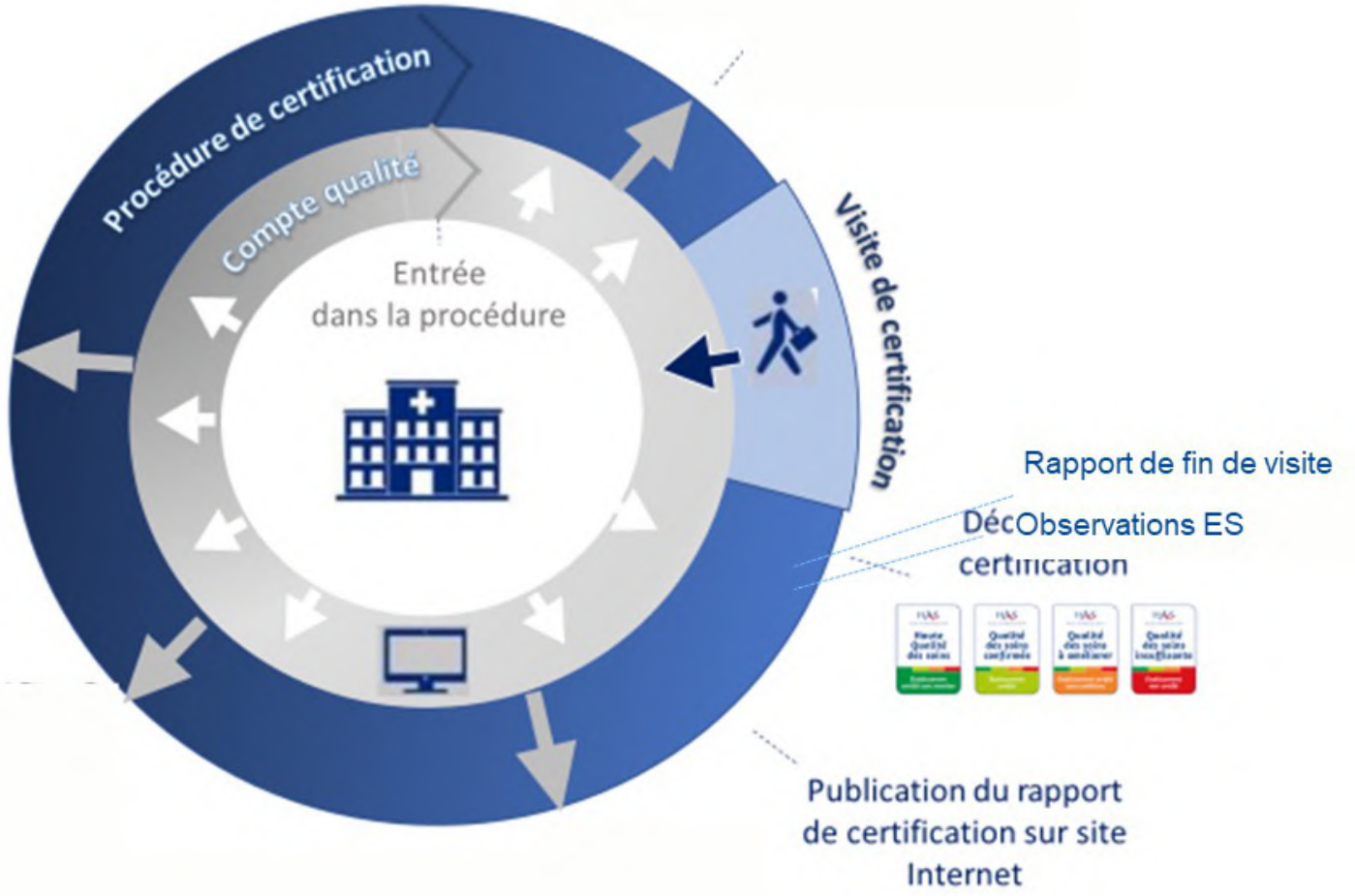
- o Les représentants des usagers
- o Les professionnels
- o La gouvernance :
  - ✓ Coordination territoriale & Engagement patient
  - ✓ Dynamique d'amélioration & Maîtrise des risques
  - ✓ Leadership & QVT + Travail en équipe

Observations

Une semaine de visite avec nos experts-visiteurs

Le cycle de la certification

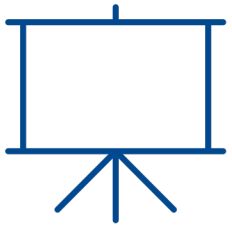
La culture qualité : une recherche d'amélioration continue



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

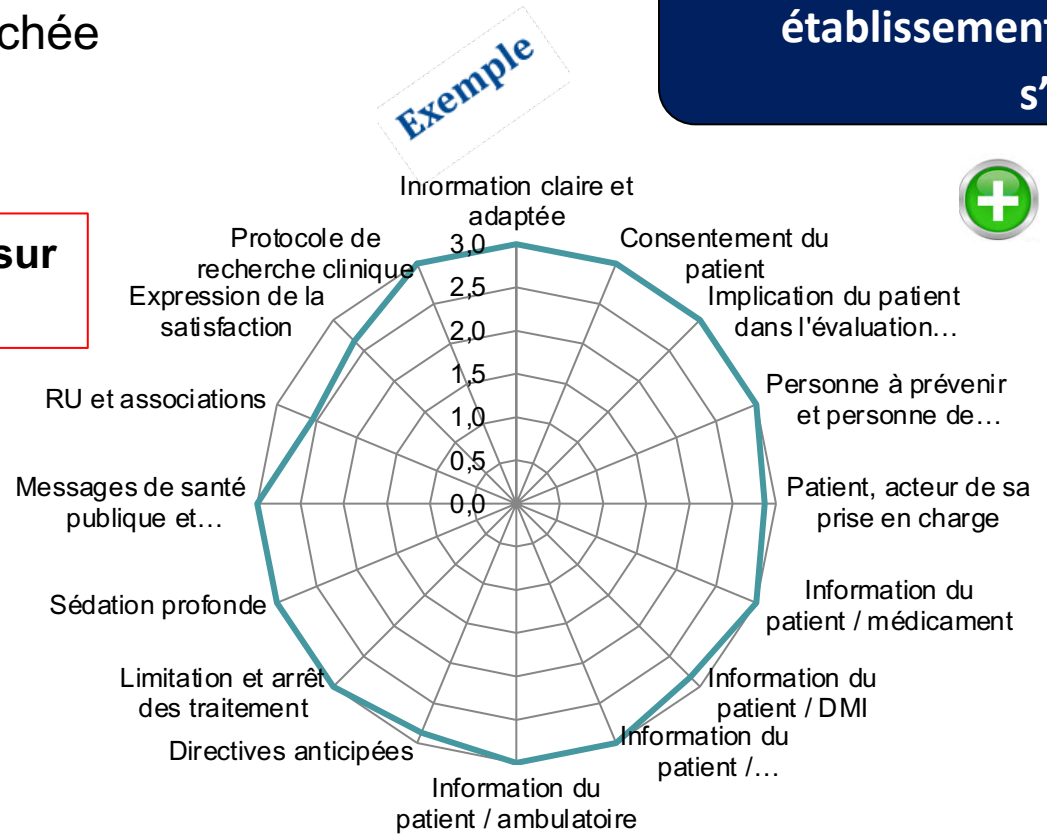
Visualisation des résultats

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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 ¾ 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

Quels grands enseignements

Au 28 février : 25 visites en PACA

Septembre :

- Association pour le traitement de l'insuffisance rénale (84)
- Korian les Hellenides (06)
- Korian Massilia les Pins (13)
- Centre les Acacias (05)

Novembre :

- Centre d'Action et de Libération des Malades Ethyliques (06)
- Maison de convalescence la Serena (06)
- Centre médical et diététique Provence Azur (13)
- Clinique Valfleur (13)
- Centre Saint Laurent (13)
- ATUP C Marseille (13)
- La Maison (13)

Janvier :

- AVODD (06)
- Polyclinique Urbain V (84)

Octobre :

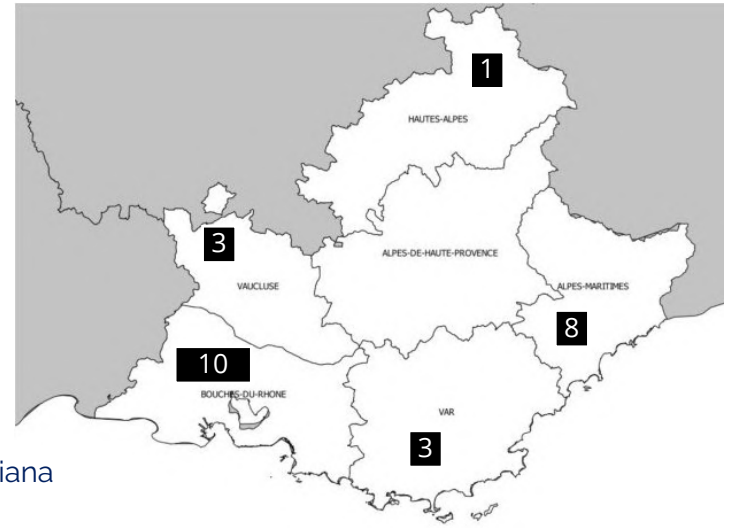
- Institut Paoli-Calmettes (13)
- La Maison du Mineur (06)
- Clinique du Méridien (06)

Décembre :

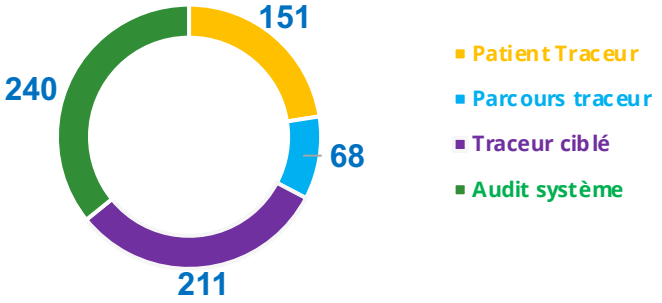
- Clinique les Esperels (83)
- Institut de Rééducation Fonctionnelle Pomponiana Olbia (83)
- Nephrocare Provence (13)
- Clinique la Bastide (83)
- Clinique Saint Luc (06)
- Clinique Villa Romaine (06)

Février :

- Clinique des trois Lucs (13)
- CH de Carpentras (84)
- Polyclinique du Parc Rambot (13)



670 méthodes réalisées



76 EV dont **5 Médecins Patient Traceur**

Certification avec mention - Certification

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

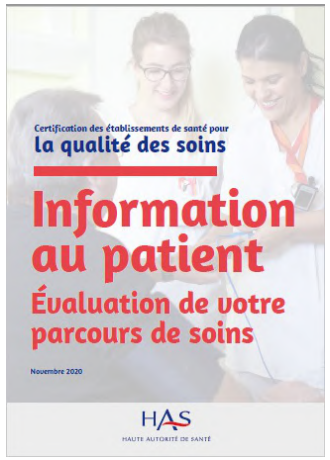
« Méthodes porteuses de sens. Les professionnels comprennent la finalité » « Cette version allège la préparation, la multitude des évaluations intensifie les échanges, il n'y a plus de maquillage possible, je m'en réjouis ! »
Directeur

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

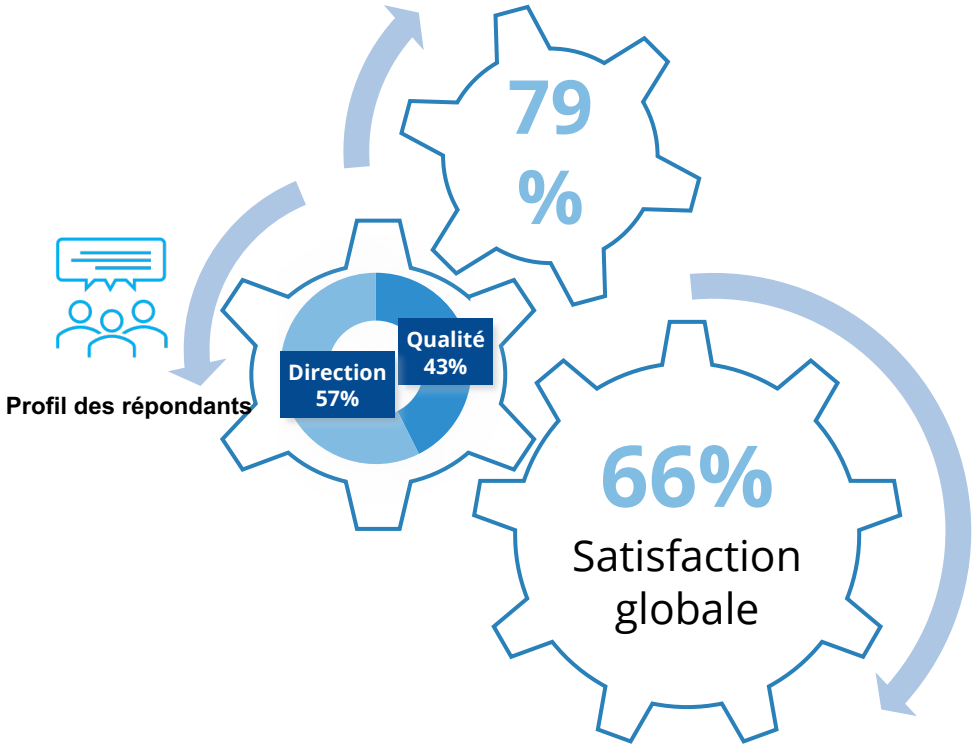
ES ayant eu une visite CQSS entre septembre 2021 et juin 2022 (500 ES) :

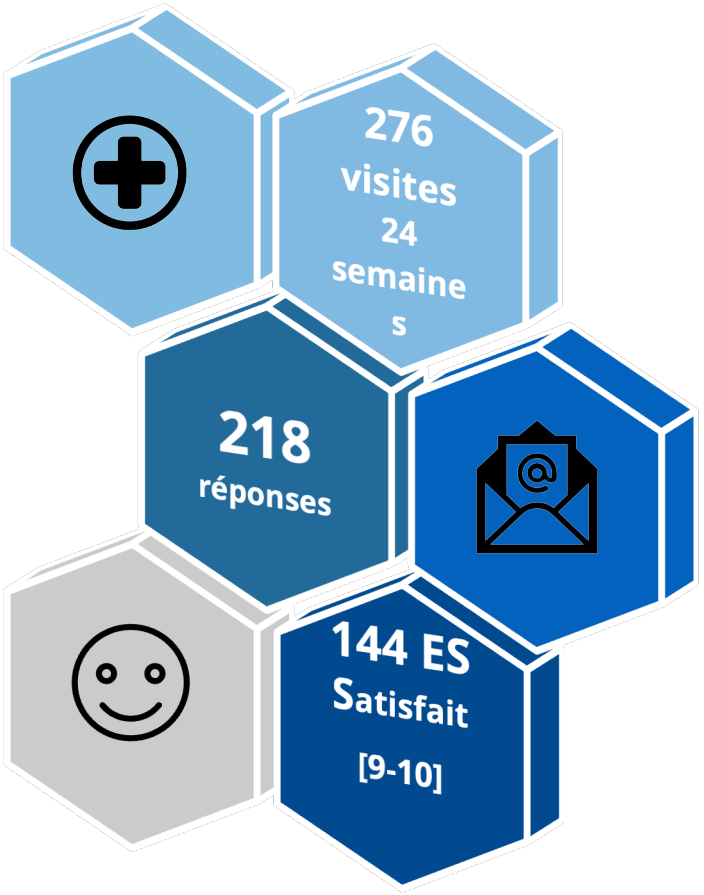
- ✓ Adhésion aux ambitions et enjeux de la certification,
- ✓ Perception de la CQSS de manière globale et détaillée : procédure, référentiel, visite, annonce de la décision en permettant la comparaison avec la V2014,
- ✓ Appréciation générale : levier d'amélioration de la qualité, outil managérial

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 15/03/2022



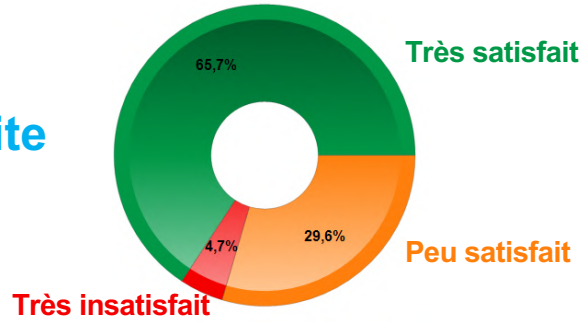


Visite type médiane

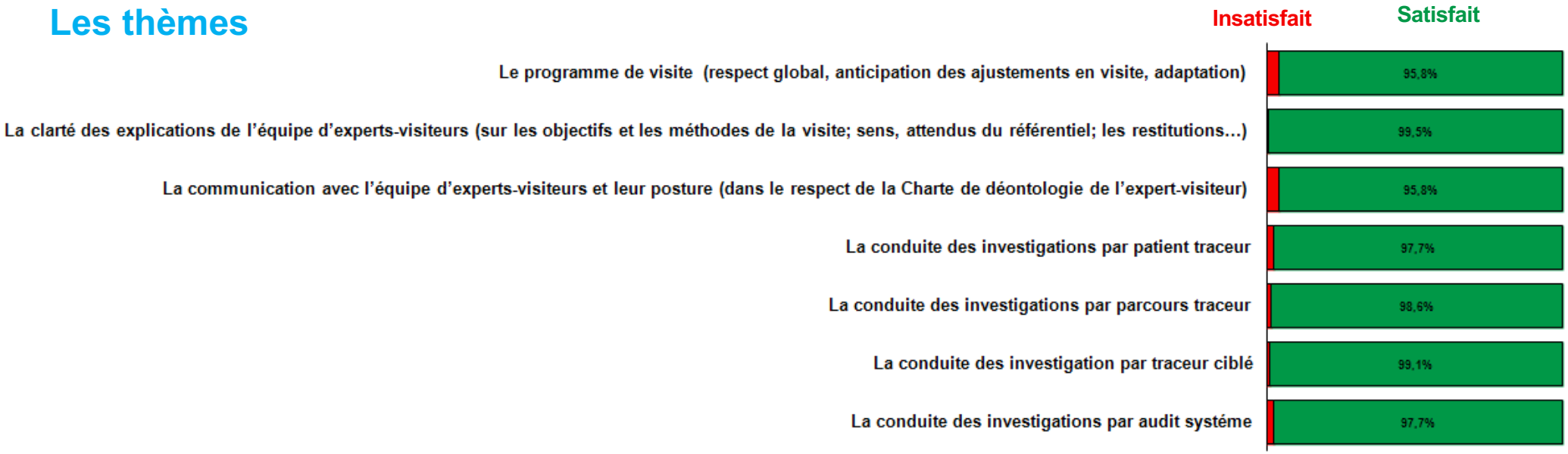
~~MPT~~

Satisfaction en détail

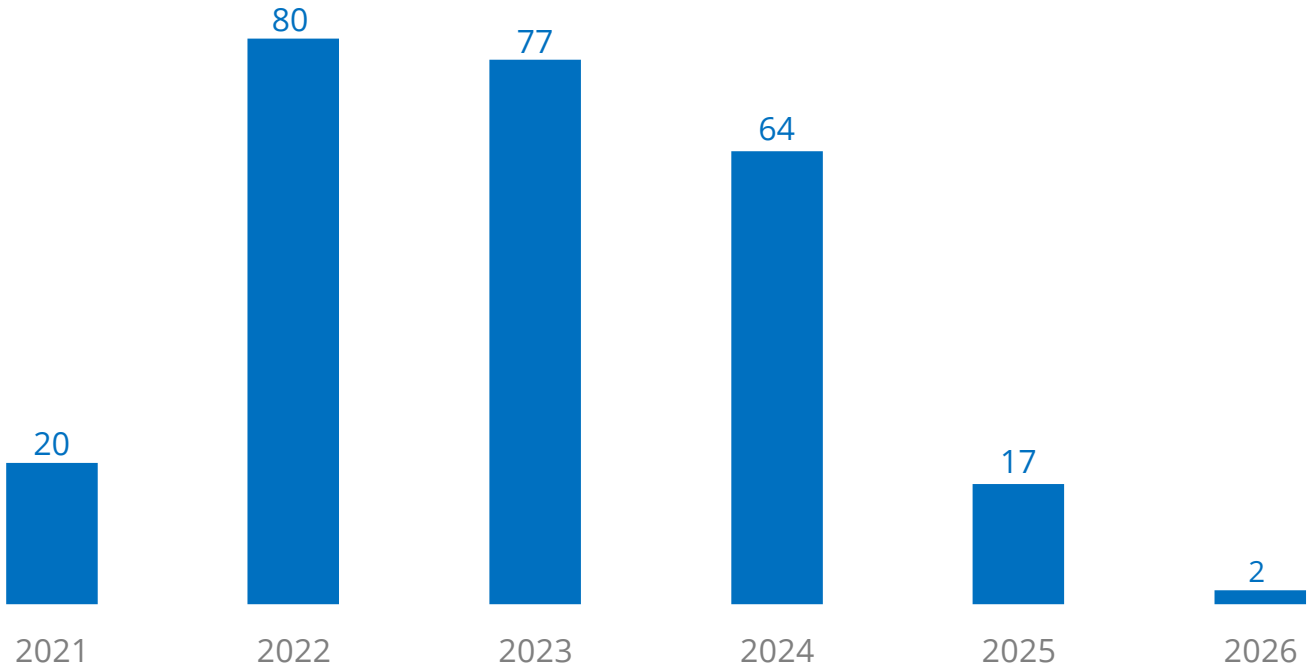
Le déroulement de la visite



Les thèmes



Calendrier des visites



Experts-visiteurs

84 experts-visiteurs en PACA,

dont 21 médecins et 20 médecins patient-traceurs

Intérêts

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

Choix pour un médecin

	Expert-visiteur	Médecin Patient traceur
Qui	+ Médecin toutes spécialités. + En exercice en établissement de santé public ou privé.	+ Médecin toutes spécialités. + En exercice en établissement de santé public ou privé.
Engagement	+ 4 visites par an. + 3 à 4 jours en moyenne pour chaque visite.	+ 2 jours de visite par an.
Mission	+ 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.
Formation	+ 2 à 3 jours à la HAS et formation à distance, initiale et continue. + Tutorat sur la 1re visite.	+ 1 journée à la HAS et formation à distance. + Tutorat sur la 1re 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

France Assos Santé

Positionnement et accompagnement auprès des représentants des usagers sur la nouvelle certification

Thomas ROUX

Coordinateur régional France Assos Santé PACA

France Assos Santé

L'union de référence pour représenter les usagers

PRÉSENTATION DE FRANCE ASSOS SANTÉ

France Assos Santé = UNAASS
Union Nationale des Associations Agréées du système de santé

→ Instaurée par la Loi de modernisation de notre système de santé (26/01/2016) et créée en **mars 2017**

→ **85 associations** membres de France Assos Santé

→ **Un siège national** et **18 délégations régionales**

France Assos Santé
La voix des usagers

PRÉSENTATION DE FRANCE ASSOS SANTÉ PACA

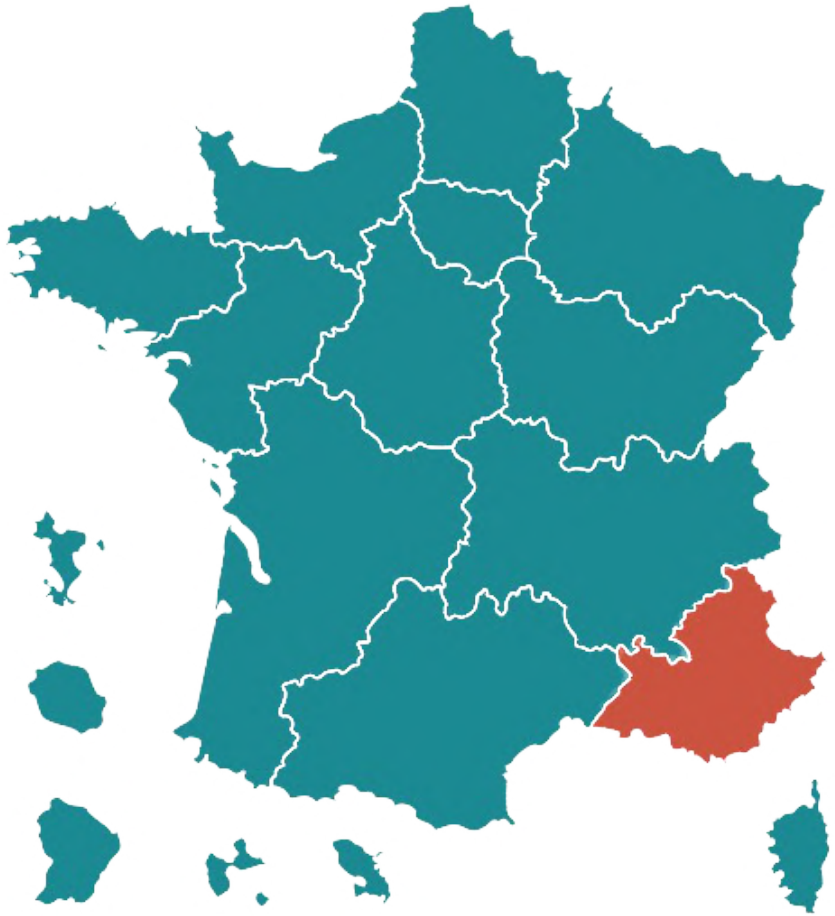
France Assos Santé = 18 URAASS

(Union Régionale des Associations Agréées du système de santé)

→50 associations adhérentes

→Un bureau et un comité régional

→Une équipe de 3 salariés



France Assos Santé
La voix des usagers
Provence-Alpes-Côte d'Azur

LES MISSIONS DE FRANCE ASSOS SANTÉ…

Informer → Le grand public et les usagers du système de santé / Les RU dans toutes les

Former → Les Représentants des Usagers (RU) et les acteurs associatifs

Plaider → Recueillir et émettre des avis

Animer → Le réseau des associations adhérentes

Représenter → Les usagers en général et dans les instances

Agir en justice → Dans la défense des droits

…ET TOUJOURS

LE TRAVAIL DE CO-CONSTRUCTION MADE IN FRANCE ASSOS SANTÉ

France Assos Santé
La voix des usagers
Provence-Alpes-Côte d'Azur

France Assos Santé
La voix des usagers

Positionnement et accompagnement auprès des RU sur la nouvelle certification

QUEL REGARD DE FAS SUR CETTE NOUVELLE CERTIFICATION ?

- La certification : un outil au service de la démocratie en santé

  → Pourquoi est-elle un outil de la **démocratie en santé** ?

- Les enjeux d'engagement patient dans la nouvelle certification

  → **Enjeu 1 :** la compréhension et l'utilisation de la certification par le grand public

  → **Enjeu 2 :** la place des associations d'usagers et des représentants des usagers

  → **Enjeu 3 :** la place de l'expérience patient

France Assos Santé
La voix des usagers

LA CERTIFICATION :
UN OUTIL AU SERVICE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ (1/2)

Pourquoi est-elle un outil de la démocratie en santé ?

→ Dans sa conception déjà !

→ Le premier chapitre de la nouvelle certification va directement chercher des résultats pour le patient : ses **droits** sont **respectés**, et au-delà de ses besoins spécifiques, ses **attentes** et ses **préférences** sont pris en compte.

→ On se félicite du niveau d'**exigence impératif** sur les items suivants :

- **Consentement libre** et **éclairé** sur le projet de soins,
- Respect de son **intimité** et de sa **dignité**,
- Anticipation ou soulagement rapide de la **douleur**.

France Assos Santé
La voix des usagers

LA CERTIFICATION :
UN OUTIL AU SERVICE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ (2/2)

→ Le patient **acteur** de sa prise en soins, **engagé** et **partenaire**.

C'est plus que jamais nécessaire.

On s'est rendus compte que pour faire alliance thérapeutique il fallait mieux impliquer l'autre partie : Le Patient.

Cette certification, c'est un outil pour favoriser le changement des pratiques de terrain, on ne se situe pas sur de la norme juridique descendante !

France Assos Santé
La voix des usagers

ENJEU 1 : LA COMPRÉHENSION ET L'UTILISATION DE LA CERTIFICATION PAR LE GRAND PUBLIC

→ Charte du patient hospitalisé « *Toute personnes est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge* »

→ **OUI MAIS**, pour exercer cette liberté, encore faut-il avoir **une information fiable, compréhensible et locale** pour comparer la qualité des soins prodigués par l'établissement.

→ **Sinon ce n'est pas un choix libre et éclairé** : les patients orientés par leur médecin traitant se dirigent vers les établissements à proximité de leur domicile, ou demandent aux professionnels de leur entourage.

La certification doit aider les patients à choisir leur établissement. Pour cela, elle doit être connue, simplifiée, et rendue compréhensible pour le grand public.

ENJEU 1 : LA COMPRÉHENSION ET L'UTILISATION DE LA CERTIFICATION PAR LE GRAND PUBLIC

Référentiel HAS

« Le rapport de certification fait l'objet d'une diffusion publique sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr. L'établissement de santé doit assurer une diffusion interne du rapport de la certification (CME; CDU). L'établissement informe les personnes hospitalisées des résultats de la certification. Il a la possibilité d'afficher dans ses locaux ou sur ses supports de communication le macaron attestant de la décision de certification ».

ENJEU 2 : LA PLACE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS ET DES REPRÉSENTANTS D'USAGERS

On se félicite des critères standards 1.1-16 (p.51) et 3.2.11 (p.157)

→ **1.1-16 :** *« Le patient est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner […] pour son retour à domicile »*

Effet attendu :

➔ Augmentation de la visibilité des associations/RU auprès du grand public

→ **3.2.11 :** *« L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement »*

Effets attendus :

➔ Augmentation de la transparence et de l'accès aux plaintes et reclamations, des événements indésirables graves…

➔ Les RU et les associations de patients sont plus impliqués en dehors des instances.

ENJEU 3 : LA PLACE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Appui sur le critères standards suivants : 1.1-17 (p.52) et 3.2-01 (p.147)

→ **1.1-17 :** *« Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction »*

Effet attendu

➔ Favoriser l'expression du point de vue du patient

→ **3.2-01 :** *« L'établissement promeut toute les formes de recueil de l'expression patient »*

Effets attendus

➔ Diversification des formes de recueil : tout ne passe pas par questionnaire !

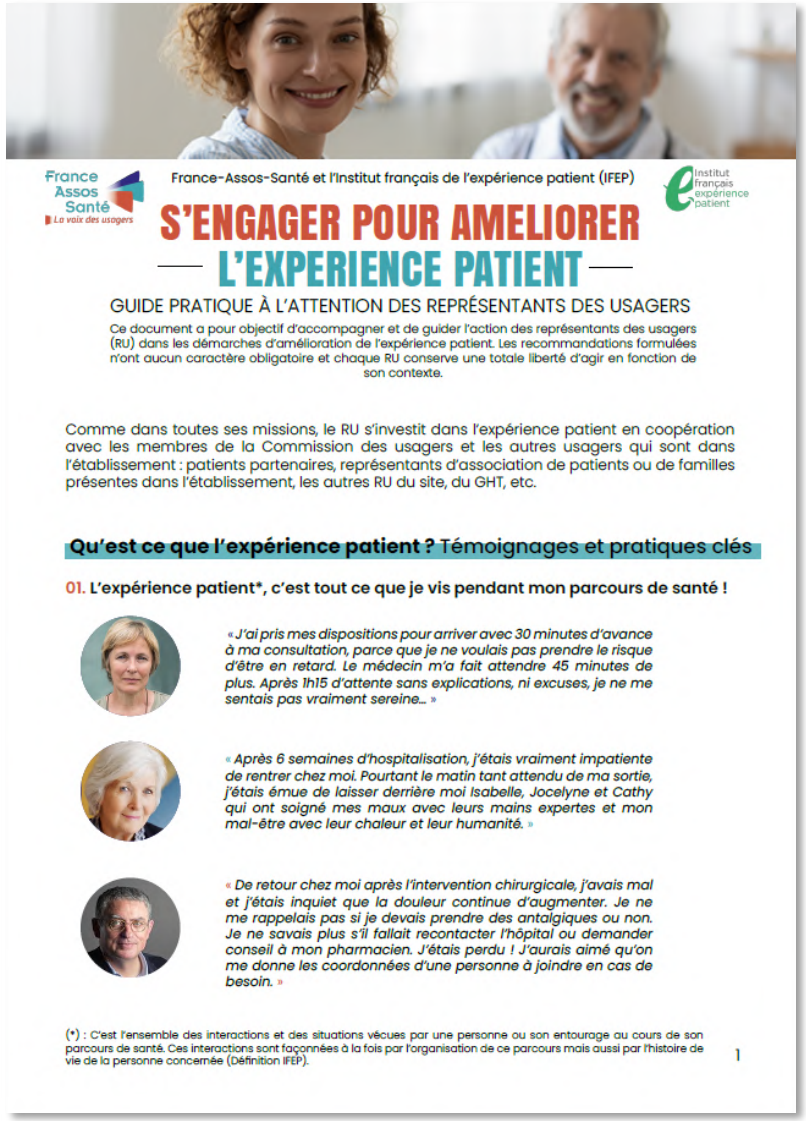
L'exploitation est faite en collaboration avec les RU.

France Assos Santé
La voix des usagers

ENJEU 3 : LA PLACE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Un document pédagogique pour soutenir les représentants des usagers à s'y retrouver !

➔ A télécharger ici !



France-Assos-Santé et l'Institut français de l'expérience patient (IFEP)

S'ENGAGER POUR AMELIORER L'EXPERIENCE PATIENT

GUIDE PRATIQUE À L'ATTENTION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Ce document a pour objectif d'accompagner et de guider l'action des représentants des usagers (RU) dans les démarches d'amélioration de l'expérience patient. Les recommandations formulées n'ont aucun caractère obligatoire et chaque RU conserve une totale liberté d'agir en fonction de son contexte.

Comme dans toutes ses missions, le RU s'investit dans l'expérience patient en coopération avec les membres de la Commission des usagers et les autres usagers qui sont dans l'établissement : patients partenaires, représentants d'association de patients ou de familles présentes dans l'établissement, les autres RU du site, du GHT, etc.

Qu'est ce que l'expérience patient ? Témoignages et pratiques clés

01. **L'expérience patient*, c'est tout ce que je vis pendant mon parcours de santé !**

« *J'ai pris mes dispositions pour arriver avec 30 minutes d'avance à ma consultation, parce que je ne voulais pas prendre le risque d'être en retard. Le médecin m'a fait attendre 45 minutes de plus. Après 1h15 d'attente sans explications, ni excuses, je ne me sentais pas vraiment sereine...* »

« *Après 6 semaines d'hospitalisation, j'étais vraiment impatiente de rentrer chez moi. Pourtant le matin tant attendu de ma sortie, j'étais émue de laisser derrière moi Isabelle, Jocelyne et Cathy qui ont soigné mes maux avec leurs mains expertes et mon mal-être avec leur chaleur et leur humanité.* »

« *De retour chez moi après l'intervention chirurgicale, j'avais mal et j'étais inquiet que la douleur continue d'augmenter. Je ne me rappelais pas si je devais prendre des antalgiques ou non. Je ne savais plus s'il fallait recontacter l'hôpital ou demander conseil à mon pharmacien. J'étais perdu ! J'aurais aimé qu'on me donne les coordonnées d'une personne à joindre en cas de besoin.* »

(*) : C'est l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée (Définition IFEP).

1

L'OFFRE MADE IN FRANCE ASSOS SANTE

- Un groupe de travail régional
- Des groupes d'analyse de pratiques « qualité »
- Des formations
- Des webinaires (FAS CVL)
- Des plaquettes et guides à l'attention des RU

  LA NOUVELLE CERTIFICATION HAS POUR LA QUALITÉ DES SOINS COMMENT VOUS PRÉPARER ?

CONCLUSION

Est-ce qu'on n'en demande pas trop aux **RU** ?

Cette certification va-t-elle les préserver ou alourdir leurs missions déjà vastes ?

La certification est un outil majeur mais ponctuel alors que la qualité des soins dans un établissement de santé, **c'est tous les jours !**

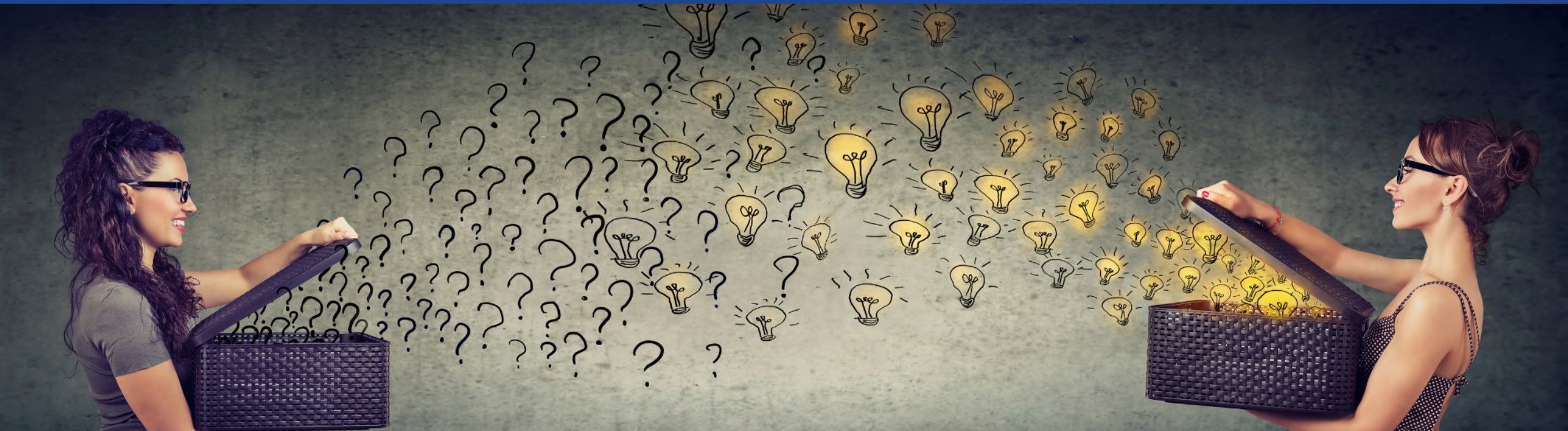
« Il faut voir la co-construction comme la partie opérationnelle de la démocratie en santé, son bras armé. Sans co-construction, la démocratie en santé ne reste qu'un leurre ».

O. Gross

La place du représentant des usagers

Retour d'expérience sur la nouvelle certification

Questions/réponses



Questions / réponses

Thomas ROUX

Coordinateur régional France Assos Santé PACA

Serge OSTRIC

Représentant des usagers de l'Institut Paoli-Calmettes

Bénévole de l'association CLVC

Retours d'expérience des établissements en région PACA

Clinique SSR Korian les Hellenides

Emeline VIENS VIALETTES

Directrice d'établissement

Marie-Pierre ICARDI

Cadre de santé

Présentation de la structure et préparation de la visite

CLINIQUE LES HELLENIDES

Présentation de la clinique

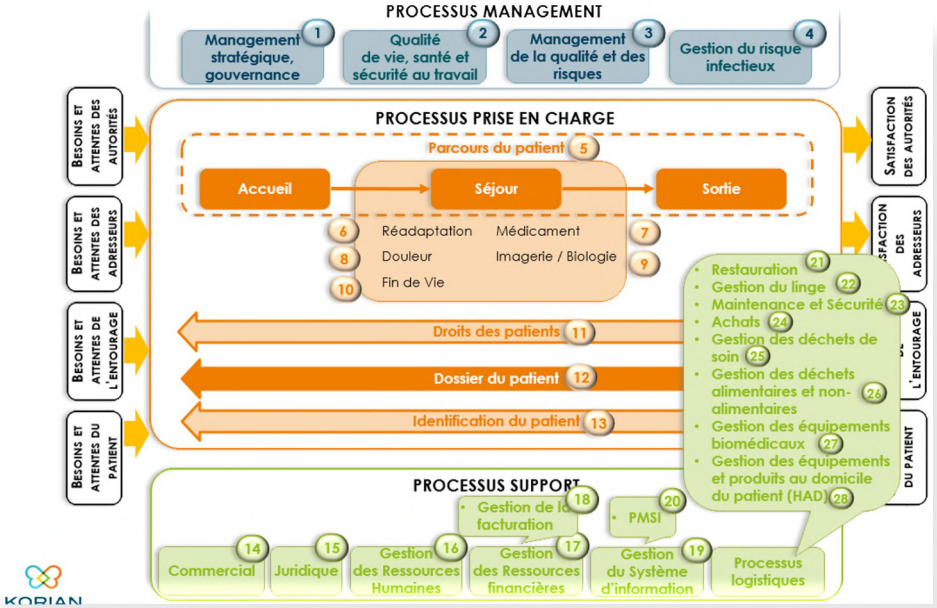
- Clinique située à **Contes** dans les **Alpes Maritimes** à environ 30 minutes de Nice
- **SSR polyvalent**
- 44 lits
- En **hospitalisation complète**
- Pas de PUI – organisation avec une officine de ville
- **30 ETP** en salariés
- Visite de certification du **14 au 16 septembre 2021**
- 2 experts visiteurs (médecin MPR + directeur hôpital) / 3 jours de visite

BILAN FIN DE VISITE	Score
SCORE GLOBAL	**95,9 %**
Chapitre 1 : Le patient	99 %
Chapitre 2 : Les équipes de soins	95 %
Chapitre 3 : L'établissement	93 %

Avant visite – la préparation

Des outils :

- Un **manuel qualité santé**
- Une **cartographie des processus** (approche ISO 9001)
- Un **audit qualité 360**
- Un **outil** de gestion de la qualité et des risques avec différents modules



Avant visite – la préparation

Avant visite – la préparation

EN SYNTHESE

- Une **préparation tout** au long de l'année 2021, commune aux autres cliniques Korian
- Un **COPIL nouvelle certification** mensuel
- L'étude de la **documentation de la HAS**
  - Référentiel certification
  - Fiches pédagogiques
- Le regard croisé des **experts visiteurs Korian** formés par la **HAS** en 2021
- L'approche par les grilles **CALISTA** :
  - Appropriation de la nouvelle plateforme CALISTA
  - Appropriation des grilles CALISTA
- Un **teams CLUB CERTIFICATION V2020**

Une préparation qui a permis de se fixer dans l'année un autre projet et « sortir » de la gestion de crise COVID

Avant visite – la préparation

EN DETAIL

- Un **PAC** : Plan d'Amélioration Continue

- Des **tableaux de bord** :
  - instances
  - indicateurs
  - audits évaluations
  - formations sensibilisations.

- La **démarche qualité est intégrée dans le management de l'établissement** avec les instances, des audits réguliers

- Choix porté sur la **réalisation d'un patient traceur** une fois par mois

- Deux **audits qualité 360** groupe ont été réalisés à 1 an et à 4 mois avant la visite

- Dans les instances, un **membre de chaque métier** (IDE, ASD, ASH) **a participé**, ce qui a favorisé **l'appropriation** de la démarche qualité et a permis d'avoir un feedback du terrain.

- Préparation plus simple que celle de la précédente certification. Les grilles **CALISTA** ont été présentées aux équipes : les mêmes questions posées à des interlocuteurs différents pour permettre de recouper les informations.

- Implication des **usagers**.

Le retour d’expérience

Pendant la visite

LE DEROULEMENT

- Certification avec **3 patients traceurs, 1 parcours traceur, 4 traceurs ciblés et 5 audits système.**

- **Rencontres** principalement en salle de soins avec **l'équipe** et en salle de réunion avec la **gouvernance** : les experts vérifient que l'ensemble de l'équipe maitrise et trace sur le même support du dossier patient informatisé.

- Une **bienveillance constante des experts visiteurs** et une **adaptation** en fonction des équipes et du service.

- Les méthodes sont centrées autour de la prise en charge des patients et du quotidien des soignants. Cela permet de répondre aux exigences de qualité. Les outils sont centrés sur les résultats.
  Le **patient est au centre des préoccupations**.

- Le **patient traceur** permet d'évaluer la qualité de la prise en charge adaptée aux patients car chaque patient a des visions différentes de la qualité selon ses besoins.

Pendant la visite

LES DIFFICULTES

- **Déploiement du logiciel BlueKanGo** en septembre 2020, opérationnel en janvier 2021.
- **Renforcement de l'équipe soignante IDE** et **ASD** pour assurer la continuité des soins et assurer les évaluations.
- Les critères impératifs doivent être **connus, compris et rattachés au quotidien** (exemple analyse collective ➔ CREX).
- Les **indicateurs nationaux (ICSHA)** sont **anciens** car reportés à cause du COVID, mais on doit prouver que des audits de suivi sont mis en place.
- **Difficulté à faire du lien** entre les **représentants des usagers** et les **patients** : présence, disponibilité, information et compréhension.
- Patients au courant des **directives anticipées** et de la **personne de confiance** mais qui n'en comprennent pas l'utilité malgré les explications données.

Pendant la visite

LES REUSSITES

- Un **outil de gestion centralisé**, un **manuel qualité santé complet** (processus, activités) et le **support du groupe**.
- Cette certification permet de proposer un **langage de certification plus clair** aux équipes.
- L'ensemble de l'équipe a apprécié car la visite **valorise le travail quotidien** de chacun : administratif, technique, direction, soignants, médecins, représentants des usagers…
- Forte **collaboration qualité** avec toutes les **équipes**.
- La **restitution à la gouvernance** et la possibilité d'avoir une **restitution à l'ensemble du personnel**.

Après la visite

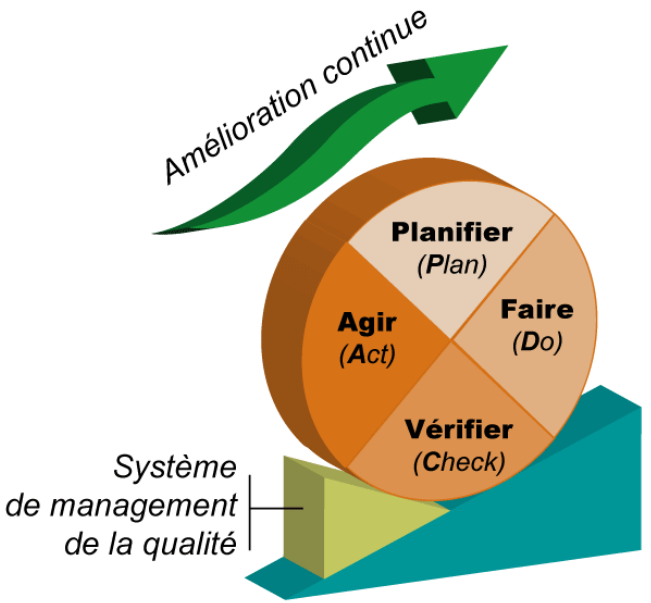
- **Plan d'actions** suite à la certification :
- mettre en place des interventions avec des patients experts,
- améliorer le lien avec les patients et les représentants des usagers,
- améliorer la connaissance de déclaration des réclamations et EIGS pour les patients,
- généraliser l'utilisation de la messagerie sécurisée.

- Prise de conscience de l'**importance des résultats** à apporter et de **traçabilité à avoir**.

- Les **méthodes** sont restées dans le quotidien de la clinique : patient traceur, zoom sur les critères impératifs…

- La **satisfaction du résultat obtenu** et le **maintien de la dynamique.**

- Une préparation à une **certification ISO 9001:2015**.



Retours d'expérience des établissements en région PACA

Regard sur le PACTE

Dr Pierre BARNAY

Cardiologue interventionnel à l'Hôpital Européen

Catherine THEVENOT

Cadre du pôle de cardiologie de l'Hôpital Européen

Chérifa NIMAL

Directeur Pôle Domicile à l'Hôpital Saint Joseph

Experience PACTE

Hôpital Européen Marseille

Pourquoi s'intéresser à l'équipe?

➲ **ENEIS 2010 : le facteur équipe** représente **50 % des causes profondes des EIG évitables survenant durant l'hospitalisation**

➲**Près de 70% des événements sentinelles analysés par la Joint Commission font apparaître comme cause racine un problème de communication**

➲**Le travail d'équipe sécurise la PEC du patient et améliore la culture sécurité**

- 27% reduction in nurse turnover (Dimeglio, 2005)
- 31% to 4% decrease in clinical error (Morey, 2002)
- Le score moyen pour les 12 domaines de la culture sécurité a augmenté de 9% des réponses positives après la formation (Jones F, 2013)

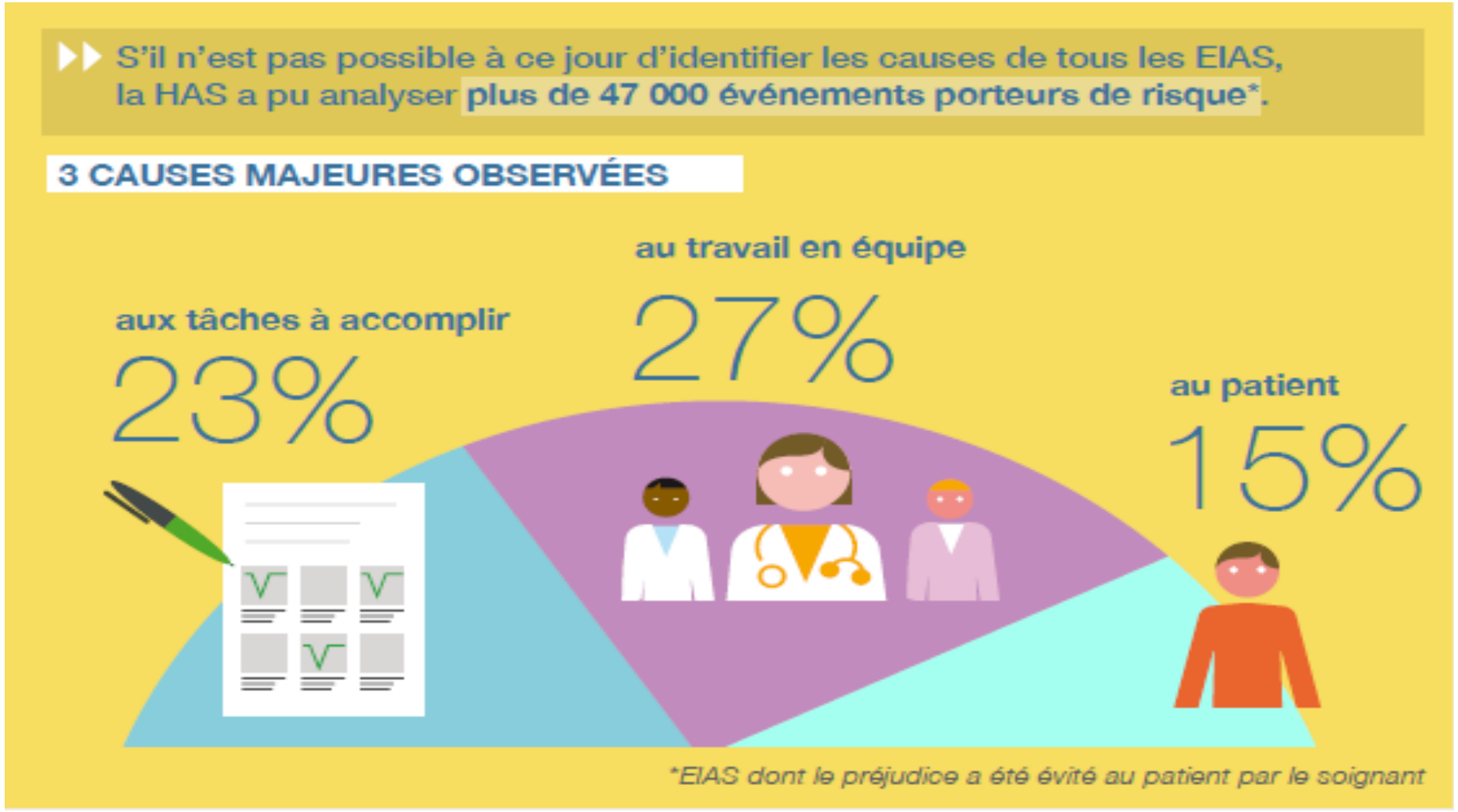
➲ **La participation a un programme de team training dans un bloc op diminue de 18 % la mortalité après 2 ans d'efforts (Hôpitaux des Vétérans)**

L'équipe :

- constitue une barrière de sécurité
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels
- est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient

L'équipe au centre

Données de l'accréditation des médecins



EIG : les hôpitaux les plus sûrs ne sont pas ceux qui ont le moins d'EIG, mais ceux qui savent les gérer collectivement

C'est quoi PACTE?

Pacte : c'est à terme, une équipe évaluée qui a mis en œuvre un **P**rogramme d'**A**mélioration **C**ontinue du **T**ravail en **E**quipe dont l'objectif principal est d'améliorer la sécurité du patient

Le PACTE dans la certification ?

Critère 3.4-01 La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

La gouvernance et l'encadrement ont un rôle majeur dans le soutien des équipes pour favoriser les démarches collectives, encourager la collaboration à tous les niveaux de l'organisation et faciliter les discussions ouvertes et le partage des connaissances et de l'expérience. Elles conduisent au partage d'objectifs communs qui renforcent le sens du travail et favorisent la motivation et la reconnaissance.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.

Professionnels

- Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, *team building*, CRM santé, repérage des moments de communication critiques…).
- La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe.
- Les solutions organisationnelles et l'organisation du temps de travail sont mises en œuvre pour permettre le travail en équipe.

Audit système

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 4135-1 du CSP (accréditation en équipe).

Autres références

- Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – ANAP, 2017.

Le PACTE dans la certification ?

Critère 3.4-02 La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe

L'existence de démarches collectives spécifiques d'amélioration de la dynamique d'équipe avec PACTE, ou d'autres dispositifs spécifiques renforce l'engagement opérationnel dans une culture de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le développement de ces dispositifs repose sur un engagement institutionnel.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Audit système

Gouvernance

- Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).
- Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.

Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Autres références

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Comprendre l'accréditation des médecins, article HAS.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Article HAS – Mis en ligne en mai 2018.

Le PACTE dans la certification ?

Critère 3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées

La performance des équipes repose en premier lieu sur les compétences des professionnels – c'est un enjeu essentiel pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients. Les compétences associent des compétences techniques (acquises lors de la formation initiale et continue des professionnels, souvent de manière mono-disciplinaire, voire individuelle), et des compétences non techniques (leadership, aptitude à travailler en équipe, communication, coordination, collaboration, capacité à gérer les conflits…). La gouvernance veille à l'acquisition et au maintien de l'ensemble de ces compétences, *via* la formation continue et le développement professionnel continu. Une attention particulière est portée à la disponibilité des compétences en périodes à risque (la nuit, le week-end et les jours fériés, lors de recours à l'intérim et, le cas échéant, lors des changements d'internes). La reconnaissance et l'amélioration des compétences, notamment les compétences non techniques, sont de nature à favoriser l'implication de tous les professionnels dans les processus de soins, notamment en équipe.

Tout l'établissement | Standard

Éléments d'évaluation

Gouvernance

- À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises.
- Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu.

Professionnels

- Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipe ou PACTE, sont proposés aux équipes.

Audit système

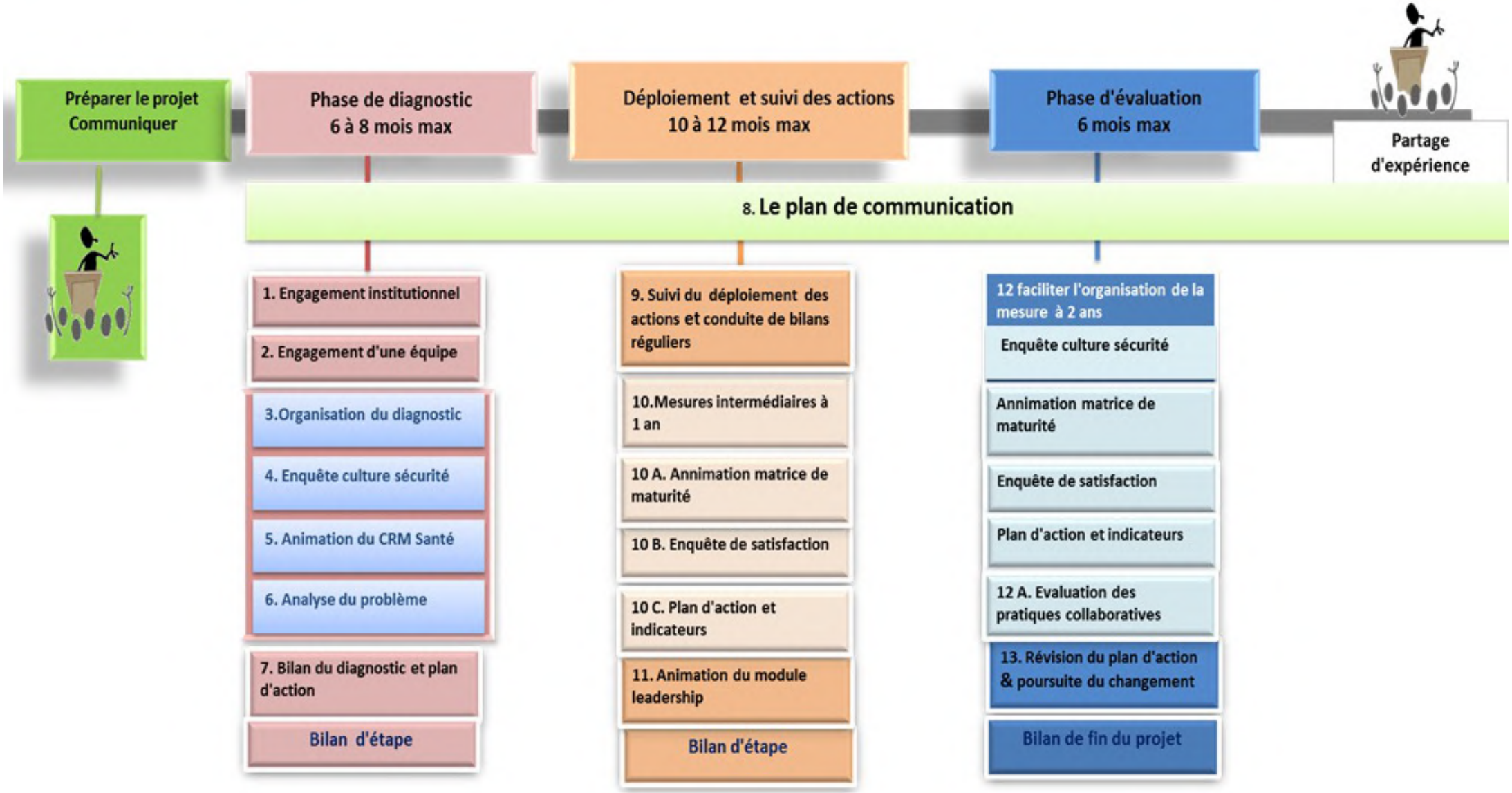
Références HAS

- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018.
- Gestion des risques en équipe, 2018.
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018.
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 4021-1 du CSP (DPC).
- Art L.4311-1, R.4311-4 et R.4311-5.

Les étapes ?


Préparer le projet
Communiquer
Phase de diagnostic
6 à 8 mois max
Déploiement et suivi des actions
10 à 12 mois max
Phase d'évaluation
6 mois max
Partage d'expérience
8. Le plan de communication
1. Engagement institutionnel
2. Engagement d'une équipe
3.Organisation du diagnostic
4. Enquête culture sécurité
5. Animation du CRM Santé
6. Analyse du problème
7. Bilan du diagnostic et plan d'action
Bilan d'étape
9. Suivi du déploiement des actions et conduite de bilans réguliers
10.Mesures intermédiaires à 1 an
10 A. Annimation matrice de maturité
10 B. Enquête de satisfaction
10 C. Plan d'action et indicateurs
11. Animation du module leadership
Bilan d'étape
12 faciliter l'organisation de la mesure à 2 ans
Enquête culture sécurité
Annimation matrice de maturité
Enquête de satisfaction
Plan d'action et indicateurs
12 A. Evaluation des pratiques collaboratives
13. Révision du plan d'action & poursuite du changement
Bilan de fin du projet

Retour d'expérience Hôpital Européen
Comment nous sommes-nous organisés ?

- **Binôme**
  - Chargé de suivre la mise en œuvre du plan d'actions au quotidien
  - Fonction d'alerte vis-à-vis de l'équipe et du facilitateur
- **Facilitateur**
  - Expertise technique gestion projet /GDR
  - Accompagne, forme les équipes
  - Assure le suivi : indicateurs, réussite, travail réalisé, obstacles
- **COPIL**
  - Composé du binôme
  - Représentants de l'équipe
  - Représentants de l'équipe de direction
  - Facilitateur

Retour d'expérience Hôpital Européen
Les points clés

L'équipe : service de soins intensifs cardiologiques
Bloc coronarographie (2 salles)

Le projet d'équipe

1 : la coordination pluridisciplianire USIC/BLOC CORO pour les actes interventionnels urgents (urgence vitale et relative)
2 : la qualité et la sécurite de la prise en charge du patient (délai notamment)
3 : la sécurité des professionnels (gestion des situations stressantes et qualité de vie au travail)
4 : la cohésion et le "travailler ensemble" en confiance entre médecins et paramédicaux
5 : la valorisation des compétences techniques et non techniques de chacun des membres de l'équipe

L'engagement formel et le plan de communication de lancement et de suivi

Engagement sur 2 ans auprès de la HAS

Bilan de la démarche
Outils mobilisés sur la PHASE DIAGNOSTIC

1. Enquête Culture Sécurité : obligatoire
   - Résultats d'entrée dans la démarche
2. Formation CRM avec l'appui de la structure régionale SRA (obligatoire)
   - 44 professionnels formés (16/03/2019 ; 23/03/2019 ; 06/04/2019)
   - Problématique identifiée en lien avec les objectifs
3. Mesure maturité de l'équipe (matrice SHORTELL : obligatoire)
4. Module évaluation des pratiques collaboratives

PHASE DIAGNOSTIC

Résultats Enquête Culture Sécurité

Dimensions 1 à 10	Score
1. Perception globale de la sécurité	66%
2. Fréquence de signalement des évènements indésirables	37%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	63%
4. Organisation apprenante et amélioration continue	52%
5. Travail d'équipe dans le service	85%
6. Liberté d'expression	59%
7. Réponse non punitive à l'erreur	42%
8. Ressources humaines	55%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	48%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	36%

4 dimensions à améliorer

Hôpital Européen
MARSEILLE | *L'humain au cœur de nos soins*

score ≥ **75%** = Dimension développée

score ≤ **50%** = Dimension à améliorer

PHASE DIAGNOSTIC

Formation CRM

C'est quoi?.... Un module de formation

- Crew Ressource Management: formation initialement développée par l'aéronautique transposé dans différents types de structures.
- permet de réaliser un diagnostic du fonctionnement d'une équipe dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques (Pacte)
- But : accroître les performances de l'équipe.

Module de formation réalisé avec l'appui de la SRA (3 sessions animées par la SRA) pour identifier trois axes de travail d'équipe :

- Axe 1: Coordination dans la programmation USIC-BLOC
- Axe 2: Travail sur la communication avec le patient
- Axe 3: Développer la gestion des risques en équipe

Points positifs :

- A permis un état des lieux précis et exhaustif, choix des actions précises, adaptées, mesurables, pérennes, transposables à tout EMC

PHASE DIAGNOSTIC
Evaluation des pratiques collaboratives

Module d'évaluation au travers de l'expérience du patient et de l'équipe

Cet audit a permis de refléter :

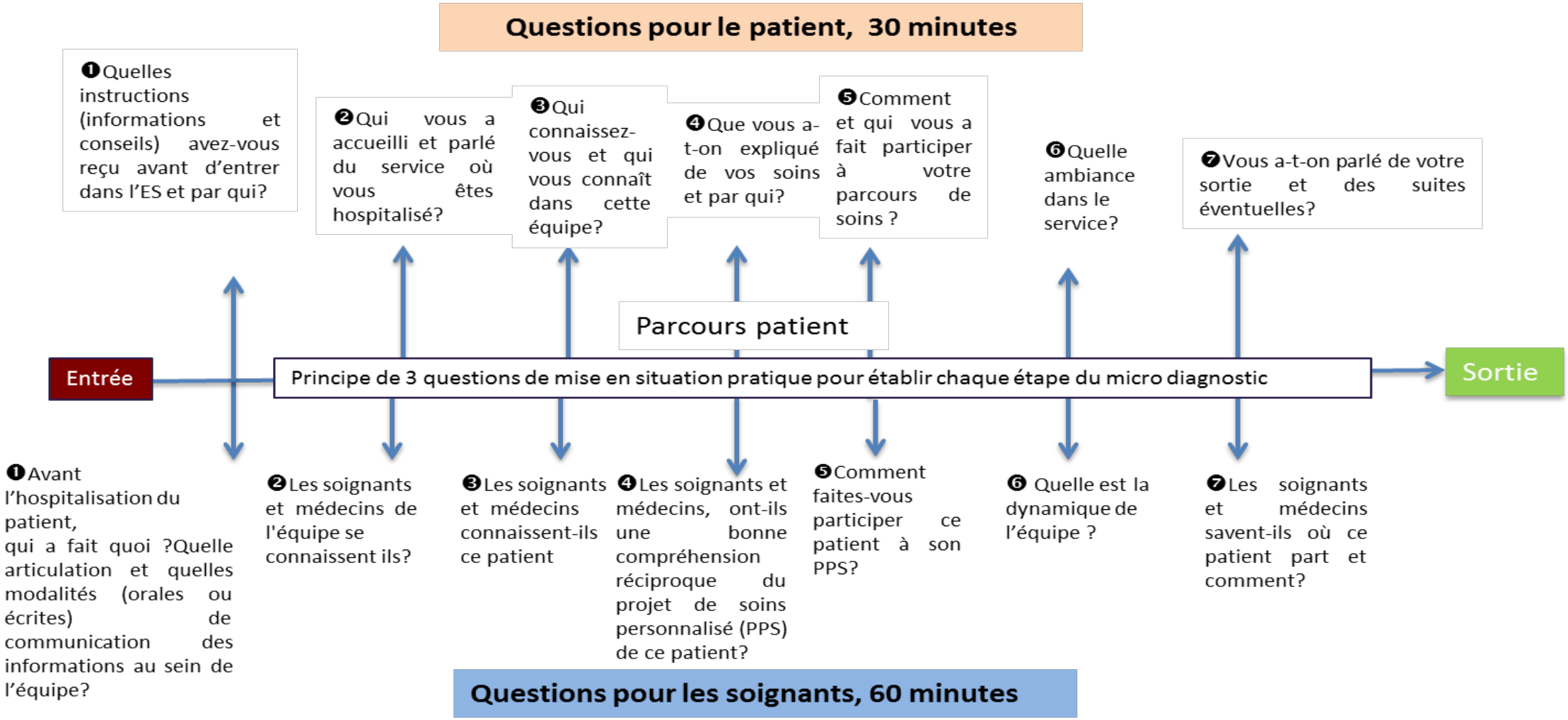
- La qualité du **contact** entre professionnels de santé
- Une **cohésion d'équipe** qui s'exprime, notamment, par un bon climat général, des actes de **solidarité**, une bonne connaissance mutuelle des membres de l'équipe
- Une **écoute** des besoins du patient de son entrée à sa sortie
- Une présentation du service (organisation, personnels) au patient
- Une **approche centrée patient** (connaissance de son environnement personnel, de sa situation sociale…)

Parmi les axes retenus

- Information patient sur les horaires et les règles de fonctionnement service / pictogramme
- Améliorer l'identification des professionnels intervenant

PHASE DIAGNOSTIC

Evaluation des pratiques collaboratives



PHASE DIAGNOSTIC

Mesure maturité équipe : **matrice de Shortell**

Stades SHORTELL	Niveaux	Axe stratégique : Quelles priorités ?	Axe technique : Quels outils ?	Axe structurel : Quel management, quelles ressources ?	Axe culturel : Quelle culture ?
Dynamique individuelle	1	VISION DE L'ÉQUIPE UNIQUEMENT BASEE SUR LA GESTION DES EFFECTIFS	LES MÉTHODES ET OUTILS VISENT UNIQUEMENT L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE TECHNIQUE	LES RESPONSABLES DES ÉQUIPES PRENNENT SEULS LES DÉCISIONS	CULTURE INDIVIDUALISTE et CULTURE du SILENCE
Equipe en apprentissage	2	VISION DE L'ÉQUIPE UNIQUEMENT BASÉE SUR LES COMPÉTENCES TECHNIQUES INDIVIDUELLES	LES OUTILS VISANT L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE EN ÉQUIPE SONT PONCTUELLEMENT UTILISÉS	LES REPONSABLES GÈRENT SEULS LES CRISES	CULTURE D'AFFICHAGE
Dynamique collective en marche	3	VISION DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR LE RESPECT DES BONNES PRATIQUES (CERTIFICATION, BONNES PRATIQUES CLINIQUES, etc.)	LES OUTILS PERMETTANT DE CONSTRUIRE ET SÉCURISER LE COLLECTIF SONT UTILISÉS PAR L'ÉQUIPE .	LES RESPONSABLES SOLLICITENT LES RESSOURCES SPÉCIALISÉES EN MATIÈRE DE QUALITÉ ET SÉCURITE DE MANIÈRE ISOLÉE.	CULTURE BUREAUCRATIQUE
Maîtrise du collectif	4	PILOTAGE DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR LES DÉMARCHES DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ	LES OUTILS SONT MAITRISÉS ET PARTAGÉS EN ÉQUIPE DE MANIÈRE CONSENSUELLE.	L'ÉQUIPE PARTICIPE A LA PRISE DE DÉCISION.	CULTURE de TRANSPARENCE
Equipe proactive et résiliente	5	VISON DE L'ÉQUIPE BASÉE SUR DES VALEURS PARTAGÉES AU SEIN DE L'ÉQUIPE ÉTENDUES AU PATIENT	LES OUTILS SONT INTÉGRÉS AU QUOTIDIEN DANS LES COMPORTEMENTS .	L'ÉQUIPE PREND EN COMPTE LA VALEUR LA CONTRIBUTION DE CHAQUE MÉTIER DE FACON ÉGALE	CULTURE PROACTIVE. MODÈLE SOLIDAIRE

PHASE DE MISE EN OEUVRE

Un plan d'action suivi

Réunions et rencontres régulières équipes jour nuit (nb)

Dimensions à améliorer	Indicateur enq CS 1
Fréquence des signalements	37%
Réponse non punitive à l'erreur	42%
Travail d'équipe entre les services de l'établissement	36%

OBJECTIFS - LIBELLE	ACTIONS	INDICATEURS	Type d'in	PILOTE	DEBU	PREVU	ECHE	ETAT D'AVANCEMENT	MODALITE DE SUIVI	RESU
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Formaliser une charte d'engagement en 5-6 pts (Charte EMC)		HE CAR DIV 2019.0142	P.B- C.T-Cellule GDR	1/07/2019	30/11/2019	31/12/2019	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Formaliser un mémo (Comment déclarer?) sous forme d'un tapis de souris	NB EI évolution 2019-2021		Cellule GDR	1/07/2019	30/11/2019	31/12/2019	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Sensibiliser les médecins au CREX-RMM et mettre en place dans l'unité EMC des CREX-RMM (les 1er mardi paire de chaque mois)	NB CREX/RMM		Cellule GDR		26/06/2020	31/07/2020	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Mettre en place des réunions périodiques de revue des EI de l'unité EMC	1 trimestre	Nb de réunion annuel	Cellule GDR		26/06/2020	31/07/2020	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et au signalement	Nb de prof formés: 42	émargement	Cellule GDR		26/06/2020	06/07/2020			
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	sensibiliser à la charte de fonctionnement CREX-RMM	HE GDR DIV 2013 0863		Cellule GDR				FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Sensibiliser l'équipe sur le travail en équipe au moyen de cartes Qualirel (sous forme de BD)						30/08/2019	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Afficher et mettre à disposition la procédure de signalement					8/2019	30/08/2019	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Mettre en place un tableau blanc pour retran... d'information au sein de l'USIC			C. THEVENOT	1/07/2019	01/08/2019	30/08/2019	FAIT		
nculquer la culture du signalement et développer la GDR	Sensibili...	Fiche émargement	38 participants	N HESSMANN/ C.THEVENOT	01/10/2019	01/11/2019	30/11/2019	FAIT		
nculquer la culture du si... GDR	...indésirables lors de			C NOUET/ C THEVENOT		01/11/2020		FAIT		
n... GD	...destinations des professionnels sur le signalement des ...but de PACTE			COM/JC SURET				FAIT		
Fav... l'éta...	...avec les services de Identifier un chef d'équipe des brancardiers pour les transports USIC --> H3U2 (stockage USIC) DEMAREZ Josiane et un brancardier référent du SIC			M. ALLAIS J. DESMAREZ/	01/09/2019	30/10/2019	31/12/2019	FAIT		

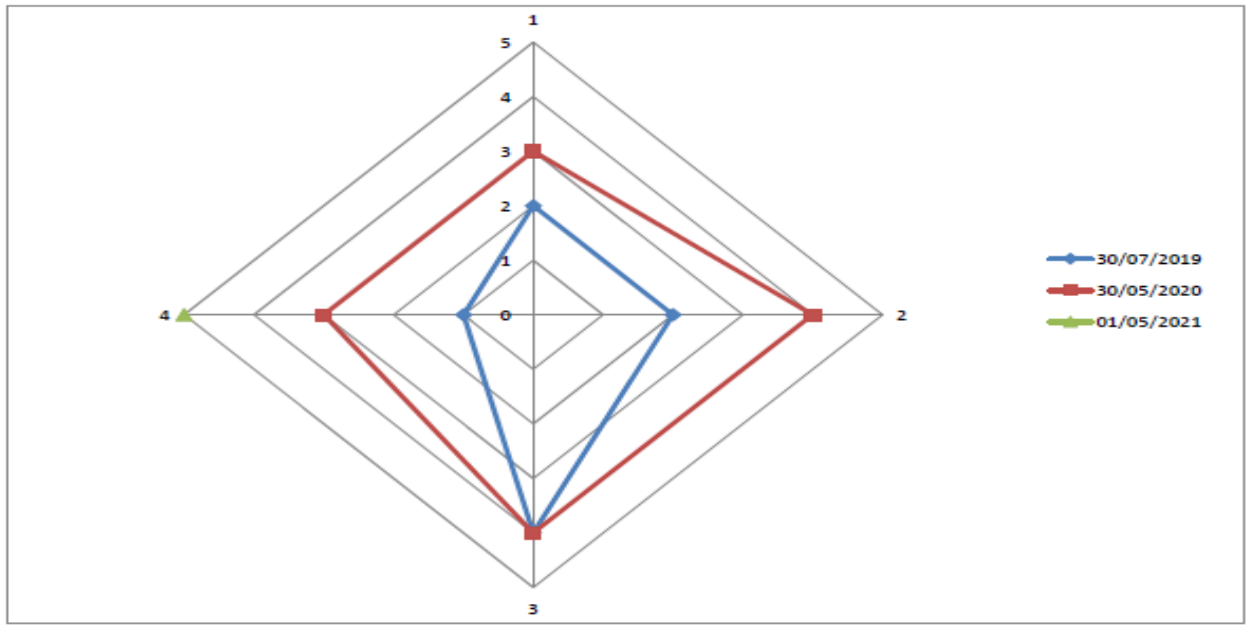
Fin octobre 2020 : le taux de réalisation des actions est de 88%, dont l'utilisation des outils préconisés (Qualirel, briefing debriefing, SAED, Charte EMC Pacte, AMPATTI...)

88

PHASE DE MISE EN OEUVRE

Un plan d'action suivi

Mai 2020



Matrice de SHORTELL T 2

Cas	AXE STRATEGIQUE	TECHNIQUE	STRUCTUREL	CULTUREL
Cas 1 (El relatif à une erreur d'identitovigilance)	2	2	4	1
Cas 2 (El relatif à une chute)	3	4	4	3

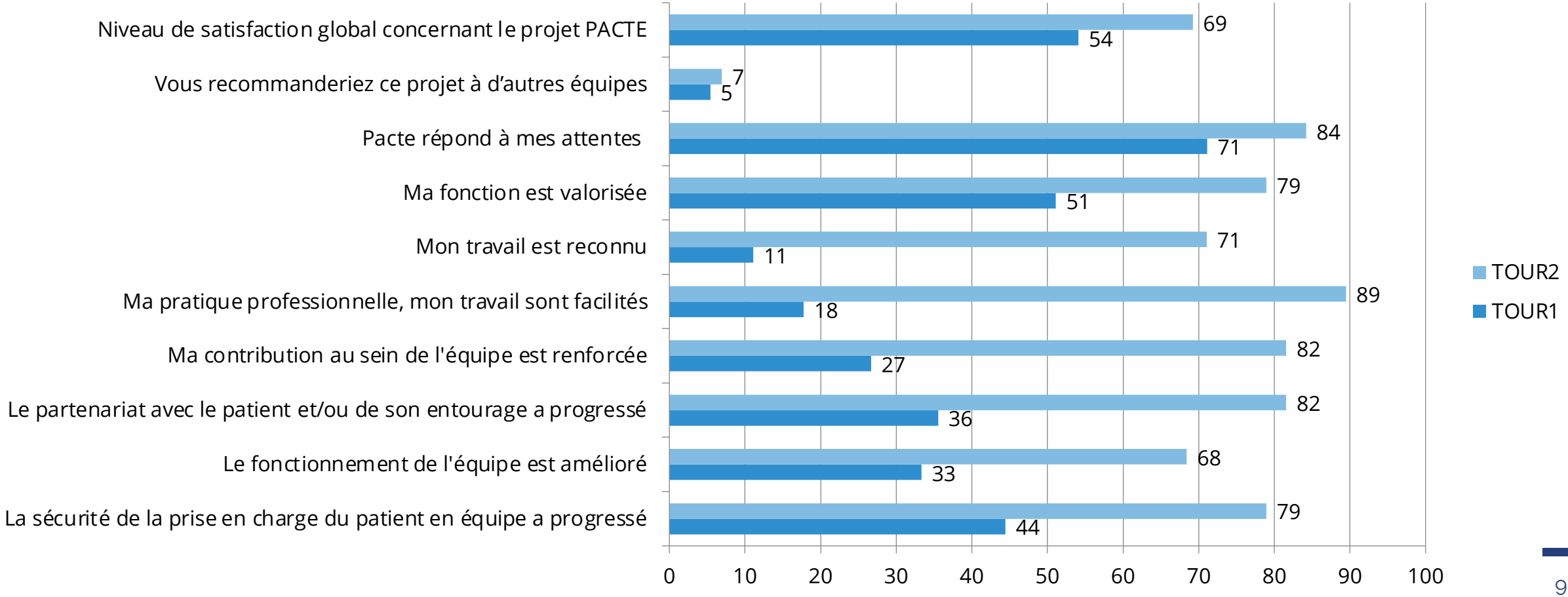
PHASE D'EVALUATION
Suivi Expérience PACTE

Points d'amélioration

Remplissage enquête satisfaction fastidieuse

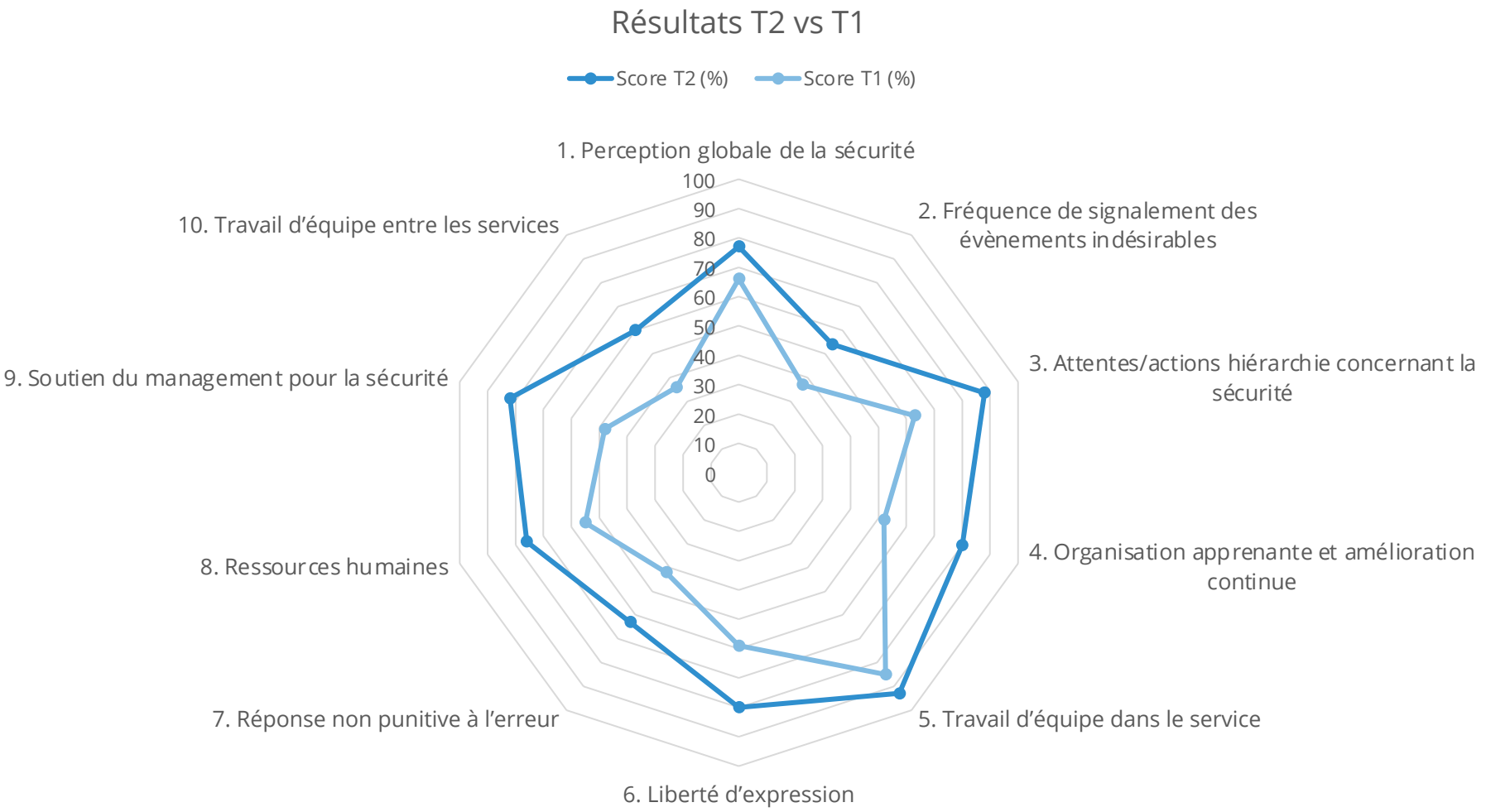
1ère enquête de satisfaction en début de la phase de mise en œuvre du plan d'actions

2ème enquête de satisfaction à 6 mois de la phase mise en œuvre



PHASE D'EVALUATION

Enquête culture sécurité

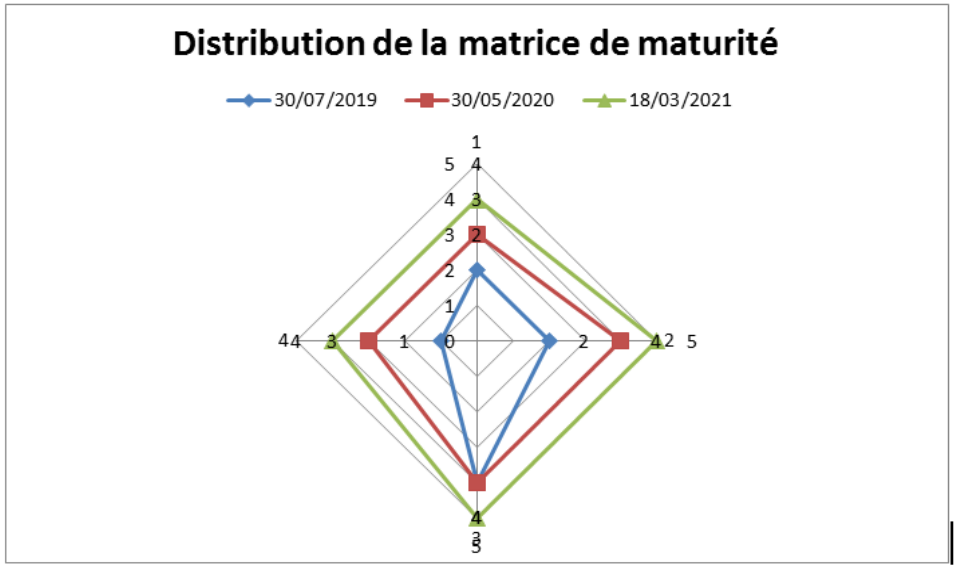


PHASE D'EVALUATION

Matrice de Shortell

Mai 2021

CAS		AXE STRATEGIQUE	AXE TECHNIQUE	AXE STRUCTUREL	AXE CULTUREL
CAS 1	EI en date du 30/07/2019 N° 4726 Service Bloc Coro Situation : Erreur identitovigilance patient	2	2	4	1
CAS 2	EI en date de Mai 2020 Situation : Chute d'un patient de la table d'examen	3	4	4	3
CAS 3	EI relatif à la prise en charge d'un patient agressif	4	5	5	4



CONCLUSION

- **Points positifs**

Outils très adaptés (exemple : Forap) voire ludo-éducatifs, formalisation temps de travail, collaboration plus étroite et plus fluide, stabilisation des **équipes** par un projet **structurant**, acquisition d'**autonomie** plus rapide, sens et importance de la **communication** en équipe.

- **Impact ressenti sur tout EMC avant la fin de PACTE**

Les actions nous permettent :
-de mieux cadrer les projets en cours (ambulatoire, USC)
-de sécuriser les parcours patients
-de sécuriser la venue de nouveaux membres des équipes
-de prendre en charge des patients de façon plus fluide
-de ne pas diminuer l'activité malgré la situation sanitaire (30% de moins de lits)
-garantie de l'offre de soins et de la PEC de nos patients.

Sans PACTE, les projets et le maintien de l'activité auraient été illusoires, voire impossibles.

Changement de paradigmes pour les équipes habituellement coutumières des indicateurs quantitatifs au profit des **indicateurs qualitatifs** (expérience patients).

→ **Véritable marchepied vers la certification**

Retour d'expérience des experts visiteurs

Pierre PORTIGLIATTI

Directeur de la Clinique SSR de l'Angelus

Point de vue d'un coordonnateur

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PASQUAL
PACA CORSE Sécurité Qualité
ieSS

France Assos Santé
La voix des usagers
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Rencontre régionale
Nouvelle certification HAS

Point de vue d'un expert visiteur coordonnateur

Pierre PORTIGLIATTI

EV – Coordonnateur depuis 2001 - 120 visites

Mardi 5 avril 2022

La visite de certification vue par un coordonnateur

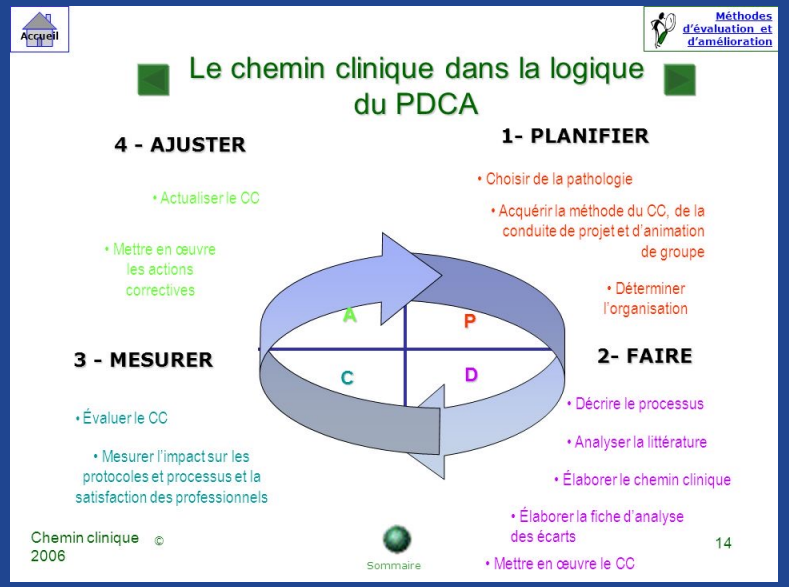
- Sincères remerciements à la **Direction de l'ARS PACA**, à la direction de la **HAS**, à l'association **France Assos Santé PACA**, ainsi qu'à la direction du réseau **PASQUAL**
- Directeur depuis 30 ans d'établissements sanitaires SSR, depuis 20 ans à la ANAES - HAS
- Directeur de la **Clinique l'Angélus**, SSR Onco-hémato, oncogériatrie, oncologie générale de 85 lits dont 8 lits identifiés soins palliatifs.

La certification des établissements de santé pour la qualité des soins

- Le Parcours Traceur / Chemin clinique

- Les **experts visiteurs** sur le terrain !

- Les **RU** : rôle dans la nouvelle certification



La visite de certification vue par un coordonnateur

La certification des établissements de santé pour la qualité des soins

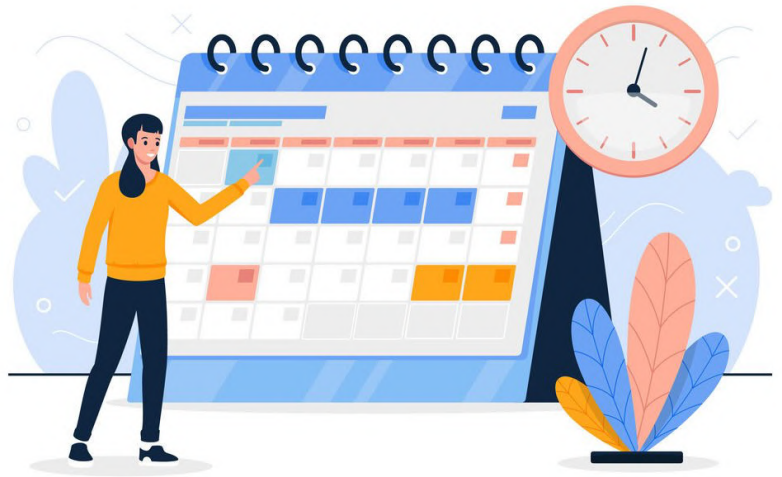
Un **manuel** exhaustif, 3 chapitres, 5 méthodes d'audits

→ **PT / Parcours Traceur / Traceur Ciblé / Audits Système / Observations**

- Un **calendrier** adapté au périmètre d'activité de l'établissement, modulable au cours de la visite
- Une **conférence téléphonique tripartite** de préparation à la visite (activité, organisation, logistique)

Phases séquencées :

- Réunion d'ouverture
- Calage du calendrier quotidien en début d'après-midi
- Bilan d'étape quotidien
- Rencontre R.U.
- Rencontre des professionnels de nuit
- Bilan de fin de visite
- Restitution plénière



Le parcours traceur : un incontournable fil rouge

Essentiel – Le parcours traceur

Le parcours traceur/chemin clinique de prise en charge

La nouvelle itération de certification induit :

- **Le double, voir le triple** de Patients-traceurs, de traceurs ciblés et d'audits systèmes par rapport au nombre de « **parcours traceurs** ». Et pourtant….
- Le « point-clé » étant de formaliser « les **parcours traceurs** », les « **chemins cliniques** » de prise en charge :
  - Urgence → Bloc → Service de Chirurgie/Médecine….
  - Domicile → Chir Ambu → Domicile
  - Domicile → Bloc → Service de Chirurgie → Domicile
  - SSR HC → SSR HDJ → Domicile
  - Domicile → Médecine Ambu → Domicile
  - SSR HC différents affections (adultes, personnes âgées….)…

IMPERATIF ! Formalisation des chemins cliniques de prise en charge

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique

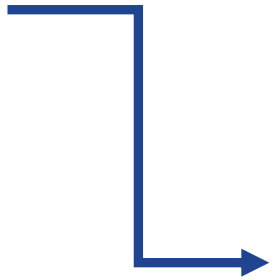
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf

Les experts visiteurs sur le terrain

Les experts visiteurs essentiellement sur le terrain

Méthodes de visites de certification

- La visite de certification, c'est en moyenne **10 audits/EV** et si « médecin patient-traceur », **4 Patients Traceurs** dans une journée, soit si visite à 3 EV : 30 audits, si visite à 4 EV : 40 audits…
- Plus « d'EV-dependant » d'un processus. L'ensemble des EV argumente les méthodes d'audit agrémentant les chapitre 1, 2 et 3.
- Les grilles d'audit sont **adaptées** au périmètre de visite.
- La recherche de la **co-validation** argumentée des échanges entre l'EV et les professionnels est requise.



De fait, les EV sont toute la journée **sur le terrain** sur les différentes méthodes d'audit, peu dans leur bureau. La GED est recherchée, analysée, en cas de besoin

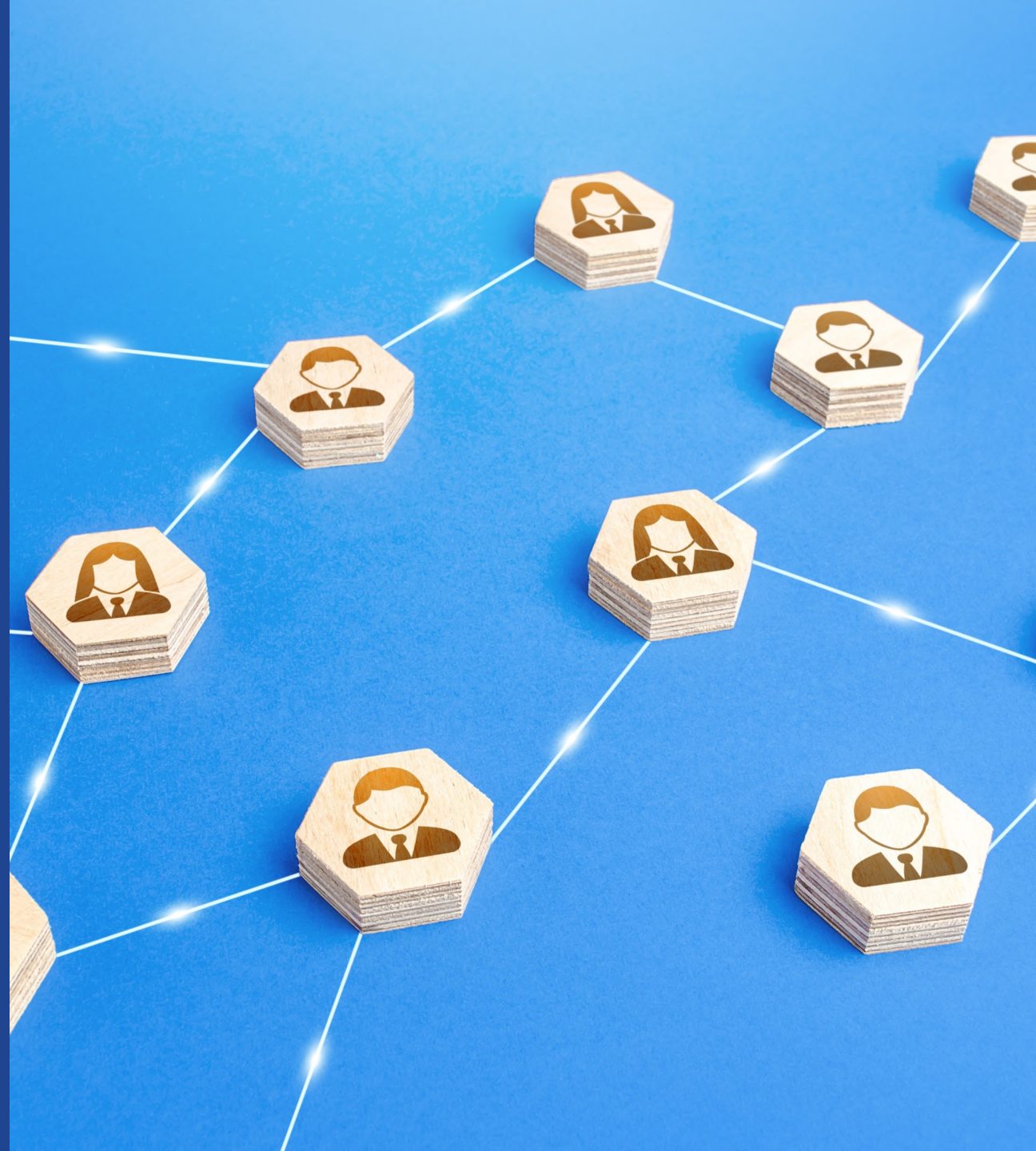
Le planning de visite, notamment en cas de « fiche anomalie », peut varier sur une modification d'audit et de champ d'investigation.

Les experts visiteurs essentiellement sur le terrain

Points importants relevés en visite

- **Traceur ciblé** : gestion des EIG, circuit du médicament, prévention des IAS
- Rencontre avec les **representants des usagers**
- Les agrégats d'information enregistrées jour après jour, par les EV composent les **graphes** sur les 3 chapitres
- Les établissements se retrouvent dans les **graphes présentés** et les **explications associées**

LES RU et la nouvelle certification



Les RU : la voix et la présence des usagers

Points importants relevés en visite

- **Les RU, représentants des usagers : les former à la nouvelle iteration de certification.**
- **Leur communiquer et expliciter les pages 289 à 294 du Manuel de Certification**
- **Accompagner les RU au moyen du guide d'entretien des EV, notamment les critères 3.2.01 – 02 – 11 et les éléments d'évaluation "EE"**

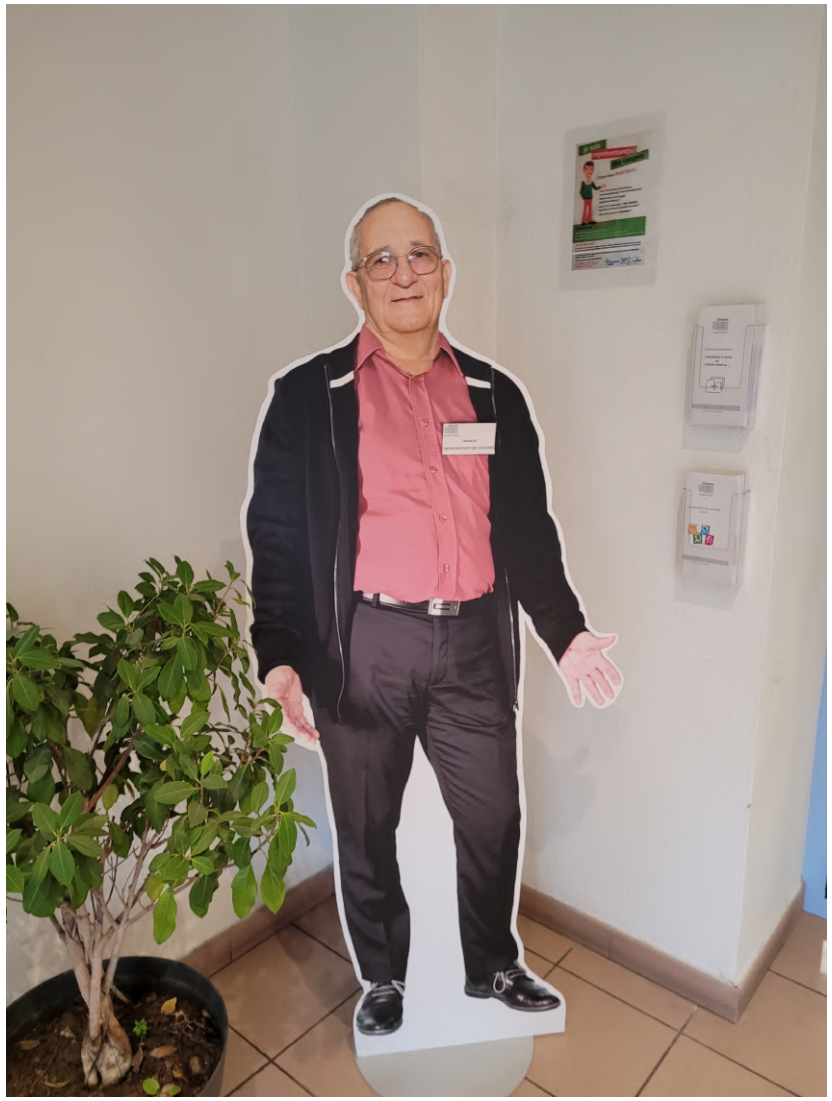
ATTENTION : "les RU ont connaissance des plaintes et reclamations, des EIG, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats e-SATIS, et participent aux évaluations des actions entreprises"

Il faut impérativement **associer les RU**.

Nous ne sommes plus en V1, V2/V2007, V2010, V2014…. Mais dans la "certification des établissements de santé pour la qualité des soins"…. Les RU sont souvent méconnus des PT, même si l'information est mentionnée dans le livret d'accueil et/ou affichée à l'entrée, dans les services….

✓ Les RU, bénévoles appréciés et appréciables, manquent de formation aux attendus de la nouvelle certification.

Information à destination des usagers



Point de vue d'un coordonnateur Expert visiteur

Je vous remercie de votre attention

et suis à votre écoute pour toute question.

Pierre PORTIGLIATTI – Directeur CLINIQUE SSR L'ANGELUS

itinova

UN CHEMIN POUR CHACUN

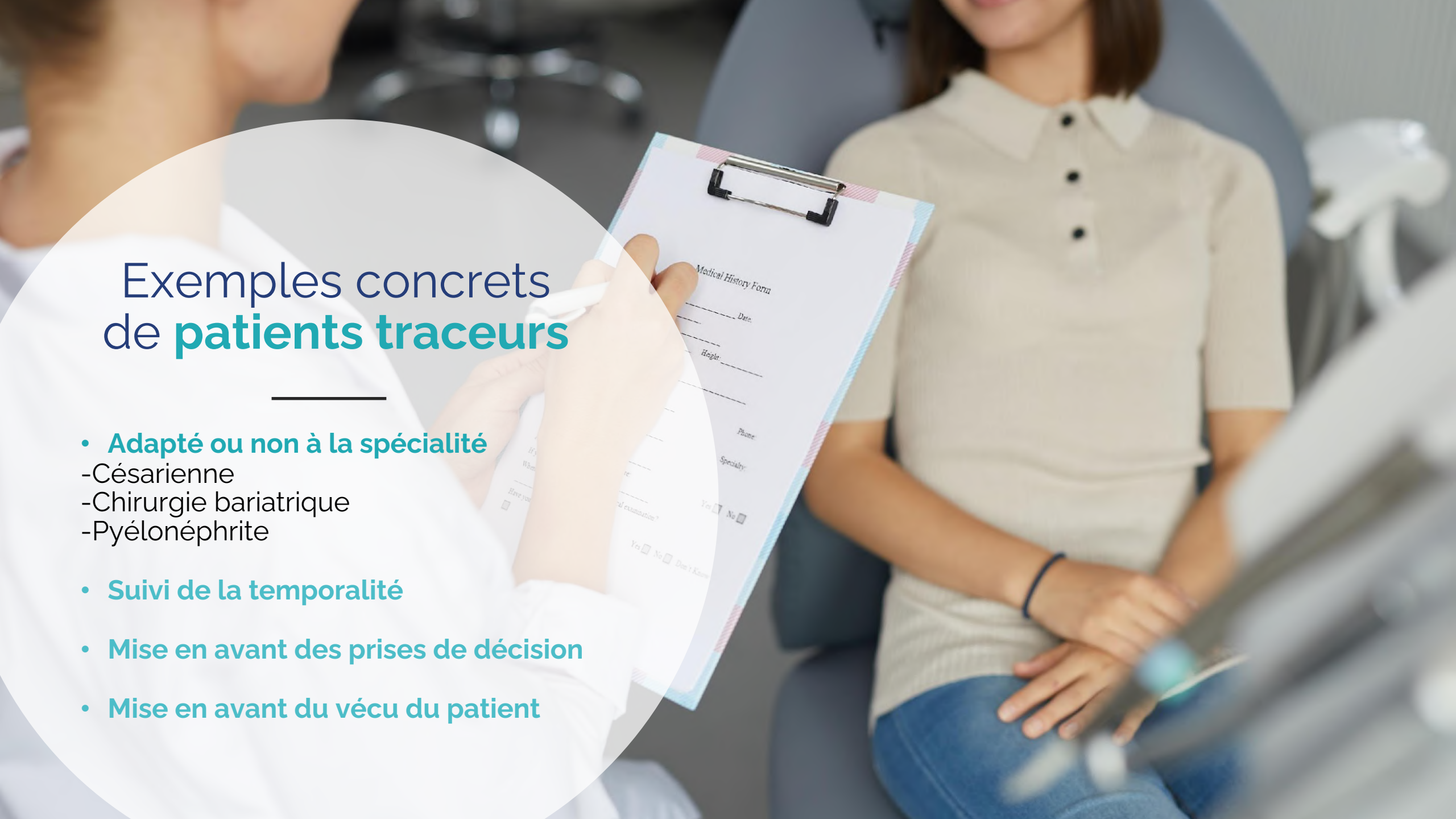
Retour d'expérience des experts visiteurs

Raha SHOJAI

Gynécologue obstétricien à la Maternité l'Etoile

Aix-en-Provence

Regard d'un médecin Patient Traceur



Exemples concrets de **patients traceurs**

- **Adapté ou non à la spécialité**

-Césarienne
-Chirurgie bariatrique
-Pyélonéphrite

- **Suivi de la temporalité**
- **Mise en avant des prises de décision**
- **Mise en avant du vécu du patient**

Méthodologie du Patient Traceur

- **Méthodologie traceur**

Expérience, vécu, ressenti

Temporalité étendue

Tenue du dossier

Liaison sortie

- **Méthodologie observateur**

Conformité aux normes

Ecarts /standards

Confidentialité, dignité

Dispensation médicaments

✓ **L'autonomie décisionnelle du patient** est mise en avant

Un focus sur le Patient

- Respect
- **Acteur** des soins
- Implication
- Engagement
- Adhérence

Sécurité = qualité ?

Exemple de la Césarienne code Rouge

- Un **acte technique** difficile **parfaitement réalisé**
- La maman et le bébé vont très bien

✓ Mais le **vécu humain** est catastrophique

100 % de sécurité mais **mauvaise expérience patient**

Qualité = sécurité ?

Exemple de l'exérèse d'un kyste ovarien à droite

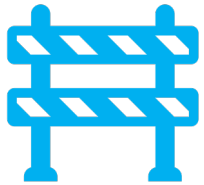
Patiente très satisfaite mais :

- Check list bloc opératoire ?
- Antibioprophylaxie ?
- Armoire à pharmacie ?

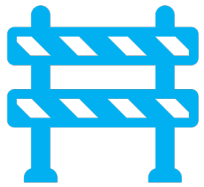
➢ **100 % de qualité** mais **sécurité** ?

Évènements porteurs de risques

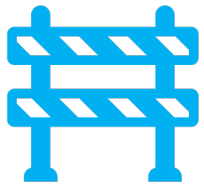
Barrières de Protection



Prévention = Radar



Récupération = ABS



Atténuation = Air Bag

P. Chevallier SEVOQQS

Barrières physiques

- Protection sur prise électriques, codes-barres, contrôles d'accès, contrôle de saisie informatique, fermeture des armoires de pharmacie, détrompeurs, diamètre seringue ou tubulure…

Barrières naturelles (distance, temps, placement)

- Procédure de diagnostic de mort cérébrale d'un patient, réalisée de façon indépendante par deux médecins à 12 heures d'intervalle
- l'administration séparée à des jours différents et par des personnes différentes de Methotrexate et Vincristine
- Contrôle des prescriptions en pharmacie centrale :

Exemple : 10 min pause entre la première vérification et l'administration

Barrières humaines

- Contrôler la température de l'eau avant le bain d'une personne âgée, contrôler par contention un patient violent, vérifier un médicament avant administration
- Supervision et entrainement

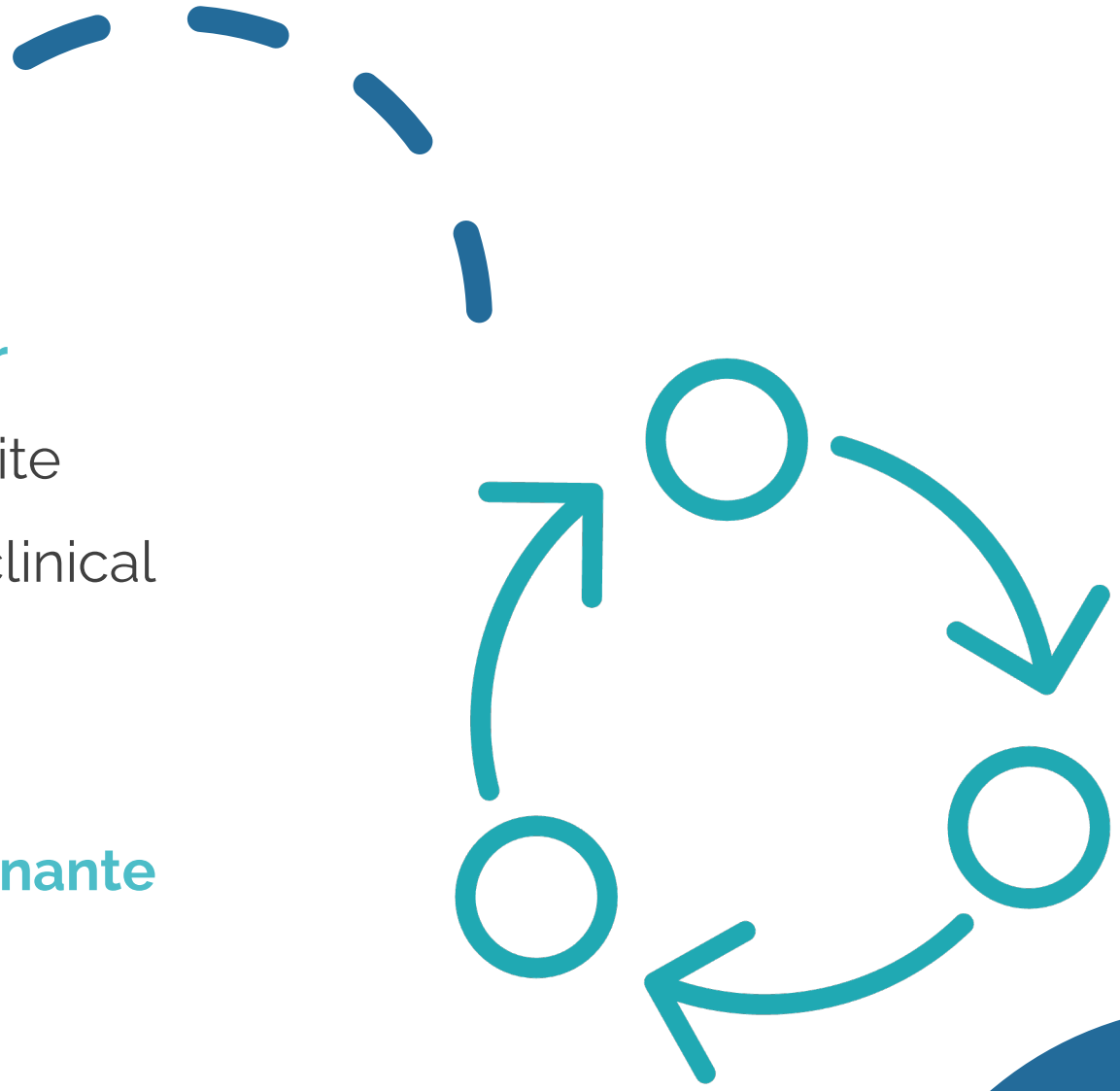
Barrières administratives

- Protocoles, procédures, chartes, règlements…

Approche motivationnelle

- La réalité du terrain par un **pair**
- **Sens** et **acceptabilité** de la visite
- Valoriser les **leaders** (clinical champions)

> Pour une **structure apprenante** (Kaizen)



Présentation de la SRA PASQUAL

Comptoirs qualité, outils et groupes de travail FORAP

Pr Stéphanie GENTILE

Médecin coordinateur PASQUAL

Dr Sophie TARDIEU

Praticien Hospitalier, Chargée de mission PASQUAL

Experte Expérience Patient et PACTE

PASQUAL

PACA CORSE Sécurité Qualité

ieSS

PASQUAL

Structure Régionale d'Appui

Rencontre régionale PACA Nouvelle Certification HAS

Mardi 5 avril 2022

Présentation

PASQUAL

PASQUAL est la **structure d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients** des **régions PACA** et **Corse.**

L'Equipe PASQUAL (=3,6 ETP)

20%
Pr Stéphanie Gentile
Médecin coordinateur
Professeur agrégé de Santé Publique

20%
Sophie Tardieu
Praticien Hospitalier
Expérience Patient
PACTE

100%
Patricia Polizzi
Cadre supérieur de santé
EIGS / Signalements
Prise en charge médicamenteuse

100%
Valentine Poncet
Ingénieure Qualité

20%
Sabine Brun
Chargée de mission Qualité
Infirmière
Responsable qualité en établissement sanitaire et médico-social

100%
Laure Hardouin
Chargée de mission Qualité, communication & développement

PASQUAL c'est aussi :

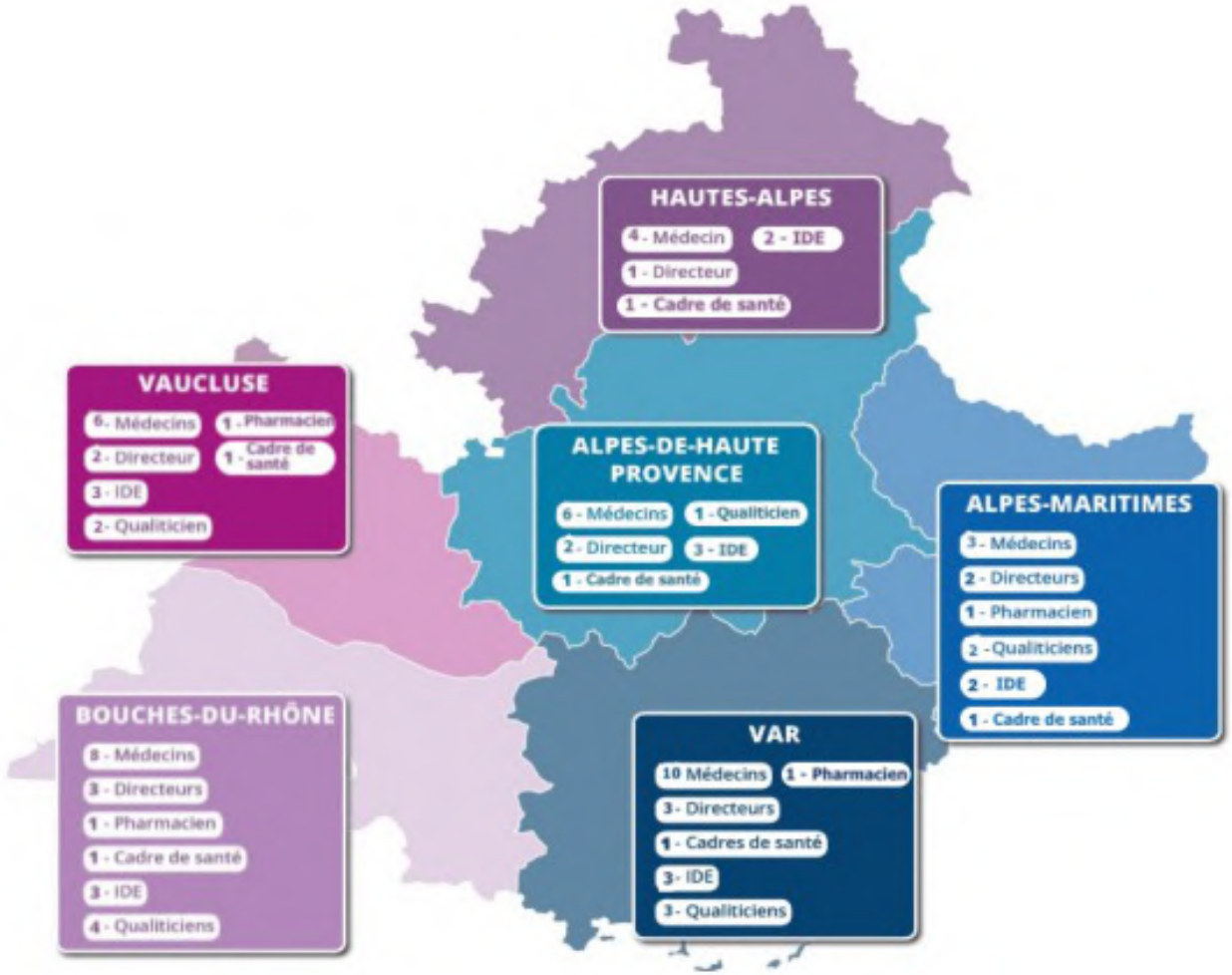
un réseau de personnes ressources

Une équipe de professionnels experts en qualité et sécurité des soins œuvrant pour le bien commun

Pré-requis :

- Absence de lien d'intérêt
- Confidentialité
- Connaissance de l'équipe PASQUAL et de ses missions
- Connaissance des engagements et des plans d'actions PASQUAL
- Situer PASQUAL au sein du REEVA, de la FORAP et de l'ARS
- Avoir une expertise métier ou maitriser le domaine de la qualité et/ou de la sécurité des soins

25
personnes
ressources
en **PACA**



Les missions
PASQUAL

Les missions PASQUAL

- **Soutien méthodologique** pour la déclaration, la gestion et l'analyse des **Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS)**

- **Mise à disposition d'outils**
  -> Pour se former à la gestion des risques
  -> Pour analyser un événement indésirable grave associé aux soins
  -> Pour faire un plan d'actions, un programme de gestion des risques

- **Accompagnement**
  -> Apporter notre expérience et notre expertise sur vos problématiques

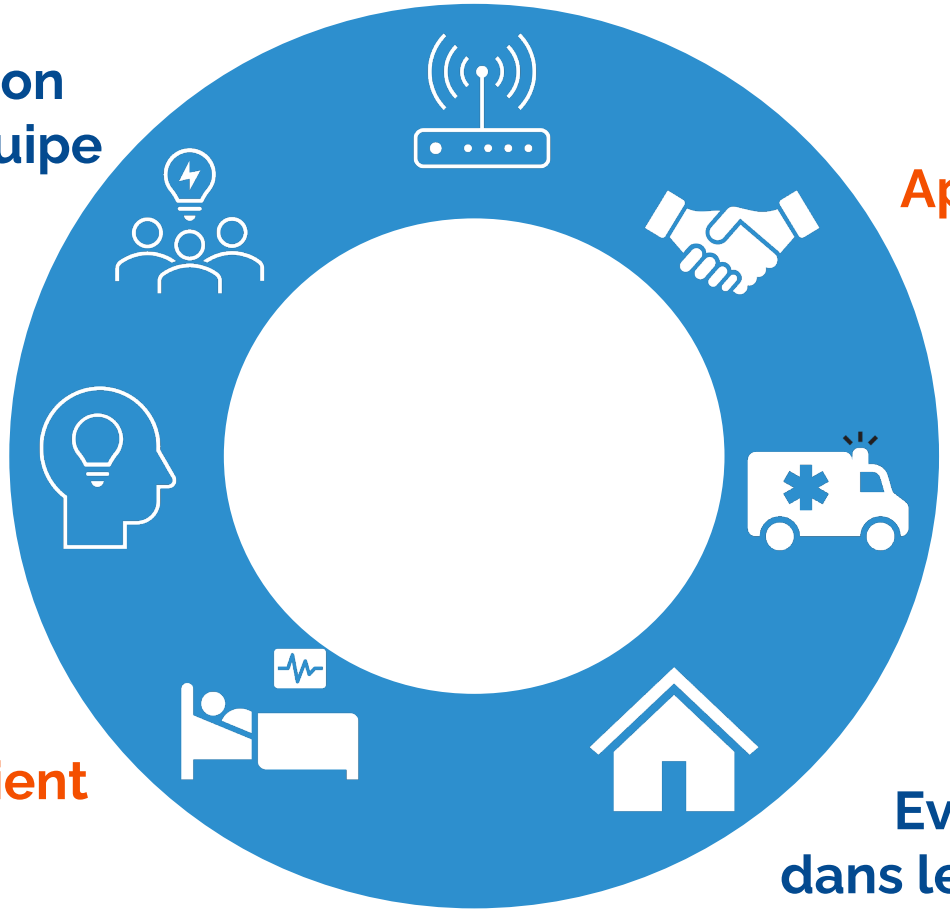
- **Formations**
  -> Sessions de formation ouvertes à tous sur inscription
  -> Possibilité de faire appel à PASQUAL pour des formations spécifiques

- **Expertise & participation à des projets de recherche**
  -> Dans le domaine de l'organisation des soins pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients

Les missions PASQUAL

Signalements des EIGS

Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe PACTE



Appui aux EIGS

Formations

Certification HAS dans le secteur sanitaire

Expérience Patient

Evaluation HAS dans le secteur médico-social

Les engagements de la SRA PASQUAL

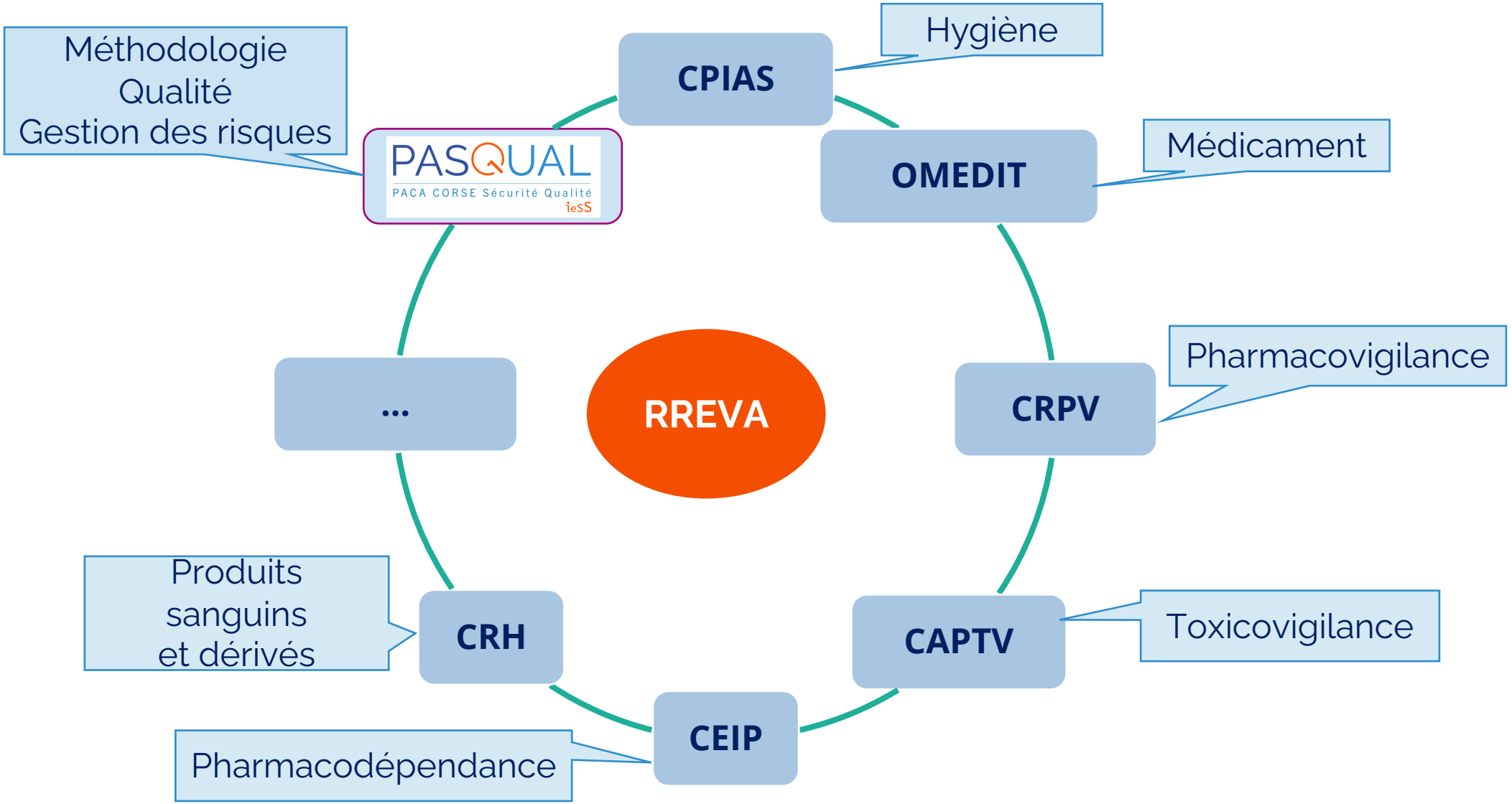
- Accompagnement pédagogique
- Démarche de proximité
- Réactivité face aux demandes
- Confidentialité
- Autonomie et indépendance
- Aide et soutien des établissements

→ Pour un résultat…

- Amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients
- Développement de la culture sécurité des professionnels de la région
- Sécurité des professionnels
- Promotion des signalements et analyses des EIGS

Positionnement de PASQUAL dans le RREVA

Réseau **RE**gional des **V**igilances et d'**A**ppui - **RREVA**



Positionnement de PASQUAL dans la FORAP

Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé

Participation aux groupes de la FORAP :

- Certification
- EIGS
- Médico-social
- Médecine de ville
- Implication des usagers
- Plateforme eFORAP
- Collège

Site internet

ACTUALITÉS PRÉSENTATION SIGNALEMENTS OUTILS PRESTATIONS PUBLICATIONS

PASQUAL
PACA CORSE Sécurité Qualité
ieSS

LA RENCONTRE PACA SUR LA NOUVELLE CERTIFICATION HAS AURA LIEU LE 5 AVRIL 2022

par Valentine PONCET | Fév 4, 2022 | Certification | 0 commentaires

La **HAS**, l'**ARS PACA**, **France Assos Santé PACA** et la **Structure Régionale d'Appui PASQUAL** ont le plaisir d'organiser la rencontre régionale « qualité et sécurité des soins » sur le thème de la **nouvelle certification HAS** :

LE **MARDI 5 AVRIL 2022**, DE **10H À 13H** EN **VISIO-CONFÉRENCE**
ÉVÉNEMENT 100% DIGITAL

Inscrivez-vous

Objectifs

- Partager et échanger sur les enseignements tirés des premières visites de certification de la HAS
- Retour d'expérience des professionnels et des usagers avec France Assos Santé PACA.
- Présenter le rôle d'accompagnement de l'ARS PACA et de la Structure Régionale d'Appui PASQUAL dans la mise en oeuvre de cette nouvelle certification.

Consulter le programme de la rencontre

Linkedin

PASQUAL - Structure Régionale d'Appui PACA CORSE
595 abonnés
1 mois ·

La nouvelle date de la rencontre régionale PACA sur la nouvelle certification de la Haute Autorité de Santé est fixée :

...voir plus

Les partenaires PASQUAL

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

ars
Agence Régionale de Santé
Corse

France Assos Santé
La voix des usagers
Provence-Alpes-Côte d'Azur

réseau méditerranée
Réseau de Périnatalité
PACA · Corse · Monaco

GRIVES
Groupe Régional d'IdentitoVigilance En Santé

Réseau
REgional des
Vigilances et
d'**A**ppui

PASQUAL & la nouvelle certification

PASQUAL & la nouvelle certification HAS

Un partenariat entre la HAS, l'ARS, France Assos Santé & PASQUAL

Rencontres régionales certification

- Corse le 13 janvier 2022
- PACA le 5 avril 2022

PASQUAL & le groupe de travail FORAP sur la nouvelle certification

Des outils créés pour accompagner la certification sur https://pasqual.sante-paca.fr/v2020/

- **Tableau Excel "FORAP_Outil_Certification_V2020_V6.xlsx" et son tutoriel**

Un outil conçu pour permettre :

✓ L'appropriation du nouveau manuel de certification

✓ La transition avec les thématiques de la v2014

✓ La mobilisation de vos organisations internes

✓ L'identification des méthodes d'évaluation par critère.

- **Book traceurs ciblés, grilles des méthodes d'évaluation**

Un book qui présente, à partir de Calista, les grilles des éléments d'évaluation pour chacun des 7 traceurs ciblés.

- **Book audit système**

Un book qui présente, à partir de Calista, les grilles des éléments d'évaluation pour chacun des 7 audit système.

- **Book engagement des patients**

Un book avec des fiches pratiques pour développer et soutenir l'engagement des usagers

Pasqual et la nouvelle certification HAS

Fiches mémos de la Forap sur les critères impératifs
-> Faciliter l'appropriation des attendus des éléments d'évaluation de chacun des critères impératifs
-> Présenter une vision globale des attendus du manuel de certification.
8 fiches mémos publiées

- Critère n°1.2-08 : Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa **douleur**
- Critère n°2.3-06 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des **médicaments à risque**
- Critère n°2.3-11 : Les équipes maîtrisent le **risque infectieux** en appliquant les précautions adéquates, standards et complémentaires
- Critère n°2.3-20 : Les équipes maîtrisent les risques liés à **l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)**
- Critère n°2.4-04 : Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'**analyse collective des événements indésirables associés aux soins**

Tutoriel vidéo Calista et vue « éclatée » du menu de Calista pour vous accompagner et vous aider à naviguer sur Calista

Dernières fiches

- Critère 2.1-05 : La pertinence du recours à des **mesures restrictives de liberté** est argumentée et réévaluée
- Critère 3.7-03 : Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins – **IQSS** - sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement
- Critère 1.1-03 : Le patient exprime son **consentement libre et éclairé** sur son projet de soins et ses modalités

Et 9 autres fiches à venir !

Les comptoirs qualité PASQUAL

Sessions d'1 heure, en visio-conférence, ouvertes à tous les professionnels de santé & responsables qualité des régions PACA et Corse :

- sur les grands principes de la certification
- sur les méthodes d'évaluation
- sur des thématiques ciblées

- **Animées par des experts**, avec une expérience opérationnelle sur la certification

- **Objectifs** : mettre à disposition des informations concrètes pour s'approprier la procédure de certification

- Les sessions se terminent toujours par une séance de **questions / réponses**.

Tous les comptoirs ont été enregistrés, les **replays** et les **supports** de présentation sont en libre accès sur le site internet PASQUAL **https://pasqual.sante-paca.fr/v2020/**

Les comptoirs qualité PASQUAL

16 comptoirs « certification » réalisés en 2021
1797 professionnels connectés

→ **3 comptoirs** sur les grands principes de la certification

→ **4 comptoirs** sur les méthodes d'évaluation :

- Patient Traceur
- Parcours Traceur
- Traceur Ciblé
- Audit Système

→ **9 comptoirs qualité thématique :**

- Urgences
- Maternité
- Prise En Charge Médicamenteuse,
- HAD
- Gestion des risques
- Engagement Patient
- Risques Infectieux
- Identitovigilance
- Hémovigilance

Les comptoirs qualité PASQUAL 2022

SAVE
—THE—
DATES

Comptoirs sécurité
Signalement EIGS

PASQUAL
PACA CORSE Sécurité Qualité
ieSS

1er comptoir
secteur sanitaire :
Jeudi 31 mars 2022

2nd comptoir
secteur sanitaire :
Jeudi 12 mai 2022

3ème comptoir
secteur médico-social :
Jeudi 16 juin 2022

4ème comptoir
secteur médico-social :
Jeudi 30 juin 2022

Comptoir
Travail en équipe
Jeudi 7 avril 2022
de 13h à 14h

Comptoir
Evaluation ESSMS
Jeudi 2 juin 2022
de 13h à 14h

Comptoir
Bloc opératoire
Jeudi 9 juin 2022
de 13h à 14h

PASQUAL

PACA Sécurité Qualité

ieSS

Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre **site internet :**
https://pasqual.sante-paca.fr/

Suivez notre page **LinkedIn :**
PASQUAL - Structure Régionale d'Appui PACA CORSE

email : pasqual@sraq.fr

Tel : 04 91 38 32 50

Questions / réponses

ARS PACA

Mot de clôture

Geneviève VEDRINES

Directrice adjointe de la Direction de l'Organisation des Soins

Mot de clôture

Nous vous remercions de **scanner le QR code ou de cliquer sur le lien** affiché dans le **chat** afin de remplir le **questionnaire de satisfaction** sur cette rencontre, vos retours nous seront précieux.

Mot de clôture

Le **replay** et le **support Powerpoint** de la rencontre seront disponibles sur les sites **internet de la HAS et de Pasqual**, un mail vous sera envoyé à ce sujet.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3281956/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-has-en-region

https://pasqual.sante-paca.fr/

Mot de clôture

Un grand **merci aux intervenants** pour leurs retours d'expérience et la qualité des échanges.

Merci à tous pour votre participation à cette rencontre et votre **engagement continu** dans la **qualité des soins** et la **sécurité des patients** en **PACA !**

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes
Côte d'Azur

PASQUAL
PACA CORSE Sécurité Qualité
ieSS

France
Assos
Santé
La voix des usagers
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Merci