



**HAL**  
open science

## Comment préparer la visite de certification V2020 de la Haute Autorité de santé dans sa maternité ?

F. Vendittelli

### ► To cite this version:

F. Vendittelli. Comment préparer la visite de certification V2020 de la Haute Autorité de santé dans sa maternité ?. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2022, 10.1016/j.gofs.2022.01.007 . hal-03597053

**HAL Id: hal-03597053**

**<https://uca.hal.science/hal-03597053v1>**

Submitted on 7 Mar 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## **Comment préparer la visite de certification V2020 de la Haute Autorité de santé dans sa maternité ?**

How to prepare for the V2020 certification visit by the French Health Authority in a maternity ward?

F. Vendittelli <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> CNRS, Clermont Auvergne INP, institut Pascal, CHU, université Clermont-Auvergne, 63000 Clermont-Ferrand, France

<sup>b</sup> Audipog, université Claude-Bernard Lyon 1-Laennec, Lyon, France

\* Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand Site Estaing, 1 place Lucie et Raymond Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1, France

## **1. Introduction**

La première procédure de certification (on disait accréditation) date de 1999. Nous sommes actuellement à la 5<sup>ème</sup> version de la certification par la Haute Autorité de santé (HAS). La HAS consciente de la faible implication des soignants dans cette démarche qualité au sein des établissements, a souhaité modifier le manuel de certification pour recentrer l'évaluation sur le soin et, notamment, prendre en compte les résultats concernant la prise en charge des patients ; simplifier la démarche en évaluant au plus proche des pratiques professionnelles ; et valoriser l'insertion territoriale des établissements et l'élaboration des parcours de soins [1].

La certification des établissements de santé devrait être devenue une routine pour les professionnels de santé et administratifs travaillant en établissement de santé mais il n'en est rien. Par ailleurs, la simplification annoncée par la HAS du processus et du manuel de certification n'est pas toujours vécu comme telle par les soignants. Enfin, bien que la certification soit au niveau de l'établissement, les services sont directement et indirectement concernés par la certification de leur établissement.

Cet article a pour but d'aider les soignants des services de maternité à préparer, au mieux, la visite de certification V2020 de leur établissement.

## **2. Description du processus d'organisation de la visite**

### **2.1. Préambule**

Les professionnels des maternités doivent bien anticiper la préparation de la visite de certification de leur établissement : plus le niveau de maturité concernant la démarche qualité et sécurité des soins de la maternité est faible, plus la préparation de la démarche doit être anticipée (minimum un an). En effet, il ne viendrait à l'idée d'aucun sportif de faire un marathon sans un long entraînement au préalable !

Il est nécessaire d'avoir au niveau local un groupe qualité composé de cadres du service et au minimum d'un médecin. L'avantage d'un tel groupe de pilotage local est de partager au sein des membres du groupe la mise en place et le suivi des actions d'amélioration choisies. Un coordinateur doit être identifié pour sa compétence et sa motivation pour la démarche qualité et gestion des risques. Il coordonnera le comité de pilotage qualité du service et sera en lien avec la direction qualité et/ou la structure jouant le rôle de comité de pilotage institutionnel de la démarche de certification. Ce pilote jouera le rôle de « locomotive » pour les professionnels de la maternité. Cette organisation nécessite d'être validée par le chef de service pour assurer la légitimité du groupe de pilotage et du coordinateur auprès de tous les agents de la maternité, médecins compris. Un service bien rodé à l'évaluation de la qualité avec un référent qualité investi sur le terrain a besoin de 6 mois de préparation pour travailler sans stress. Pour les autres prévoyez un temps beaucoup plus long.

Il vous est proposé 7 étapes clefs qui peuvent se chevaucher et dont l'ordre peut être discuté (cf. en annexe une check-list facilitant votre auto-évaluation) :

- **Etape 1** : Lire le manuel de certification HAS, V2020.
- **Etape 2** : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification.
- **Etape 3** : Mettre en place les différents types d'évaluation au sein de son service.
- **Etape 4** : Mettre en place les incontournables (vérification : des informations patients affichées, des fiches informations patients, des évaluations des pratiques professionnelles en place, etc.).
- **Etape 5** : Communiquer et informer les professionnels de la maternité.
- **Etape 6** : Aider les professionnels à préparer la visite dans la maternité (rédaction de mémos, etc.).
- **Etape 7** : Bien accueillir les experts en maternité.

## 2.2. Détail de différentes étapes :

**Etape 1 :** Lire et comprendre les attendus de la HAS explicités dans le manuel.

Le manuel comporte 3 chapitres : « le patient », « les équipes de soins », et « l'établissement » [2].

La lecture du manuel, par le comité de pilotage de la maternité, permet de connaître les critères concernant directement ou indirectement la maternité et de mettre en place les actions d'améliorations utiles, locales et/ou institutionnelles, pour atteindre les objectifs fixés dans le manuel de certification.

Il existe, à ce jour, 3 types de critères : les critères ayant un niveau d'exigence standard (en bleu, n=109), les critères ayant un niveau d'exigence impératif (« ce que la HAS ne veut plus voir », en rouge, n=17) et les critères ayant un niveau d'exigence avancé qui constituent les potentiels critères standards de demain (en jaune, n=5).

Il est impératif de travailler d'abord sur les critères prioritaires qui sont d'une part, spécifiques à une activité comme « les équipes maîtrisent le risque lié aux hémorragies du postpartum immédiat (HPP)» (critère 2-3-20), et d'autre part, transversal à l'établissement comme « au bloc et dans les secteurs interventionnels, la checklist « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace » (critère 2.2-12), « les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque » (critère 2.3-06), « les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs » (critère 2.3-12). En effet, la HAS a une notation plus sévère pour ces critères dits impératifs. La note obtenue pour les critères impératifs peut venir de celle obtenue par l'établissement pour les indicateurs qualité relevés au niveau national (indicateurs de qualité et de sécurité des soins [IQSS] comme « le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur » (critère 1.2-08).

De nombreux critères standards sont transversaux mais concernent aussi la maternité : « la pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe » (critère 2-1-

01), « la pertinence de la transfusion de produits sanguins est argumentée » (critère 2-1-07), « le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués » (critère 2-2-05), « le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient » (critère 2.2-11), « les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments » (critère 2.3-03), « les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments » (critère 2.3-04), « les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle » (critère 2.3-09). La note obtenue pour certains de ces derniers critères vient aussi du score des IQSS : « la pertinence des prescription d'antibiotiques est argumentée et réévaluée » (critère 2.1-06), « les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins » (critère 2.2-06), « une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant » (critère 2.2-20), « les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains » (critère 2.3-10), « les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standards et complémentaires » (critère 2.3-11).

Les critères avancés ne rapportent aucun point et sont à travailler par ceux dont la démarche qualité de leur maternité est mature, notamment ceux qui ont intégré le management par la qualité. Ainsi, en maternité le critère avancé est « les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse » (critère 1.1-07).

Un mot clef revient souvent « pertinence des soins », il faut donc vous interroger sur l'existence de travaux en équipe : staffs pluridisciplinaires, améliorations des pratiques professionnelles (APP) ou évaluations des pratiques professionnelles (EPP)[audit, revue de concertation pluri professionnelle, revue de pertinence, accréditation d'équipe ou individuelle, suivi d'indicateurs, etc.] ayant été réalisées ou en cours depuis la dernière visite de certification. Pour chaque critère vous concernant directement ou indirectement posez-vous les bonnes questions. Par exemple, pour les critères portant sur l'antibioprophylaxie ou

antibiothérapie, avez-vous une procédure ? Un protocole sur le sujet, spécifique à la maternité ou institutionnel ? Ce document est-il à jour ? Avez-vous vérifié via une évaluation (traceur ciblé, etc.) que votre processus est appliqué de la même façon par les sages-femmes, les obstétriciens et les anesthésistes ? Si non, faites cette évaluation et mettez en œuvre les résolutions des problèmes identifiés. Pour la pertinence des transfusions sanguines, ce travail est-il institutionnel (trans-services) ou spécifique à la maternité, croisez ce critère avec celui sur les HPP, avez-vous évalué cette pertinence ? Si non, faites cette évaluation via un traceur ciblé, par exemple. Concernant les critères portant sur le dossier patient, avez-vous vérifié la bonne tenue de votre dossier patient [bonne traçabilité des informations remises à la femme, traçabilité de la réflexion bénéfice-risque sur les actes ou le mode d'accouchement ? Avez-vous évalué la tenue du dossier patient (audit, patient traceur, etc.)] ? Les femmes sortent-elles avec une lettre de liaison ? Etes-vous conforme sur le respect du bon usage de la checklist (signature de tous les intervenants, etc.) ? Avez-vous eu un audit institutionnel sur le sujet ? Si non, avez-vous une APP terminée ou en cours sur le sujet dans votre maternité ? Le circuit du médicament dans votre maternité est-il sécurisé ? La sécurité transfusionnelle est-elle assurée dans votre service ? L'HPP est un critère impératif donc avez-vous une APP sur le sujet, les HPP sévères passent-elles dans les revues de morbi-mortalité (RMM) ? Avez-vous un suivi d'indicateurs avec un focus sur les HPP ? Quelles sont les formations à destination des professionnels portant sur les HPP ayant eu lieu depuis la dernière certification ? Combien d'agents formés ? Mon protocole portant sur les HPP et les outils qui lui sont liés (poster, boîte HPP, etc.) sont-ils à jour ? Ai-je un plan d'actions qualité dans mon secteur de naissance inclus dans celui de mon établissement et les actions d'amélioration sont-elles régulièrement suivies ? Est-ce que les professionnels du service connaissent les résultats des IQSS et les analyses des Evènements Indésirables (EI) ? Que fait-on dans le service des résultats des EI et des indicateurs IQSS dont ceux portant sur la satisfaction des femmes ?

Avons-nous une enquête de satisfaction spécifique à la maternité en supplément de l'enquête nationale E-Satis ?

Il est important de se demander qu'avons-nous fait depuis 4 ans et de centraliser les éléments de preuve, idéalement, dans un endroit accessible à tous (site intranet de l'établissement ou serveur partagé, etc.) : programmes des formations, émargements aux formations ou réunions, documents décrivant les APP, liste des formations du réseau ou en local, protocoles et autres documents qualité (manuel qualité du secteur de naissance, fiche de poste du référent du secteur de naissance, etc.) à jour sur la gestion documentaire électronique de l'établissement.

**Etape 2 :** Comprendre les différents types d'évaluation utilisés par les experts de la HAS lors de la visite des établissements de santé. Ces méthodes sont fort utiles pour préparer sa visite de certification et réaliser son évaluation interne qui n'est pas obligatoire mais fortement conseillée.

Le manuel de certification de la HAS prévoit 5 types d'évaluation : le patient traceur, l'audit système, le parcours traceur, le traceur ciblé et les observations. Ces méthodes d'évaluation sont très proches du terrain et sont simples à comprendre [2]. La HAS a développé des outils pédagogiques (fiches pratiques opératoires) pour en faciliter l'appropriation par les soignants [3-11]. Pour réaliser son auto-évaluation demandez l'aide de votre direction qualité qui vous fournira les grilles utilisées par les experts de la HAS (ou des grilles adaptées), les évaluations sont ; de préférence, croisées par des professionnels d'un autre service au sein de votre établissement ou de votre groupement hospitalier de territoire (GHT). La lecture de toutes ces grilles peuvent vous aider à repérer vos actions d'amélioration à mettre en place avant la visite. Il existe des vidéos pour bien comprendre ces différentes méthodes d'évaluation [4]. Il existe aussi d'autres outils pédagogiques développés par la HAS (évaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification, évaluation de la culture de la pertinence



et du résultat selon le référentiel de certification, évaluation du système d'information hospitalier et du dossier patient selon le référentiel de certification, etc.)[5-11].

La méthode d'évaluation via le « patient traceur » est bien connue des équipes [3], elle consiste selon la HAS à *« évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé. L'expert recueille, après l'obtention de son consentement, l'expérience du patient et/ou de ses proches. C'est pourquoi le patient retenu doit être le plus proche de la sortie afin que son vécu soit le plus large possible. L'évaluateur se fait présenter le patient par son médecin référent ou son représentant, puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient »*[2]. La méthode du « parcours traceur » consiste selon la HAS à *« évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, et le travail en équipe. L'expert apprécie aussi la culture qualité et sécurité des soins. L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la prise en charge en s'appuyant sur un dossier «fil rouge» auquel seront associés des dossiers identiques si le dossier «fil rouge» ne permet pas de recueillir toutes les informations recherchées. Ensuite, l'évaluateur, accompagné d'un professionnel, retrace le parcours physique du patient. À cette occasion, il rencontre les différentes équipes intervenant dans le parcours type retenu et complète ainsi son évaluation »*[2]. La méthode du « traceur ciblé » consiste selon la HAS à *« évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie de l'audit système puisque l'évaluation part du terrain pour remonter, en cas de dysfonctionnements observés, vers le processus. Pour ce faire, l'évaluateur rencontre les équipes, consulte les documents nécessaires et réalise les observations associées. En visite, plusieurs traceurs ciblés sont réalisés par les experts-visiteurs : circuit du médicament et des produits de santé, prévention des infections associées aux soins, gestion des événements indésirables, accueil non programmé, transport en intrahospitalier des patients et gestion des produits sanguins labiles »*[2]. L'audit système

consiste, selon la HAS, à « *évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Il se différencie du traceur ciblé puisque l'évaluation part de la compréhension du processus jusqu'à la vérification, sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels. Pour ce faire, l'évaluateur consulte, dans un premier temps, l'ensemble des éléments constitutifs du processus. Puis, dans un deuxième temps, il rencontre, selon le processus concerné, la direction, la présidence de CME, la direction des soins ou équivalent ou les responsables en charge d'une structure spécifique, les représentants des usagers. Le troisième et dernier temps consiste à évaluer, avec les professionnels, dans quelle mesure le processus est mis en œuvre sur le terrain* »[2]. Enfin, la méthode dite des « observations » consiste selon la HAS, « *à faire des observations lors de chaque traceur. Elles sont réalisées sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain, par exemple : le respect de la dignité et de l'intimité du patient (pas de patients dénudés, portes fermées...), l'accessibilité des locaux (rampe d'accès, ascenseur, signalétique...), la maîtrise du risque infectieux (tenue des professionnels, containers fermés, boîtes pour objets piquants et tranchants...), etc.* »[2].

**Etape 3 :** Mettre en place les différents types d'évaluation au sein de son service.

La réalisation d'auto-évaluations au sein des équipes permet aux professionnels de s'approprier le référentiel, sans être obligé de le lire entièrement, et surtout de se l'approprier d'un point de vue concret. Cela permet aussi de s'évaluer sur les critères du référentiel qui leur sont applicables, d'anticiper la visite des experts de la HAS permettant de réduire le stress des équipes, de faciliter l'appropriation de la démarche qualité en local et de mieux accepter les méthodes d'évaluation proches du terrain mises en place par la HAS. Ces évaluations permettent la mise en place d'actions d'amélioration avant l'arrivée des experts. Chaque méthode d'évaluation se décline dans une grille d'évaluation qui intègre les éléments

d'évaluation de l'ensemble des critères, génériques et spécifiques, de la cible évaluée. Pour ces auto-évaluations, il faut s'appuyer comme lors des visites HAS sur les dossiers patients et sur les autres documents utiles (protocoles, procédures, affiches murales, documents d'information à destination des patients, etc.).

**Etape 4** : En parallèle des étapes précédentes, mettre en place les « incontournables ».

Le manuel de certification HAS, tous les guides pédagogiques et les grilles d'évaluation permettent de savoir les attendus qui sont faciles à mettre en place [4-12]. Ces grilles sont communes aux professionnels des établissements et aux experts de la HAS. Ainsi, les affiches à destination des patients sont-elles en place (si non le faire rapidement) : charte de la personne hospitalisée, des supports d'information et de communication sur des messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et de prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition des usagers dans le service. Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences de ces associations, éventuellement sur le site Internet de l'établissement de santé, etc. (cf. grille d'évaluation « parcours traceur »).

Par ailleurs, vérifier les documents d'information patients à disposition dans votre service : information sur le projet de naissance, l'entretien prénatal précoce, les directives anticipées, etc.

Vérifiez la mise à jour des protocoles, procédures, manuel qualité et autre document de votre gestion documentaire. Un document doit avoir une date de mise à jour dictant sa réactivation simple ou la réalisation de corrections selon les besoins. Mettez à jour le bon chef de service dans votre manuel qualité du secteur de naissances ou le bon médecin responsable dans l'organigramme explicitant l'organisation de la qualité est gestion des risques de votre

service, etc. Tous ces documents sont-ils connus par la direction qualité et les professionnels de la maternité ?

Vérifiez aussi les démarches d'APP en cours ou devant être mises en place, compte-tenu des critères prioritaires de la HAS (checklist opératoire, entretien prénatal précoce, projet de naissance selon l'avancée de vos démarches d'APP). Priorisez les évaluations portant sur la pertinence des soins (pertinence de la césarienne programmée, pertinence de la prise en charge des HPP, de la transfusion, de l'interprétation du risque d'acidose en cours de travail, etc.). Pas de panique en un an on peut faire une APP avec 2 évaluations sur 50 femmes et entre temps mettre en place des actions d'amélioration ! Avez-vous un bilan annuel avec tous les émargements et autres éléments de preuve de toutes vos APP ? Avez-vous fait remonter ces éléments de preuve concernant vos APP à la structure interne de votre établissement gérant l'enregistrement et le suivi des APP. Votre RMM ou votre Comité de retour d'expérience (CREX) est-elle active ? Si oui, êtes-vous capable de le prouver (présence de comptes rendus, émargements, bilans annuels, rythme suffisant de ces réunions par an) ?

Vérifiez que vous disposez d'indicateurs propres à votre maternité (ceux classiques comme le pourcentage d'épisiotomies, de césariennes et d'extractions instrumentales, et d'autres en lien avec les attendus du manuel HAS comme ceux sur le suivi des HPP, des transfusions, des actes de 2<sup>ème</sup> ligne en cas d'HPP, des infections du site opératoire en cas de césarienne, etc.). Réalisez-vous un benchmarking pour comparer vos indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats avec d'autres, comme par exemple la participation à la base de données Audipog ? Si oui, récupérez les tableaux de bord de suivi annuel (et l'attestation de participation à la base) et mettez-les à disposition des professionnels du service et des experts avec les autres éléments de preuve utiles à la visite.

Vérifiez la mise à jour de votre plan d'action qualité et sécurité (PAQS) et de la cartographie des risques du secteur de naissances. Les actions d'améliorations actées après les APP ou les auto-évaluations intègrent votre PAQS et celui-ci doit être remonté à la direction qualité.

Comment mener toutes ces actions en même temps ? Des réunions régulières mais courtes du groupe qualité de la maternité (tous les 15 jours), en amont de la visite de certification, sont souhaitables. Ces réunions permettent de mettre à jour collectivement le PAQS et de valider et mettre en œuvre les actions de communication.

### **Étape 5** : En même temps, communiquer et informer ses équipes

La communication est primordiale et plus l'équipe a un nombre de professionnels important, plus c'est difficile, or lors de la visite de certification tous les agents peuvent être questionnés par les experts. Il faut multiplier les dispositifs de communication. Il est ainsi possible de créer un petit journal interne à la maternité pour expliciter toutes les démarches réalisées par le groupe de pilotage de la maternité. Les échanges entre les cadres et les équipes sont importantes.

Prévoyez un point d'échange court lors de staffs de médecins pour leur expliquer la démarche, le calendrier de la visite, faire un rappel sur les types de documents (et leur lieu d'accès H24) utiles pour montrer aux experts. Pour les auto-évaluations et l'évaluation par les experts de la HAS, la présence de médecins est indispensable à rappeler.

Vérifiez que tous les professionnels soient capables d'expliquer comment déclarer un évènement indésirables au niveau institutionnel et qu'ils soient informés des documents à lire en vue de la visite, y compris ceux développés au niveau institutionnel. Anticipez le rappel aux professionnels sur le bon classement du dossier, la bonne traçabilité des informations remises aux patients, la traçabilité de réflexion bénéfice risque sur le mode d'accouchement, etc.

**Etape 6** : Préparer la visite en aidant les professionnels du service

Comme vu précédemment, il faut que les professionnels aient accès à tout moment et en toute circonstance aux documents qui pourraient leur être utiles lors de leurs éventuels échanges avec les experts HAS. Si vous avez un onglet « maternité » sur l'intranet de votre établissement, mettez-y tous les documents utiles à la certification mais l'idéal est d'avoir de façon routinière déjà des informations portant sur la qualité au sein de la maternité (documents décrivant les APP, tableaux de bord d'indicateurs, enquêtes de satisfaction du patient spécifiques à la maternité, cartographie des risques, PAQS, etc.). D'autres documents peuvent être sur la gestion documentaire électronique de l'établissement (protocoles/procédures, fiches d'information patients, livret d'accueil des agents et des étudiants, etc.).

Par ailleurs, pour le critère impératif HPP et selon le calendrier de visite de votre établissement spécifiant les critères transversaux qui seront évalués sur la maternité (antibioprophylaxie et césarienne, etc.), la rédaction de mémos à destination des soignants peut être très pertinente. En effet, cela permet de lister tout ce qui a été réalisé depuis 4 ans (ou plus) en termes de formations basse et haute-fidélité des agents, de protocoles ou procédures, d'outils (poster HPP, Magnet sulprostone pour les réfrigérateurs, feuilles de recueil spécifique HPP, d'APP, etc. au niveau régional via votre réseau de santé en périnatalité ou au niveau de la maternité). Ces « antisèches » peuvent, selon le contexte, être remises aux experts.

**Etape 7** : Bien accueillir les experts

Il faut prévoir une grande salle avec accès à un ordinateur et donc au Dossier Patient informatisé, à la gestion documentaire électronique et à l'Intranet de votre établissement. En

effet, lors des échanges, les experts peuvent vous demander à consulter un protocole ou un autre élément de preuve.

Veiller à ce que les dossiers soient bien tenus (papier avec identification du patient sur toutes les pièces du dossier) et bien classés. Le choix des dossiers par les experts est tardif et l'absence de traçabilité, par exemple, de la signature de la checklist opératoire n'est pas rattrapable.

Ceux connaissant le mieux le dossier patient sélectionné par l'expert devraient être présents, ainsi que ceux connaissant la démarche qualité du secteur. La pluridisciplinarité des professionnels présents est importante lors des évaluations avec les experts. Prévoyez donc la présence lors des évaluations de médecins de chaque discipline de la périnatalité et donc il faut faire annuler leurs consultations ! Modifier le calendrier de la visite HAS pour y intégrer les noms des médecins et autres professionnels qui seront présents lors de la venue des experts HAS dans le service.

Vous pouvez accueillir les experts sans stress si la préparation de la visite a été anticipée, si vous connaissez les méthodes d'évaluation, si vous avez bien communiqué au sein de l'équipe, si l'accès aux documents dits éléments de preuve est facilité lors du passage des experts. Pensez aussi que ce sont des professionnels d'établissements de santé donc les accueillir de façon courtoise. En cas de désaccord, être factuel en citant des référentiels nationaux ou en montrant les éléments de preuve colligés dans le cadre de la visite. Par exemple, l'expert pourrait dire : « j'ai rencontré un agent qui n'a pas eu de formation aux urgences vitales », un présent peut alors répondre : « c'est possible mais nous avons de nombreuses formations dont des simulations haute-fidélité sur l'arrêt cardiaque, les HPP, la réanimation néonatale, etc. Voici la liste des formations du réseau en santé périnatal ou en local depuis 4 ans et la liste des émargements prouvant que la grande majorité de nos sages-femmes a été formée (avoir le pourcentage d'agents formés et le rythme des formations) ».

### 3. Conclusion

Bien que la certification HAS soit une certification d'établissement et non de service, il est important que les services soient actifs dans cette préparation de la visite et anticipent la sélection et la mise en place d'actions d'amélioration. Il est important d'anticiper la visite de certification suffisamment à l'avance. Il est aussi impératif de communiquer largement auprès des différents professionnels intervenant en maternité. Avec une bonne organisation, la visite de certification se passera au mieux et sans stress pour les équipes.

### Déclaration de conflit d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

**Remerciement** : A Mme Mireille Berlandi, cadre de santé à la direction qualité du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, pour ses commentaires concernant ce travail.

### Références

1. Chevrier A, Grenier C. La nouvelle certification des établissements de santé pour la qualité des soins. «Patients, soignants, un engagement partagé ». Risques Qualité 2021;1:11-5.
2. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis ; 2021.  
[[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf)](accessed 8 décembre 2021)
3. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. Saint Denis ; 2014.



4. Haute Autorité de Santé. Film certification HAS V2020 : méthodes d'évaluation (parcours traceur, patient traceur, traceur ciblé, observations et audit système). Saint-Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins)] (accessed 8 décembre 2021)
5. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification. Saint-Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche\\_pedagogique\\_pec\\_medicamenteuse.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)
6. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification. Saint-Denis ; 2020.
7. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la culture de la pertinence et du résultat selon le référentiel de certification, Saint-Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_culture\\_pertinence\\_resultat\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_culture_pertinence_resultat_certification.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)
8. Haute Autorité de Santé. Évaluation du système d'information hospitalier (SIH) et du dossier patient selon le référentiel de certification. Saint-Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_systeme\\_info\\_hospitalier\\_dossier\\_patient\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_systeme_info_hospitalier_dossier_patient_certification.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)
9. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification. Saint-Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche\\_pedagogique\\_urgence\\_vitale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)

10. Haute Autorité de santé. L'accréditation des médecins et équipes médicales selon le référentiel de certification, Saint-Denis ; 2021. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_accréditation\\_medecin\\_equipe\\_medicales\\_certification.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_accréditation_medecin_equipe_medicales_certification.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)
11. Haute Autorité de Santé. Évaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification. Saint Denis ; 2020. [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche\\_pedagogique\\_secteurs\\_interventionnels.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_secteurs_interventionnels.pdf)] (accessed 8 décembre 2021)

### Annexe 1 : Check-list de préparation d'une visite de certification en maternité

Vérifications Internes		Résultats		
des Etapes	Points de vigilance	Fait	Non fait/ à faire	Commentaires
<b>Préambule</b>	Un groupe qualité local est en place au sein de la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un coordinateur local de la démarche est identifié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cette organisation a été validée par le chef de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lecture du manuel de certification V2020</b>	Repérage des critères transversaux impératifs intéressants la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Repérage des critères impératifs intéressants la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Repérage des critères transversaux standards intéressants la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Repérage des critères avancés intéressants la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Des démarches de travail en équipe sont-elles en place ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Comprendre les différentes méthodes d'évaluation utilisées pour l'auto-évaluation et qui seront utilisés par les experts HAS</b>	Les 5 méthodes sont-elles comprises ? - patient traceur - traceur ciblé - audit système - observations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vérification des « incontournables » en vue de la visite</b>	Vérification des informations à destination des patients (affiches murales, fiches d'information, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vérification de la qualité de la gestion documentaire du service : - protocoles/procédures/chartes à jour et existent pour les critères repérés dans le manuel : HPP, antibioprophylaxie, etc.). - procédures, etc. accessibles à tous et intégrées à la gestion documentaire institutionnelle. - rédaction des documents conforme aux directives institutionnelles et les documents sont à jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vérification de l'existence des éléments de preuve concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	les APP (audits, revues de pertinence, indicateurs, RMM/CREX, etc.) : bilan annuel, émargements, comptes rendus, etc. Ces documents ont-ils été remontés en central ?			
	Ai-je une APP de service ou transversale portant sur la check-list opératoire, l'entretien prénatal précoce, le projet de naissance, des APP portant sur une pertinence de prise en charge : HPP, césarienne, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Des indicateurs propres à votre maternité sont disponibles. Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un Benchmarking de vos indicateurs est en place avec votre réseau ou la base de données Audipog, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Le plan d'actions qualité et sécurité de la maternité (PAQS) est à jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La cartographie des risques du secteur de naissance est à jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Communication/information des équipes</b>	Avez-vous des moyens de communication à destination des agents de votre maternité ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les agents ont été formés à la déclaration des EI en central.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Un rappel sur la bonne tenue du dossier et son classement a été réalisé récemment (traçabilité des informations remises à la femme, de la réflexion bénéfices-risque des actes dont le mode d'accouchement, remplissage de la check-list opératoire, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les professionnels ont été informés sur les documents mis à leur disposition et comment y accéder à tout moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Elaboration des outils d'aide à destination des professionnels</b>	Votre gestion documentaire dématérialisée est tenue à jour et bien ordonnée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vos indicateurs sont disponibles dans des tableaux de bord aisés à lire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Des mémos reprenant l'historique des actions portées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	par le réseau périnatal et par votre maternité pour certains critères (HPP, etc.) ont été élaborés.			
<b>Bien accueillir les experts</b>	Une grande salle a été réservée avec accès au dossier informatisé et à votre gestion documentaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Le bon classement des dossiers patients sélectionnés par les experts a été vérifié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les consultations des médecins (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) ont été annulées en fonction du calendrier de la visite HAS pour les évaluations prévues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La pluridisciplinarité des professionnels présents lors des évaluations a été vérifiée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	