



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La certification V2014

*Un dispositif au service de la démarche qualité et
gestion des risques des établissements de santé*

François BERARD
Service Certification
des établissements de santé

12 Juin 2014

Journée Qualité - ARS Centre



01

**La V2014 :
Enjeux, ambitions et axes thématiques**

Le contexte

- **Un bilan de 12 années de déploiement de la procédure de certification**
 - Fort apport culturel et structurel de la certification
 - Outil de changement organisationnel
 - Des professionnels sont impliqués et en ont perçu la valeur ajoutée
- **Les évolutions de la certification s'inscrivent dans un contexte très évolutif :**
 - Nouveau rôle des présidents de CME
 - La montée en puissance des ARS
 - Le renforcement continu des attentes des usagers
 - Des contraintes fortes pesant sur les établissements

Un constat, un enjeu et un prérequis

- **Une structuration déjà forte des démarches qualité au sein des établissements de santé**
 - Apport de la certification, les obligations du code de la santé publique, le développement des EPP et des démarches DPC...
 - ➔ S'appuyer sur le PAQSS de chaque établissement
- **Aller plus loin en agissant sur la culture qualité et sécurité**
 - Placer la qualité au cœur du management, développer des approches processus et affirmer la place centrale de la dimension « équipe » pour atteindre des gains en matière de sécurité
 - ➔ Evaluer la maturité des démarches qualité et gestion des risques
- **Conserver le même manuel jusqu'à l'horizon 2018**

Les ambitions de la certification V2014

Une certification au service des démarches qualité des établissements

- Une certification continue mieux synchronisée avec les autres démarches de management de la qualité
- Une certification personnalisée par établissement en fonction de ses enjeux et ses risques
- Une certification efficace optimisant la charge de travail de l'établissement
- Une évaluation de la réalité de l'activité de prise en charge
- La valorisation des réalisations de l'établissement

Les thématiques de la certification

- **Selon 3 axes :**
 - Axe 1 : Maintenir un haut niveau de vigilance sur les PEP et refuser toute régression
 - Axe 2 : Encourager l'émergence de nouvelles thématiques « d'impulsion », notamment qualité de vie au travail
 - Axe 3 : Rapprocher la certification des équipes et de la prise en charge des patients
- **Avec une préoccupation constante de conforter la place des usagers en V2014**

Les modalités opérationnelles de la V2014

- **Un cycle plus continu ;**
- **Une lecture du Manuel au travers de 21 thématiques**
- **Un outil de suivi de la certification, le compte qualité, articulé avec le programme Q-GDR de l'établissement ;**
- **Une visite structurée autour de nouvelles méthodes de visite pour permettre une évaluation de la réalité des prises en charge ;**
- **Un processus décisionnel exigeant évaluant la maturité des démarches de qualité de l'établissement ;**
- **Une diffusion améliorée des résultats**




02

**Un cycle plus continu et des modalités
rénovées pour le pilotage
de la démarche de certification**

Les 21 thématiques

Management	<ul style="list-style-type: none">Management stratégique, gouvernance<u>Management et gestion de la qualité et des risques</u>Gestion du risque infectieux	Prise en charge du patient	<ul style="list-style-type: none">Droits des patientsParcours du patientPEC de la douleurPEC des patients en fin de vieGestion du dossier du patientIdentification du patientPEC médicamenteusePEC du patient aux urgences et soins non programmésLaboratoireImageriePEC du patient au bloc opératoirePEC dans les secteurs à risqueDons d'organe
Fonctions support	<ul style="list-style-type: none">Gestion des ressources humainesSanté, sécurité et qualité de vie au travailGestion du système d'informationGestion des ressources financièresFonctions logistiques		



02-1

**La mise en place
du compte qualité**



Objectifs du compte qualité

Un outil pour définir ses priorités d'amélioration

- **Méthode d'évaluation**

- Fondée sur **l'identification et une analyse de ses risques** par thématique par l'établissement de santé
- en fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- en fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP...

- **Résultats**

- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

→ Pour mettre en évidence ses propres opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins

Un outil pour synchroniser

- **Outil de la continuité**

Le Compte Qualité est :

- un outil de management par la qualité actualisable, vivant et donc continu,

- au service de toutes les démarches qualité et gestion des risques dont la certification

- **Outil de l'efficience**

Le Compte Qualité permet :

- de faire converger dans un même document le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques d'un établissement et les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification

- à terme, de répondre aux attentes des autorités de tutelle par exemple dans le suivi des annexes qualité des CPOM

Un outil pour piloter

- **Outil standardisé**

Le Compte Qualité permet :

- le pilotage au travers d'un outil/logiciel informatique accessible depuis la plateforme SARA



- de construire les tableaux de bord du PAQSS et les plans d'actions

- **Outil interactif**

Le Compte Qualité permet :

- une appropriation de la démarche par tous les acteurs de l'établissement

- de réaliser des analyses par thématique à l'aide d'une vision dynamique et croisée



Fonctionnement du compte qualité

Le Compte Qualité : en deux parties

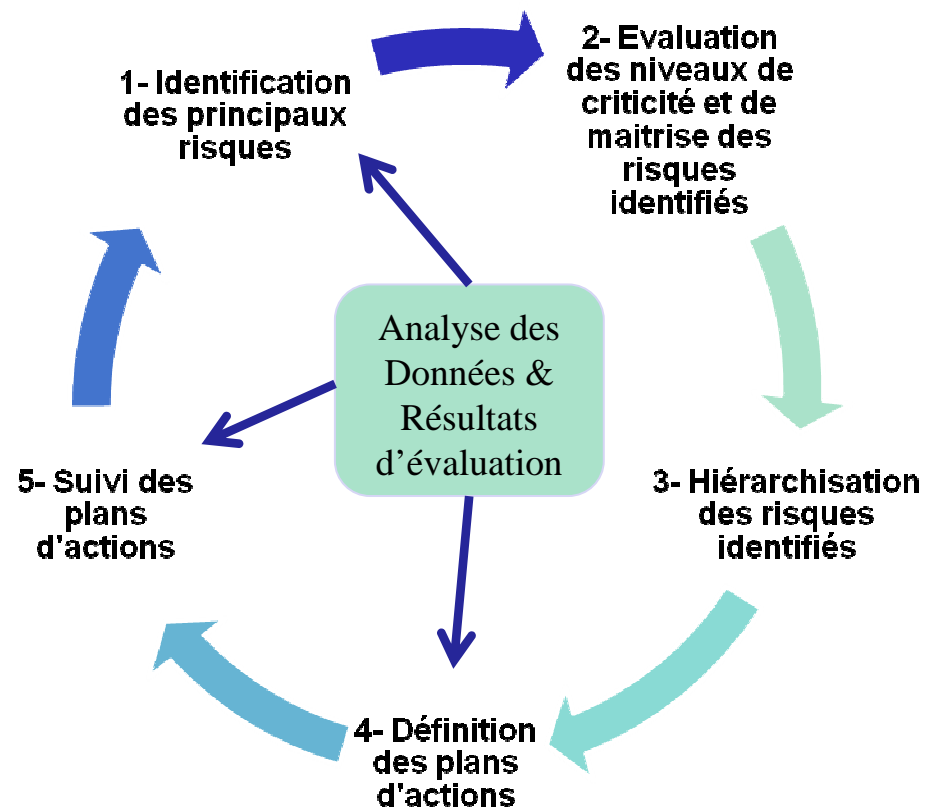
- **Une thématique transversale : Les engagements de l'établissement en matière de management de la démarche qualité et gestion des risques**
 - Engagement, pilotage et management opérationnel
 - Présentation des résultats d'évaluation (données)
 - Analyse et plans d'actions (= de priorisation)
- **20 autres thématiques : L'établissement travaille sur les thématiques liées à son activité**
 - Présentation des résultats d'évaluation (données)
 - Analyse via une approche par l'identification des risques et plans d'actions (= de priorisation)

Le Compte Qualité : méthode d'analyse des thématiques

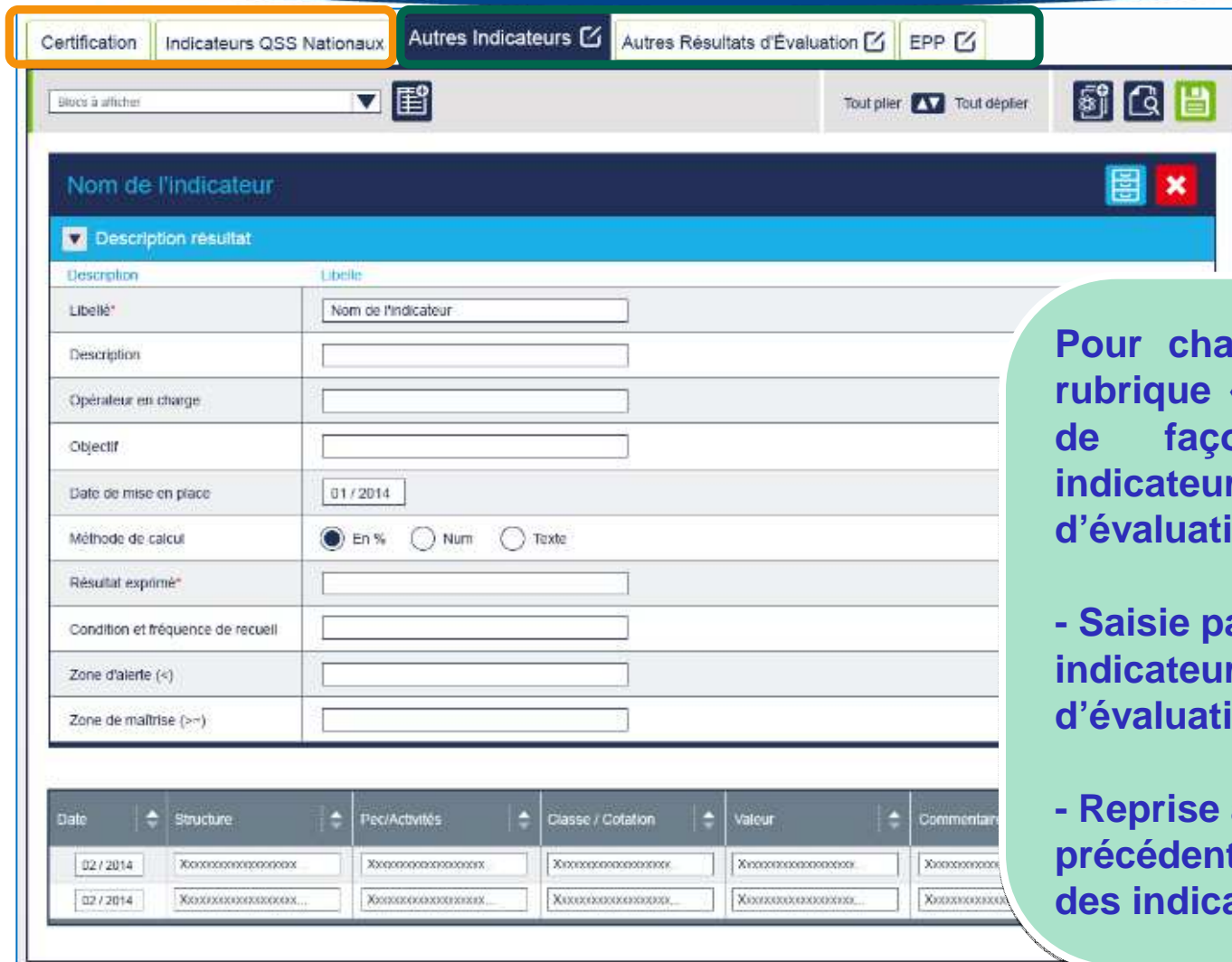
- L'analyse se réalise selon 5 étapes et est fondée sur les résultats des indicateurs et des évaluations

- L'analyse et sa traduction en plan d'action peut être adaptée à l'organisation de l'établissement :

- Par secteur d'activité, par pôle, par service...
- mais aussi :
- En découpant la thématique en différents axes.



Compte Qualité - Rubrique « Données »



The screenshot displays the SARA web application interface. At the top, there are navigation tabs: 'Certification', 'Indicateurs QSS Nationaux' (highlighted with an orange box), 'Autres Indicateurs', 'Autres Résultats d'Évaluation', and 'EPP'. Below the tabs, there is a 'Bloc à afficher' dropdown menu and a 'Tout plier / Tout déplier' button. The main content area is titled 'Nom de l'indicateur' and contains a 'Description résultat' section. This section includes a table with the following fields:

Description	Libellé
Libellé*	<input type="text" value="Nom de l'indicateur"/>
Description	<input type="text"/>
Opérateur en charge	<input type="text"/>
Objectif	<input type="text"/>
Date de mise en place	<input type="text" value="01 / 2014"/>
Méthode de calcul	<input checked="" type="radio"/> En % <input type="radio"/> Num <input type="radio"/> Texte
Résultat exprimé*	<input type="text"/>
Condition et fréquence de recueil	<input type="text"/>
Zone d'aierie (<)	<input type="text"/>
Zone de maîtrise (>=)	<input type="text"/>

At the bottom of the form, there is a table with the following columns: Date, Structure, Pec/Activités, Classe / Cotation, Valeur, and Commentaire. The table contains two rows of data, both with dates of 02 / 2014 and placeholder text for the other columns.

Pour chaque thématique, une rubrique « Données » présente de façon structurée les indicateurs et résultats d'évaluation:

- Saisie par l'ES de ses indicateurs, résultats d'évaluation et EPP

- Reprise automatique des précédentes décisions HAS & des indicateurs IPAQSS

Compte Qualité – Rubrique « Analyse & plans d'action »

Nom catégorie de risque 1 ✎ Transmission HAS 📄 🗑️

Afficher la matrice

Criticité/Niveau de maîtrise

Légende :

- El licet quocumque oculis flexeris feminas adfatim multas spectare cirratas, quibus, si nupsissent, per
- Cirratas, quibus, si nupsissent, per aetatem ter iam nixus poterat suppetere liberorum.
- Per aetatem ter iam nixus poterat suppetere liberorum, ad usque taedium pedibus pavimenta tergentes.

Evaluation des Risques

ID Risque	Libellé du Risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de Maîtrise en Place	Niveau De Maîtrise	Commentaire	
R1	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3 ▼	4 ▼	12	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4 ▼	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✕ 🔒 ➕
R2	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	1 ▼	2 ▼	2	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	3 ▼	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✕ 🔒 ➕
R3	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3 ▼	4 ▼	12	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4 ▼	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✕ 🔒 ➕
R4	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	3 ▼	2 ▼	6	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	3 ▼	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✕ 🔒 ➕
R5	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	2 ▼	5 ▼	10	Xxxxxxxxxxxxx xxx xxxxxx xxxxxxx...	4 ▼	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	✕ 🔒 ➕

Plans d'Action Action Finalisées ou Abandonnées

ID Risque	Objectifs	Actions D'amélioration	Responsable	Début Prév.	Début Réel	Ech. Prév.	Ech. Réelle	Modalité Suivi	Etat D'avancement	
R1, R2	Xxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx...	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	Xxxxxxxxxxxx...	En Cours	✕ 🔒 ➕
Aucun				02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014		En Cours	✕ 🔒 ➕

Matrice Criticité / Niveau de maîtrise

Tableau d'identification principaux risques

Tableau d'identification des plans d'action

Méthode d'analyse



Sélection des données

Risque identifié : R1

LIBELLE DU RISQUE	FREQUENCE	GRAVITE	CRITICITE	DISPOSITIF DE MAITRISE ET
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Voir lignes cochées uniquement

ANALYSE DES RESULTATS

PRECEDENTES DONNEES DE CERTIFICATION V2010
DATES DE VISITE : 29/01/2014 - DATE SEANCE CREDO : 02/02/2014

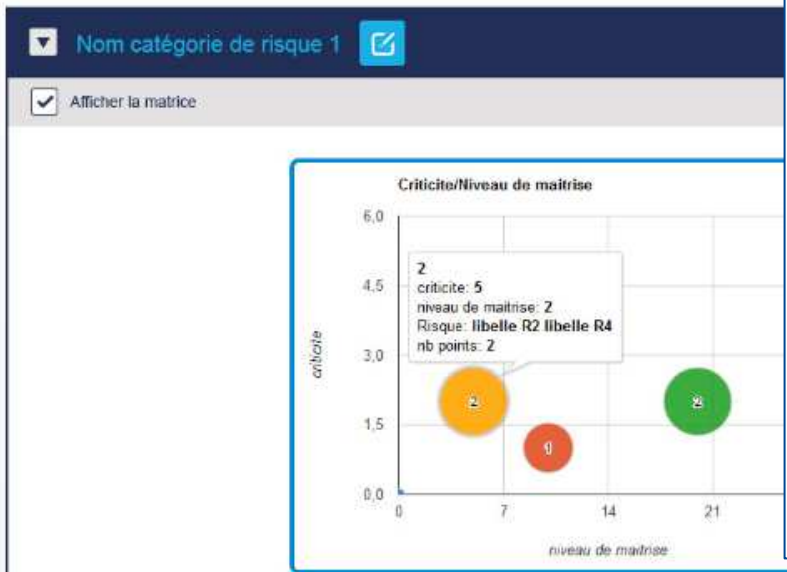
REF	LIBELLE DU CRITERE	PEC	NIVEAU DE DECISION
<input type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input checked="" type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PRECEDENTES DONNEES DE CERTIFICATION V2014
DATES DE VISITE : DU 29/01/2014 AU 06/02/2014 - DATE SEANCE COLLÈGE : 02/02/2014

LIBELLE DES THEMATIQUES ASSOCIEES	NIVEAU DE DECISION
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

INDICATEUR QSS NATIONAUX - TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

DATE	FINISS	INDICATEUR	CLASSE	VALEUR	FOURCHETTE	EVOLUTION
AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX
<input checked="" type="checkbox"/> AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX
<input checked="" type="checkbox"/> AAAA	XXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX	XXX



Evaluation des Risques


ID Risque	Libellé du Risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de Maîtrise en Place	Niveau De Maîtrise	Commentaire
R1	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R2	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1	2	2	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXXX	3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	4	12	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	3	2	6	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXXX	3	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
R5	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2	5	10	XXXXXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXXX	4	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Plans d'Action

ID Risque	Objectifs	Actions D'amélioration	Responsable	Début Prév.	Début Réel	Ech. Prév.	Ech. Réelle	Modalité Suivi	Etat D'avancement
R1, R2	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	XXXXXXXXXXXX	En Cours
Aucun				02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014	02 / 2014		En Cours

Corrélation entre:

- le risque identifié
- les résultats et indicateurs
- les plans d'action



02-2

**Compte qualité et visite,
outils de la certification**

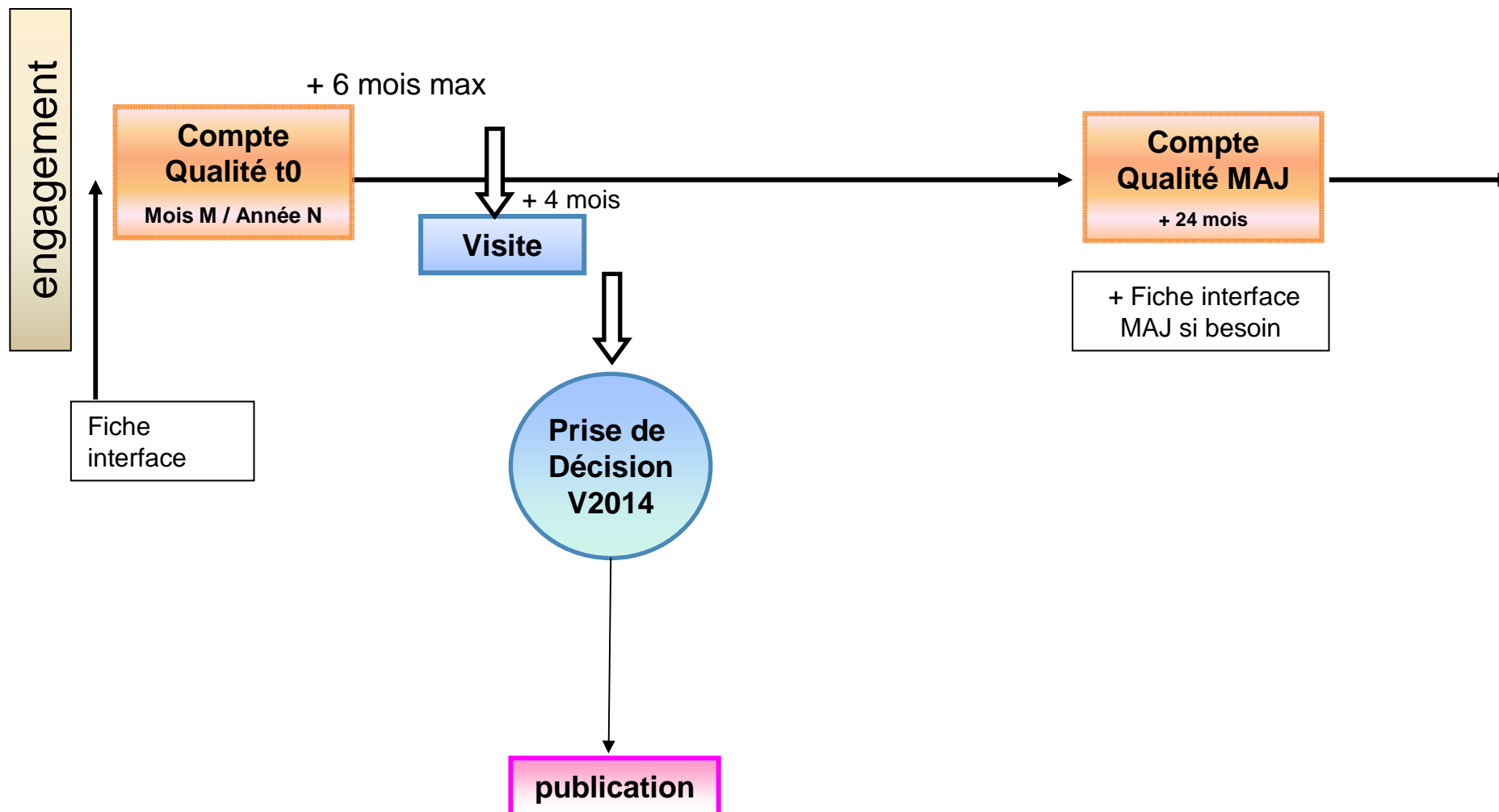


Un nouveau cycle

Un cycle plus continu et mieux synchronisé

- **Mise en place des comptes qualité comme outil de la continuité, servant la préparation de la visite et le suivi de la démarche :**
 - Des RV plus réguliers entre la HAS et chaque établissement et ouvrir un cycle pérenne dans le temps
 - Suppression de l'A/E standard de la HAS comme élément obligatoire de la procédure
- **Evolution de la place de la visite**
 - La visite n'a plus une place aussi centrale dans le cycle avec comme objectif de limiter le « surinvestissement » autour de la visite et l'effet soufflé
 - C'est un outil au même titre que les comptes qualité pour le suivi des démarches qualité

Cycle de certification V2014...





Compte qualité et certification

Compte qualité et certification #1

Etablissement de santé



Réception de la « copie »
du compte qualité envoyé



« Copie » du CQ
transmise à la HAS



Echange avec
l'établissement autour du
compte qualité

Outil utilisable en continu

Saisie de
résultats

Analyse par
thématique



Vue d'ensemble des
plans d'action

Récupération automatique
des indicateurs nationaux

Application dédiée au
compte qualité




Compte qualité et certification #2

- **Le compte qualité sert la certification :**
 - Il permet une alimentation régulière de la base de connaissance de chaque établissement pour permettre un pilotage plus fin des besoins d'évaluation externe et définir le programme de visite ;
 - Néanmoins, le programme de visite peut inclure une thématique n'ayant pas été analysée par l'établissement dans son Compte Qualité
- **Son analyse permet :**
 - d'objectiver que l'établissement s'est engagé à mettre en place des actions d'amélioration
 - d'organiser ainsi une visite intermédiaire ciblée
 - de s'assurer du suivi des décisions
- **Il est adressé à la HAS tous les 24 mois pour favoriser la continuité de la démarche qualité et gestion des risques**

Compte qualité et certification #3

- **Le CQ porte *a minima* sur les thématiques suivantes auxquelles sont rattachées les PEP et deux sujets d'impulsion :**
 - *Gestion du risque infectieux ** ;
 - Droits des patients ;
 - Parcours patient ;
 - Identification des patients ;
 - Parcours du patient ;
 - Prise en charge de la douleur ;
 - Dossier patient
 - Prise en charge et droits des patients en fin de vie ;
 - Management de la prise en charge médicamenteuse ;
 - Gestion du système d'information
 - Santé, sécurité et qualité de vie au travail ;
 - *Prise en charge des urgences et des soins non programmés** ;
 - *Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire** ;
 - *Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risques**
 - *Gestion des fonctions logistiques au domicile du patient **

* selon activité de l'ES



**Une visite tous les quatre ans,
de nouvelles modalités,
un processus décisionnel exigeant**

Les principes généraux de la visite V2014

- **Un programme personnalisé de visite établi par la HAS sur la base d'une analyse de données d'amont**
- **Des visites plus courtes, pour la majorité d'entre elles à 3 experts visiteurs / 3 jours**
- **L'introduction de nouvelles méthodes de visite : audit de processus et « patient traceur » dans une visée d'investigation au plus près de la réalité des pratiques**
 - S'appuyer sur des standards reconnus des démarches qualité et des évaluations externes et donner davantage de profondeur de champ aux investigations ;
- **Le renforcement du regard porté sur la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser l'ensemble des risques relatifs à ses activités**
- **Un rapport plus court et plus lisible**

Les principes généraux de la visite V2014

- **Un programme personnalisé de visite établi par la HAS sur la base d'une analyse de données d'amont**
- **Des visites plus courtes, pour la majorité d'entre elles à 3 experts visiteurs / 3 jours**
- **L'introduction de nouvelles méthodes de visite : audit de processus et « patient traceur » dans une visée d'investigation au plus près de la réalité des pratiques**
 - S'appuyer sur des standards reconnus des démarches qualité et des évaluations externes et donner davantage de profondeur de champ aux investigations ;
- **Le renforcement du regard porté sur la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser l'ensemble des risques relatifs à ses activités**
- **Un rapport plus court et plus lisible**

Programme de visite

- **Pour chaque ES, un programme de visite est établi *a priori* :**
 - **Des audits de processus sur un tronc commun :**
 - Management de la qualité et des risques
 - Droits des patients ;
 - Parcours patient ;
 - Management de la prise en charge médicamenteuse ;
 - *Gestion du risque infectieux (court séjour)*;*
 - *Prise en charge des urgences et des soins non programmés* ;*
 - *Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire* ;*
 - *Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risques* ;*
 - **Des audits de processus sur des thématiques sélectionnées via l'analyse du compte qualité et de la fiche interface**
 - En nombre limité (2 à 3 max)
 - Qu'elles soient traitées ou non dans le compte qualité
 - Des thématiques peuvent être choisies même si non traitées dans le CQ

Programme de visite

- **Pour chaque ES, un programme de visite est établi (2/2) :**
 - **Des investigations par la méthode du patient traceur**
 - Une liste de patients traceurs précisant un certain nombre de caractéristiques (secteur, pathologie, âge...)
 - Nécessité d'une représentativité de l'activité de l'ES
 - Parcours compliqué à privilégier
 - Le nombre dépend des ressources disponibles et de la diversité de l'activité

Programme de visite

- **Pour chaque ES, des thématiques complémentaires (en plus) peuvent être ajoutées en visite**
 - Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite via la méthode du PT ou de l'AP, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations complémentaires et ajouter cette thématique au dit programme. L'établissement en est alors informé lors du bilan journalier.
 - En nombre nécessairement limité
 - Motivation obligatoire qui doit être tracée et expliquée à l'ES

Les méthodes : l'audit de processus

- **Apprécier pour une thématique donnée la manière dont celle-ci est :**
 - définie (**politique**) et quels objectifs lui sont assignés.
 - en capacité d'identifier et de traiter les risques susceptibles de contrarier l'atteinte des objectifs déterminés (mobilisation des données issues des approches a priori et a posteriori)
 - organisée et déployée (structuration, définitions des champs de responsabilités des différents acteurs impliqués, moyens mobilisés...) pour produire la somme des actions qui s'y rattache (**mise en œuvre**) permettant l'atteinte de objectifs fixés
 - à même de mesurer (**évaluation**) la bonne exécution des actions réalisées et d'identifier les axes de progrès en matière de qualité et de sécurité (**amélioration**)

L'audit de processus

- **Abandon d'un questionnement ligne à ligne, atomisé (élément d'appréciation par élément d'appréciation) au profit d'une approche systémique d'un ensemble défini, structuré et cohérent (thématique) ;**
- **Des investigations qui se déploient selon le mode P/D/C/A**
 - Appréciation des éléments de politique, organisation/structures, responsabilités, approche risques, évaluation...à la vérification terrain de leur mise en œuvre et maîtrise
- **Un temps majoré d'investigation auprès des professionnels de terrain**
- **Les éléments de preuves sont principalement abordés dans le cadre des investigations**

Les méthodes : le patient traceur

- **Méthode d'évaluation des processus de soins et des organisations qui s'y rattachent à partir d'un séjour de patient hospitalisé**

- Elle étudie la satisfaction aux attentes du manuel en situation concrète
- Elle s'adapte à la variété des prises en charge



Elle permet d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge

Elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge

- **Elle n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient**

La méthode du patient traceur

- **Choix du patient tenant compte des objectifs de visite liés au profil de l'établissement.**
- **Préparation et conduite de l'évaluation sur la base du dossier du patient.**
- **Méthode qui place le regard des évaluateurs au niveau du cœur de métier, au contact des équipes dans les unités de soins**
- **Méthode qui prend en compte le regard du patient.**
- **Méthode qui permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge.**
- **Méthode complémentaire de l'audit de processus**



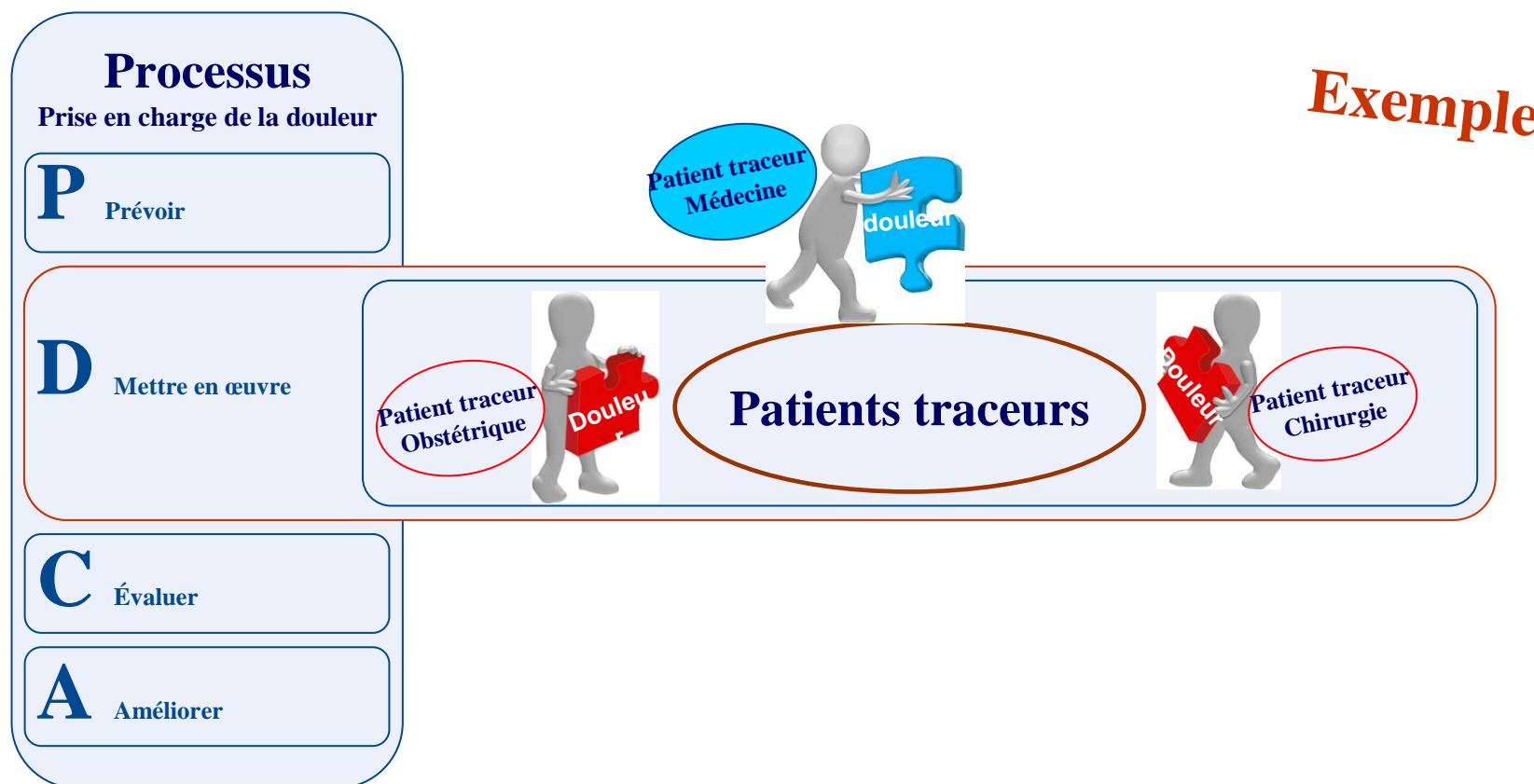
Patient traceur
Chirurgie

Les méthodes : une forte complémentarité

Visite(s)

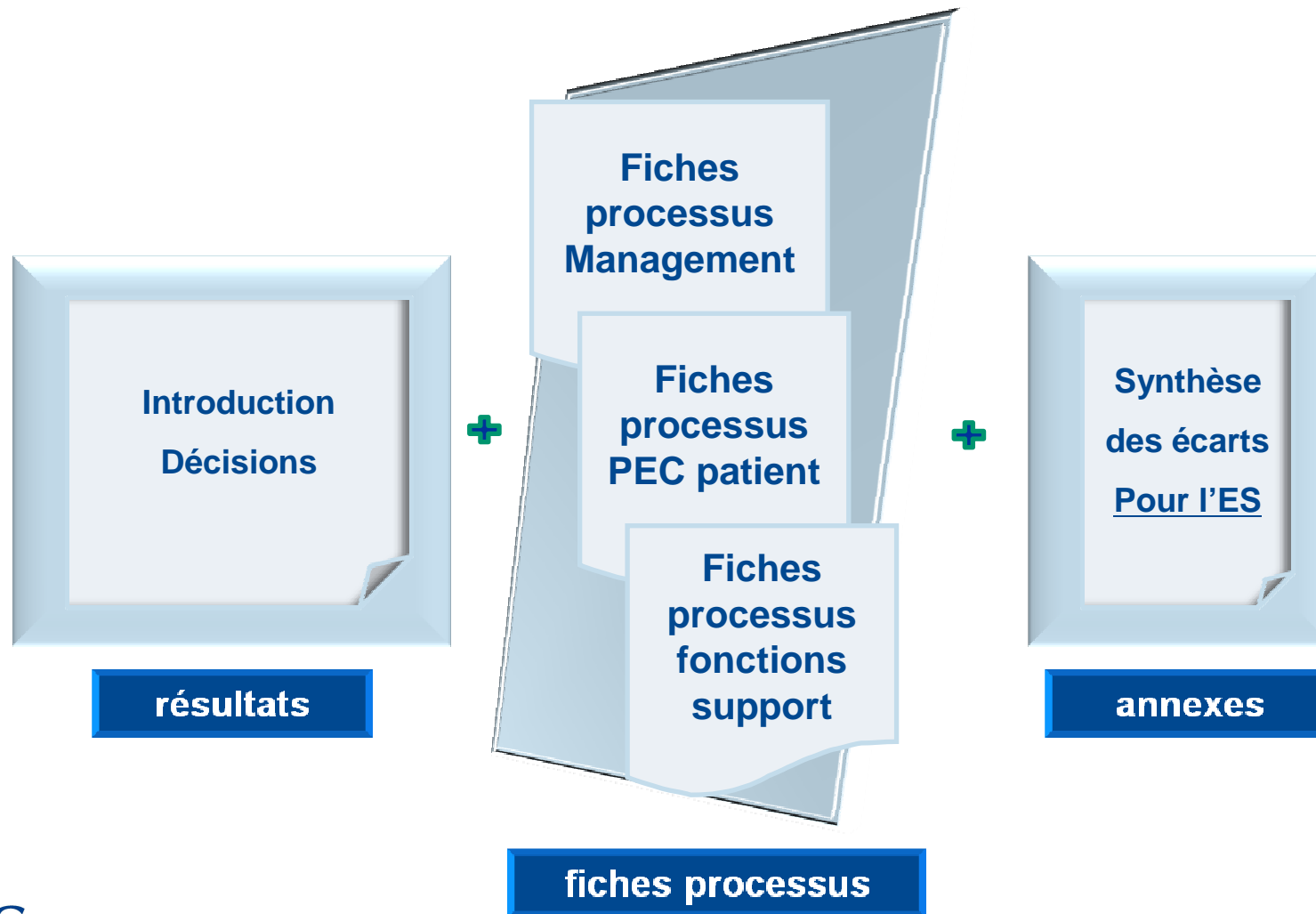
Nouvelles
Méthodes

Les processus sont alimentés par les données
recueillies au cours des **patients traceurs**



Un rapport plus court et plus lisible

Les 3 grandes parties du rapport



Le processus décisionnel V2014

- **Evaluer la maturité de chaque thématique à savoir la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et être en amélioration continue**
 - Fondée sur des écarts identifiés par les EV au regard d'un système évalué sous la forme du « PDCA » ;
- **Les écarts permettent de définir un niveau de maturité (établi sous forme de score) de la thématique que contribue à objectiver une grille de maturité mise à disposition des EV**
 - Avec une attention particulière portée sur certains points critiques peuvent justifier des décisions en dérogation du score

Le suivi des décisions

- **Une visite de suivi est en principe organisée dès lors qu'une décision de sursis à certification est prononcée et éviter de travailler sur des éléments déclaratifs**
- Mais une exception est prévue dans la procédure dès lors que la HAS estimerait que la faisabilité ne serait pas atteignable => recours à un dossier de suivi
- **Dans un délai maximal de 6 mois c'est-à-dire avant le terme du délai de 24 mois après l'envoi du précédent CQ**
- **La visite ne porte que sur les réserves et réserves majeures et pas sur les recommandations**
- **L'ES n'a pas à rendre de dossier de suivi spécifique et ne met pas à jour son CQ pour le suivi (pas de préparation spécifique)**

Retrouvez toute l'information de la Certification dans la lettre trimestrielle

Certification & Actualités



Retrouvez dans chaque numéro :

- l'actualité de la certification,
- les nouveautés de la procédure,
- les retours d'expériences et des chiffres clés.
- ...

www.has-sante.fr

Abonnez-vous gratuitement à la lettre électronique



Le pôle certification disponible :

- Par courriel i.certification@has-sante.fr

- Par téléphone





Merci de votre attention

**Les intervenants ont déclaré leurs liens d'intérêt avec
les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation**