

LA CERTIFICATION V 2010

EN PRATIQUE

14 octobre 2010
B.MILOCHAU-PONY



Structure du manuel V2010 :

Le management de l'établissement

Chapitre 1



La prise en charge du patient

Chapitre 2

- **Management de l'établissement**
 - ✓ Management stratégique
 - ✓ Management des ressources
 - ✓ Management de la qualité et de la sécurité des soins
- **Prise en charge du patient**
 - ✓ Droits et place du patient
 - ✓ Gestion des données du patient
 - ✓ Parcours du patient
 - ✓ Prises en charges spécifiques
 - ✓ Evaluation des pratiques professionnelles

28 références avec 82 critères



Déroulement de la présentation :

- **La préparation de la visite**
- **L'Auto évaluation**
- **Le périmètre de la visite**
- **Le déroulement de la visite**
- Le processus décisionnel
- Le rapport de certification



La préparation :

- **Les réunions institutionnelles** avec la HAS et les supports d'information
- **Le pré dimensionnement**
- **La documentation** : VIPES, document interface HAS/ARS et MRIICE, suivi V2, document d'Auto évaluation, rapport annuel de la CRU, tableau de bord EPP, partie du projet d'ES



L'Auto évaluation :

- Les PEP (Pratiques exigibles Prioritaires)
- Les indicateurs généralisés
- Les grilles d'auto évaluation
- Les cotations
- Les EPP (Evaluations des Pratiques Professionnelles)



PEP (Pratiques Exigibles Prioritaires)

- **Critère 1.f** Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)
- **Critère 8.b** Fonction « gestion des risques »
- **Critère 8.f** Gestion des événements indésirables
- **Critère 8.g** **Maîtrise du risque infectieux**
- **Critère 9.a** Système de gestion des plaintes et réclamations
- **Critère 12.a** Prise en charge de la douleur
- **Critère 13.a** Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- **Critère 14.a** Gestion du dossier du patient
- **Critère 14.b** Accès du patient à son dossier
- **Critère 15.a** Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- **Critère 20.a** Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- **Critère 25.a** Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- **Critère 26.a** **Organisation du bloc opératoire**



Indicateurs généralisés :

- **Critère 2.e** Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
- **Critère 8.g** **Maîtrise du risque infectieux**
- **Critère 8.h** **Bon usage des antibiotiques**
- **Critère 12.a** Prise en charge de la douleur
- **Critère 14.a** Gestion du dossier du patient
- **Critère 19.b** Troubles de l'état nutritionnel
- **Critère 20.a** Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- **Critère 24.a** Sortie du patient
- **Critère 28.c** **Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique**



Les grilles d'Auto évaluation

- Chapitre 1 : Une auto évaluation pour l'ensemble de l'ES
- Chapitre 2 : Une auto évaluation par type de prise en charge (MCO, Santé mentale, SSR, SLD, HAD) sauf certains critères
- Cas particuliers : 19a, 26a, 26b

Grille non PEP

Référence 2 : L'organisation et les modalités de pilotage interne					
Critère 2.a : Direction et encadrement des secteurs d'activité					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activités sont définis.	A déterminer	Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	A déterminer	Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	A déterminer
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	A déterminer	<ul style="list-style-type: none"> - Oui - En grande partie - Partiellement - Non 			
COTATION				SCORE	Non calculé
POINTS POSITIFS (Actions mises en œuvre de manière pérenne par l'établissement, pour répondre à l'attendu du critère)					
PLAN D'ACTIONS (À renseigner systématiquement pour les cotations C et D)					
ACTIONS D'AMÉLIORATION		ÉCHEANCIER		MODALITÉS DE SUIVI	
		A déterminer			
		A déterminer			
		A déterminer			

Grille PEP :

Référence 15 : L'identification du patient					
Critère 15.a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	A déterminer	Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	A déterminer	La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.	A déterminer
Constats :		Constats :		Constats :	
		Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	A déterminer		
		Constats :			
		Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	A déterminer		
		Constats :			
COTATION				SCORE	Non calculé
POINTS POSITIFS (Actions mises en œuvre de manière ponctuelle par l'établissement, pour répondre à l'attendu du critère)		A sélectionner			
PLAN D' ACTIONS (à enseigner systématiquement pour les cotations C et D)					
ACTIONS D'AMÉLIORATION		ECHÉANCIER		MODALITÉS DE SUIVI	
		A déterminer			
		A déterminer			
		A déterminer			
PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE PREUVE					



Les cotations

- Basées sur un calcul automatique, par critère. Exemple non PEP :

Cotation **A** $\geq 90\%$ score maximal

Cotation **B** de 60 à 89% score maximal

Cotation **C** de 30 à 59% score maximal

Cotation **D** de 0 à 29% score maximal

+ Cas particulier des critères liés à un indicateur



Critères en lien avec les EPP :

- **Critère 1.f** Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles
- **Critère 28.a** Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
- **Critère 28.b** Pertinence des soins
- **Critère 28.c** Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique

Rencontre groupe EPP : synthèse des différentes démarches, avec un focus sur les RCP, les RMM, l'ancienneté de la démarche, le déploiement dans tous les secteurs d'activité

Tableau de bord des EPP :

TABLEAU DE BORD EPP



SECTEURS CLINIQUES ET MEDICO-TECHNIQUES CONCERNES)	INTITULE DE LA DEMARCHE EPP	DATE DE DEBUT DE LA DEMARCHE		TYPE DE DEMARCHE	CRITERE DU MANUEL			ETAT D'AVANCEMENT	AMELIORATION DES PRATIQUES	COMMUNICATION sur la DEMARCHE et les RESULTATS de la DEMARCHE	OA
		Mois	Année		28a	28b	28c				
chirurgie	suivi pertinence de l'antibioprophylaxie en chirurgie programmée	12	2005	Revue de pertinence	X	X	X	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI	NON
chirurgie	suivi pertinence de la durée de séjour pour les prothèses totales de hanche	1	2006	Revue de pertinence	X	X	X	Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI	NON
cardiologie	suivi prise en charge des patients présentant un syndrome coronarien aigu	2	2006	Audit clinique ciblé	X			Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI	
anesthésie / chirurgie	Revue de Morbi-Mortalité	6	2007	Revue de mortalité et de morbidité (RMM)	X			Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI	NON
chirurgie	préparation cutanée du patient opéré	12	2007	Programme d'Amélioration continue de la Qualité (PAQ)	X			Etape 5 : suivi régulier et benchmarking OU Organisation intégrée dans la routine, avec une amélioration continue	OUI	OUI	NON
médecine (cancérologie)	qualité de la pose et de la surveillance d'une chambre à cathéter implantable	1	2008	Programme d'Amélioration continue de la Qualité (PAQ)	X			Etape 3 : Mise en œuvre des actions d'amélioration OU Organisation formalisée, régulière, sans évaluation	NA	OUI	NON



Critères en lien direct avec l'hygiène

- **6c** Qualité de la restauration
- **6d** Gestion du linge
- **7** Qualité et sécurité de l'environnement : eau, air, locaux, déchets
- **8g** **Maîtrise du risque infectieux**
- **8h** **Bon usage des antibiotiques**
- **8i** Vigilances et veille sanitaire
- **26** Fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle (**a:bloc**, activité à risque majeur, don d'organes et tissus)
- **28c** **EPP / indicateurs de pratique clinique**



Le périmètre de visite :

- **Tronc commun**

- PEP, indicateurs, EPP

- **Modules spécifiques**

- Suivi des décisions V2
 - Données de la fiche interface HAS/ARS
 - Eventuelles plaintes et réclamations
 - Critères cotés C et D
 - Critères cotés A ou B et choisis aléatoirement



Déroulement de la visite :

- **Conduite structurée des investigations :**
 - ✓ Analyse documentaire
 - ✓ Rencontres / Entretiens
 - ✓ Visites des secteurs d'activité (dont visite de nuit)
 - ✓ Circuits systématiques (Médicament, DP)
 - ✓ Parcours spécifiques (selon aléatoires)
- **Bilans et restitution plénière**

Processus décisionnel (non PEP) :

A	>= 90 %	Aucune décision	
B	60 à 89 %	Aucune décision	
C	30 à 59 %	40 à 59 %	Recommandations
		20 à 39 %	Réserves
D	0 à 29 %	0 à 19 %	Réserves majeures



Processus décisionnel :

○ L'après visite :

Pré rapport des EV ➡ Observations de l'ES
➡ Relecture (CP) ➡ Commission de
revue des dossiers (CReDO) ➡ Collège
HAS pour décision

○ 5 niveaux de certification:

- Certification
- Certification avec recommandation(s)
- Certification avec réserve(s)
- Décision de surseoir à la certification (réserve(s) majeure(s))
- Non certification possible en 1^{ère} intention

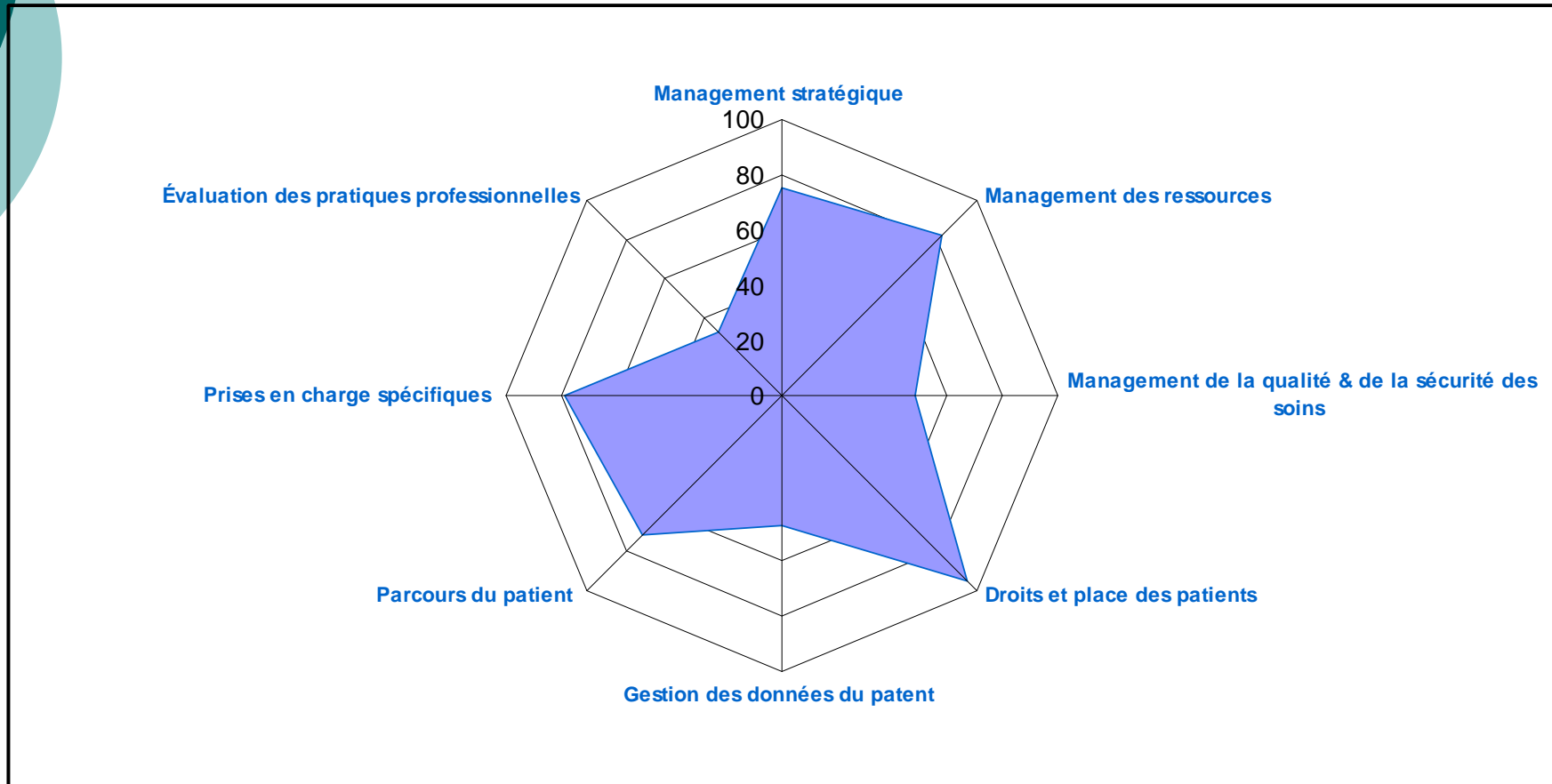


Rapport de certification

Nouveau sommaire :

- Présentation de l'ES
- Décision de la HAS
- Représentations graphiques
- Suivi des décisions V2
- Calendrier de la visite
- Constats par critère
- Résultats des indicateurs HAS
- Fiche « Bilan des contrôles de sécurité sanitaire »

Positionnement par rapport à l'ensemble des critères :





Sources d'informations

- Manuel de certification V 2010 (Juin 2009)
- Guide « Préparer et conduire sa démarche de certification » (Février 2010)
- i.certification@has-sante.fr
- Site has-sante.fr



MERCI

DE VOTRE ATTENTION