



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La certification V2014

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

Anne-Sophie GROSSEMY

Chef de Projet - Service Certification des ES

Mardi 20 janvier 2015

Synprefh

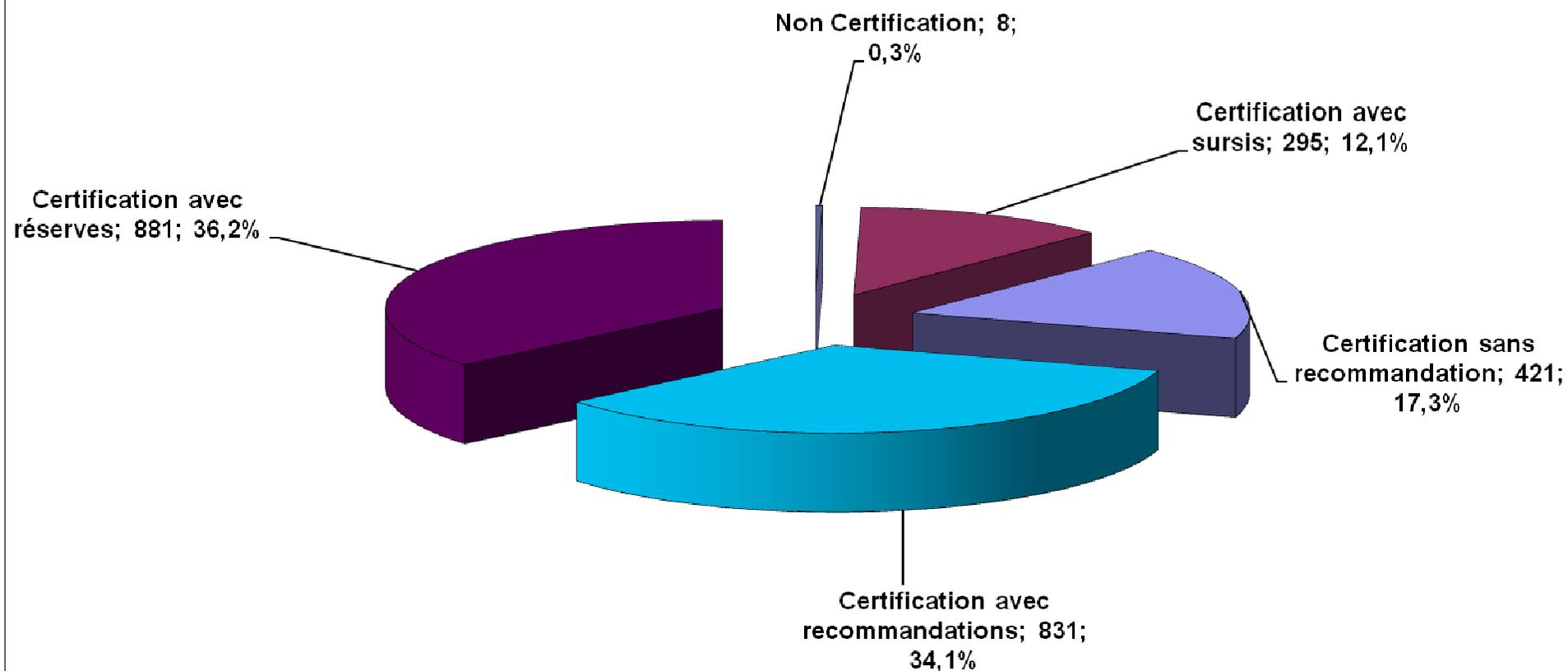


Introduction

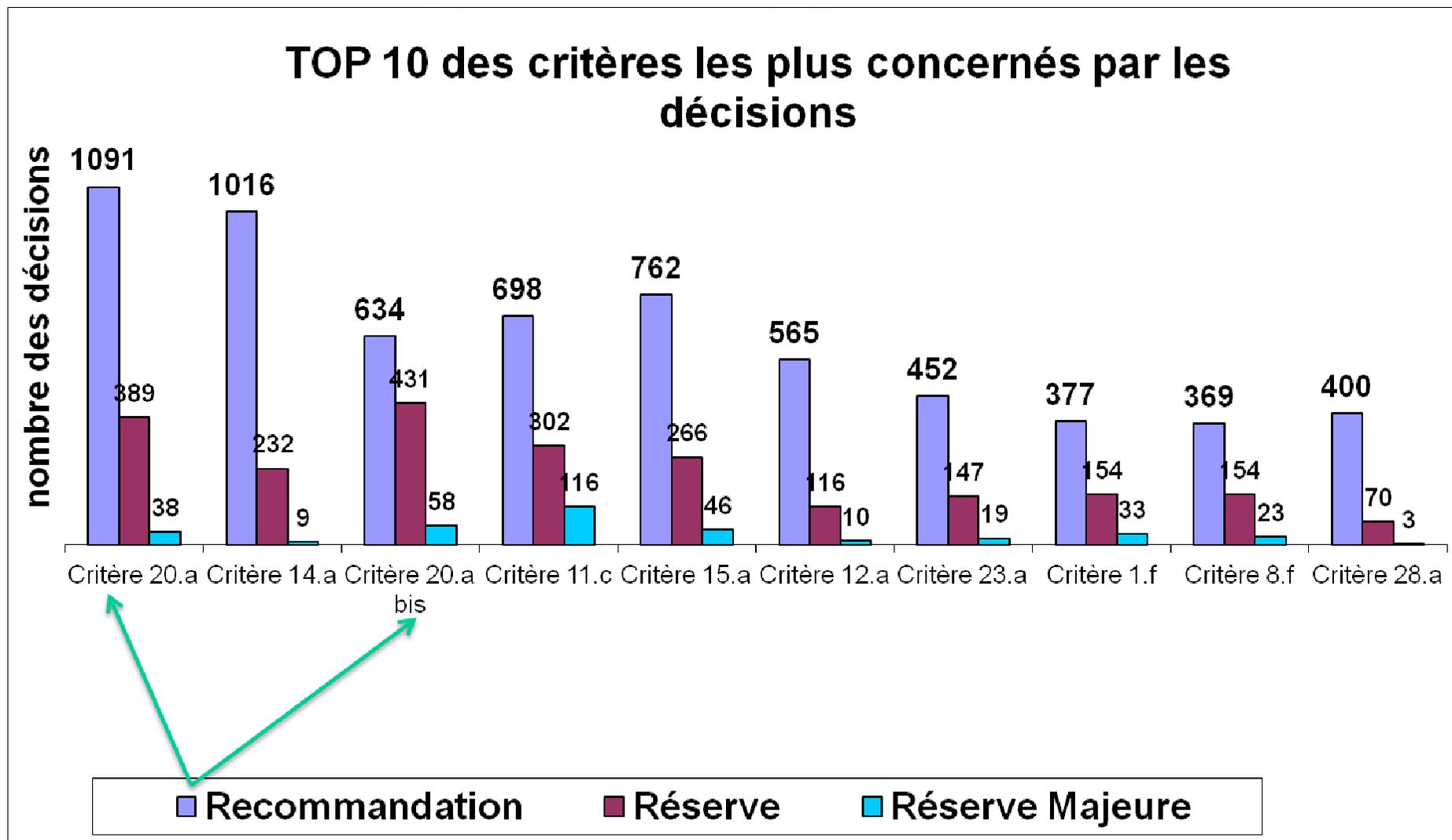
De la V2010 à la V2014

Répartition des niveaux de certification suite à visite initiale V2010 au 1 janvier 2015

Répartition des niveaux de certification (2436 Etablissements de santé certifiés)



Répartition des niveaux de certification suite à visite initiale V2010 au 1 janvier 2015



Nos 5 orientations stratégiques de la V2014

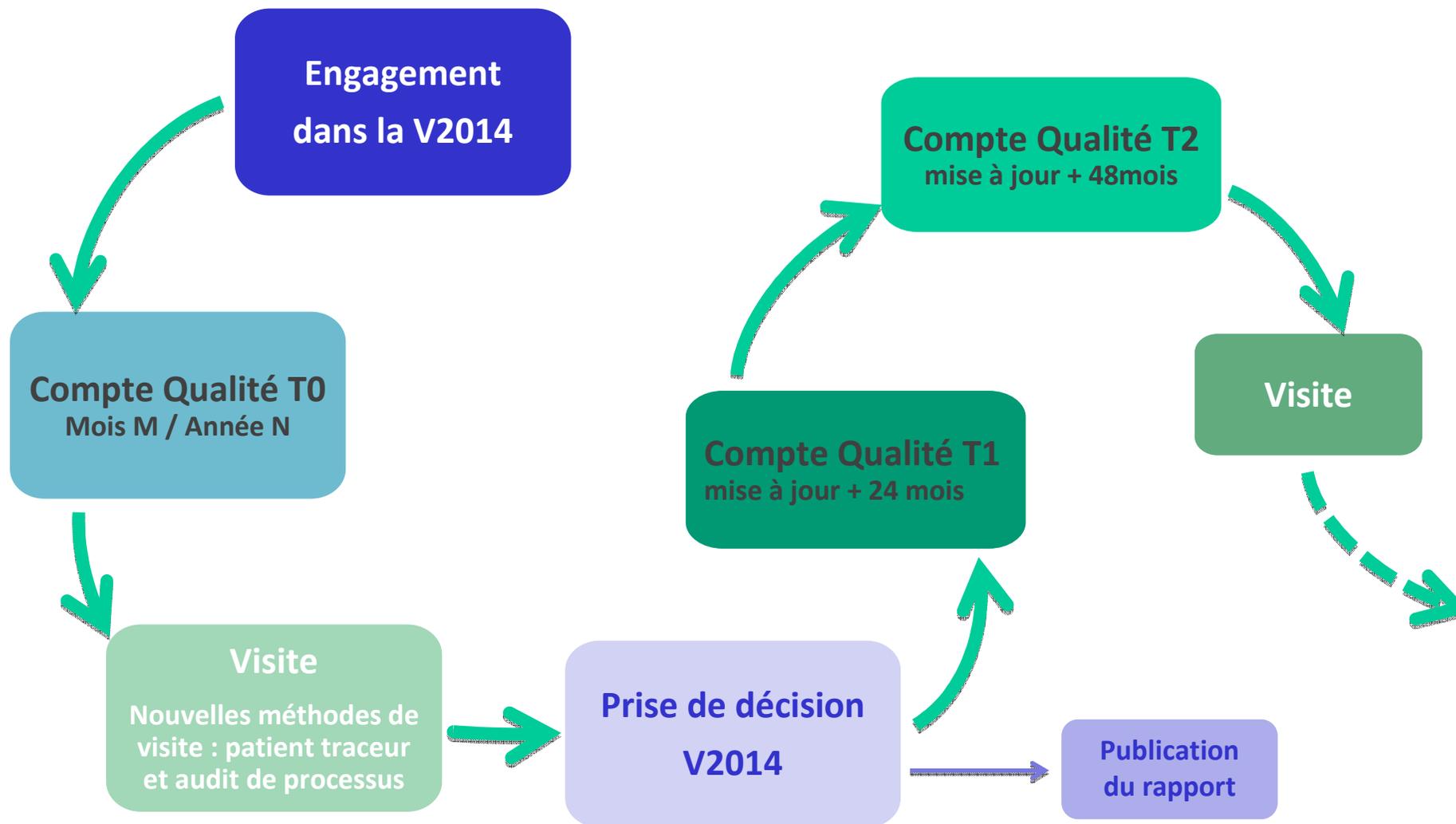
La réflexion stratégique conduit à proposer :

1. Renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques
2. Renforcer l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité
3. Rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité des établissements
4. Poursuivre le développement des approches centrées sur le patient
5. Valoriser les établissements dans le cadre de la certification

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**

Le cycle de certification V2014



Une lecture du Manuel par thématiques

Management	<p>Management stratégique, gouvernance</p> <p>Qualité de vie au travail</p> <p><u>Management et gestion de la qualité et des risques</u></p> <p>Gestion du risque infectieux</p>	Prise en charge du patient	<p>Droits des patients</p> <p>Parcours du patient</p> <p>PEC de la douleur</p> <p>PEC des patients en fin de vie</p> <p>Gestion du dossier du patient</p> <p>Identification du patient</p> <p>Mgt de la PEC médicamenteuse</p> <p>PEC du patient aux urgences et soins non programmés (*)</p> <p>Biologie médicale</p> <p>Imagerie</p> <p>Mgt de la PEC du patient au bloc opératoire (*)</p> <p>Mgt de la PEC dans les secteurs à risque (*) : endoscopie, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Imagerie interventionnelle, Salle de naissance</p> <p>Dons d'organe</p>
Fonctions support	<p>Gestion des ressources humaines</p> <p>Gestion du système d'information</p> <p>Gestion des ressources financières</p> <p>Processus logistiques (déclinées en sous-rubriques) En HAD :</p> <p>Gestion des équipements et produits au domicile du patient</p>		

(*) : selon les établissements



Ce qui change avec la V2014

Les changements (1) : le compte qualité

- **Plus d'auto-évaluation obligatoire**
- **Mais un « Compte Qualité »**
 - Décrire la stratégie de réduction d'exposition aux risques
 - En mettant en avant des priorités qui garantissent la mise en œuvre de sujets cruciaux
 - Une stratégie animée en mode projet retracée dans le compte qualité

Le 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**

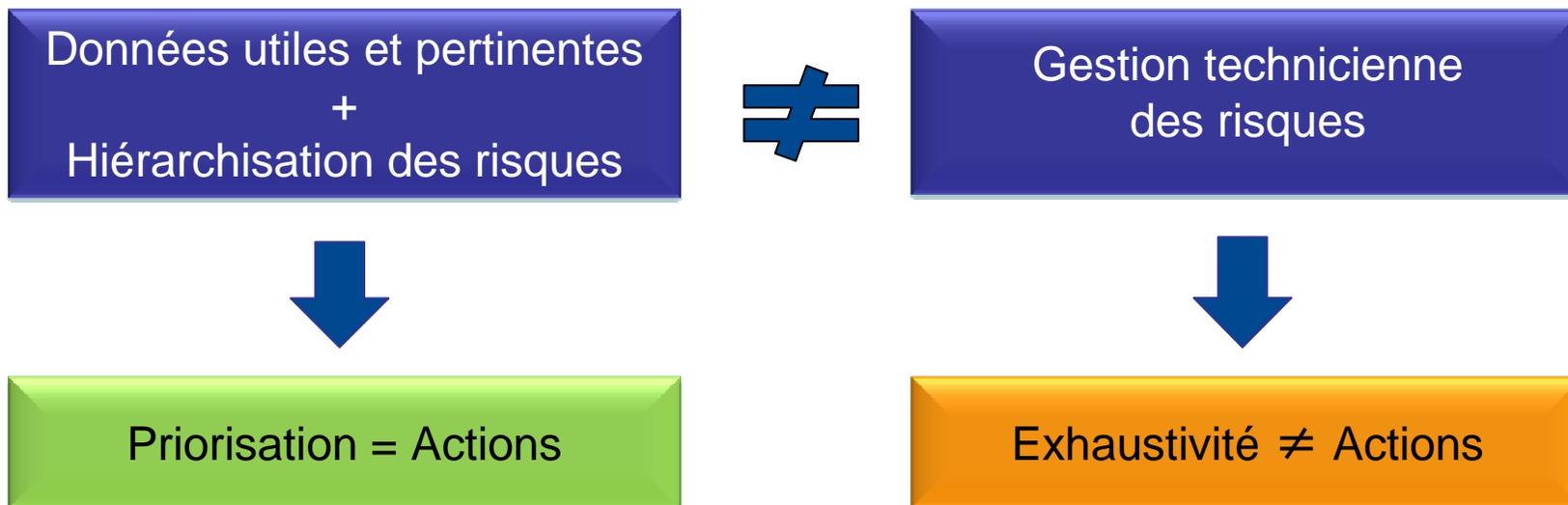
- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

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

Le Compte Qualité : point d'attention

Le Compte Qualité est fondé sur le recueil de données et résultats d'évaluation pertinents mais aussi sur une analyse et hiérarchisation des risques

« L'exhaustivité tue l'action »



- ⇒ Le Compte Qualité n'est pas une cartographie de tous les risques
- ⇒ Chaque établissement doit s'approprier son Compte Qualité : pas une seule manière de faire



Analyse d'une thématique

Exemple 1: PEC médicamenteuse

Consulter les décisions de la HAS

The screenshot shows the HAS website interface. At the top left is the HAS logo (Haute Autorité de Santé). At the top right is the SAF logo (Votre Espace de C&D) with version v7.6.2-S. Below the logos is a navigation bar with tabs: 'Tableau de bord ES', 'Démarche de certification en cours', 'Compte Qualité' (selected), 'Historique des démarches', and 't.cq'. Below the navigation bar is a breadcrumb trail: 'Accueil / Compte Qualité / Données'. The main heading is '(P) Management de la prise en charge médicamenteuse du patient'. Below this is a dropdown menu for 'Autres thématiques' and a 'Pilotes:' section. A notification bar indicates the last registration of the form was on October 13, 2014. Below this are tabs for 'Certification', 'Indicateurs QSS Nationaux', 'Autres Indicateurs', 'Autres Résultats d'Evaluation', and 'EPP'. The 'Précédentes décisions de certification V2010' section contains a table with the following data:

N°	LIBELLE DU CRITÈRE	PEC	NIVEAU DE DÉCISION
20a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient	MCO	Recommandation

Below the table is the 'Précédentes décisions de certification V2014' section.

Consulter les IQSS & Indicateurs TBIN

The screenshot displays the HAS SARA web application interface. At the top left is the HAS logo (Haute Autorité de Santé) and at the top right is the SARA logo (Votre Espace de Certification). The navigation bar includes 'Tableau de bord ES', 'Démarche de certification en cours', 'Compte Qualité', 'Historique des démarches', 'Lcq', and 'Décor'. The main content area shows the breadcrumb 'Accueil / Compte Qualité / Données' and the title '(P) Management de la prise en charge médicamenteuse du patient'. A search bar contains 'Autres thématiques'. Below this, there are buttons for 'Données' and 'Analyse et plans d'actions', and an information icon with the text 'Dernier enregistrement du formulaire par test cq (Administrateur ES), le 13 octobre 2014 - 18:12'. The main data section is titled 'Certification' and includes tabs for 'Indicateurs QSS Nationaux', 'Autres Indicateurs', 'Autres Résultats d'Evaluation', and 'EPP'. A sub-section 'Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs' contains a table with the following data:

DATE	FINISS	THÈME IPAQSS	CRITÈRE	INDICATEUR	VALEUR
2011	680001195	DPA_MCO	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 3)	TDP	68

Below the table, there are navigation controls: 'Page précédente', '1', 'Page suivante', and a dropdown menu for 'Lignes par tableau' set to '5'.

Créer d'autres indicateurs / résultats d'évaluation

Accueil / Compte Qualité / Données

(P) Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Autres thématiques

Pilotes:

Données | Analyse et plans d'actions

Demier enregistrement du formulaire par test cq (Administrateur ES), le 13 octobre 2014 - 18:12

Certification | Indicateurs QSS Nationaux | **Autres Indicateurs** | Autres Résultats d'Evaluation | EPP

Bloc à afficher

Tout plier | Tout déplier

Aucun bloc "Résultat" n'a été créé

Résultats complémentaires

Date	Auteur	Document	Actions
Les caractères spéciaux ne sont pas acceptés, pensez à renommer votre fichier avant de le déposer. La taille maximum autorisée est de 20 Mo.			
		Parcourir...	Aucun fichier sélectionné
		Ajouter	

© Haute Autorité de Santé - 2008

Décrire un indicateur

Tableau de bord ES | Démarche de certification en cours | **Compte Qualité** | Historique des démarches | t.cq

Accueil / Compte Qualité / Données

(P) Management de la prise en compte

Autres thématiques

Données | Analyse et plans d'actions

Certification | Indicateurs QSS Nationaux | **Autres**

Bloc à afficher ▼

Résultats complémentaires

Date	Auteur
Les caractères spéciaux ne sont pas acceptés, pensez déposer. La taille maximum autorisée est de 20 Mo.	

Création d'un indicateur

Description	Libelle
Libellé*	Nom de l'indicateur
Description	
Opérateur en charge	
Objectif	
Date de mise en place	<input type="text"/>
Méthode de calcul	
Résultat exprimé*	<input type="radio"/> en % <input type="radio"/> num <input type="radio"/> texte
Condition et fréquence de recueil	
Zone d'alerte (<)	
Zone de maîtrise (>=)	

Identifier ses risques principaux

Accueil / Compte Qualité / Analyse et plan d'action

(P) Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Autres thématiques

Pilotes:

Données | Analyse et plans d'actions

Dernier enregistrement du formulaire par test cq (Administrateur ES), le 13 octobre 2014 - 18:12

Bloc à afficher

Tout plier | Tout déplier

Administration du médicament

Transmission HAS

Evaluation des Risques

ID RISQUE	LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE
R1	Manque d'information sur les prescriptions délivrées	3	4	12	Formalisation des règles d'administration	Niveau 3	

10 Lignes par tableau

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
Aucun	Garantir la traçabilité de	Formation et sensibilisation	Mme Z. Cadre de santé	Octobre 2014	Octobre 2014	Novembre 2014		Audit sur la traçabilité de	En cours

Page précédente | 1 | Page suivante

10 Lignes par tableau

Prescription médicamenteuse

Transmission HAS

Page précédente | 1 | Page suivante

Analyser ses données

de bord ES
Démarche de certification en
historique des démarches
Loq

Accueil / Compte Qualité / Analyse et pla

(P) Management de la

Autres thématiques

Données | Analyse et plans d'actions

Bloc à afficher ▼

Administration du médicament

Afficher la matrice

Evaluation des Risques

ID RISQUE	LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUE
R1	Manque d'information sur les prescriptions délivrées	3

Plans d'Action

ID RISQUE	OBJECTIFS	ACTION D'AMÉLIO
Aucun ▼	Garantir la traçabilité de	Formation e sensibilisat

Prescription médicamenteuse

Sélection des données

Risque identifié : R1 Valider Annuler

LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE
Manque d'information sur les prescriptions délivrées en temps réelles au patient dans le service de chirurgie B	3	4	12	Formalisation des règles d'administration	Niveau 3	

Analyse des résultats | Certification | Indicateurs QSS nationaux

Option d'affichage : Voir lignes cochées uniquement

Analyse des résultats

La traçabilité de l'administration en chirurgie B est réalisée au moment de la préparation des piluliers mais pas au moment de l'administration et ceci malgré la mise à disposition d'un support unique de prescription et d'administration et du protocole définissant les règles d'administration. Il existe un manque d'appropriation par les professionnels.

Précédentes données de certification V2010

N°	LIBELLÉ DU CRITÈRE	PEC	NIVEAU DE DÉCISION
<input checked="" type="checkbox"/>	20a bis	Prise en charge médicamenteuse du patient	MCO
			Recommandation

Page précédente 1 Page suivante

Lignes par tableau

Indicateur QSS nationaux - Tableau de bord des infections nosocomiales

DATE	FINES	INDICATEUR	CLASSE	VALEUR	INTERVALLE DE CONFIANCE	EVOLUTION

Indicateur QSS nationaux - Sélection de critères extraits des indicateurs

DATE	FINES	THÈME IPAQSS	CRITÈRE	INDICATEUR	VALEUR
2011	680001195	DPA_MCO	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) (Critère 3)	TDP	68

Valider Annuler

Administrateur ES), le 13 octobre 2014 - 18:12

Transmission HAS

Transmission HAS

Transmission HAS

Définir & décrire ses Plans d'action

Données | Analyse et plans d'actions

 Dernier enregistrement du formulaire par test cq (Administrateur ES), le 13 octobre 2014 - 18:12

Bloc à afficher ▼



Tout plier ▲ Tout déplier ▼



Administration du médicament 

Transmission HAS

Afficher la matrice

Evaluation des Risques

ID RISQUE	LIBELLÉ DU RISQUE	FRÉQUENCE	GRAVITÉ	CRITICITÉ	DISPOSITIF DE MAÎTRISE EN PLACE	NIVEAU DE MAÎTRISE	COMMENTAIRE
R1	Manque d'information sur les prescriptions délivrées	3	4	12	Formalisation des règles d'administration	Niveau 3	  

Page précédente ◀ 1 ▶ Page suivante

10 Lignes par tableau

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
Aucun	Garantir la traçabilité de	Formation et sensibilisation	Mme Z. Cadre de santé	Octobre 2014	Octobre 2014	Novembre 2014		Audit sur la traçabilité de	En cours

Les changements (2) : la visite

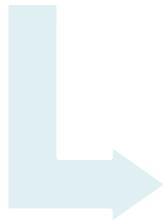
1. **Un programme personnalisé de visite établi par la HAS sur la base d'une analyse de données d'amont dont le CQ**
2. **L'introduction de nouvelles méthodes de visite : audit de processus et « patient traceur » dans une visée d'investigation au plus près de la réalité des pratiques**
3. **Le renforcement du regard porté sur la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser l'ensemble des risques relatifs à ses activités**
4. **Un relevé des conformités et des écarts selon nos grilles d'audits**

Investigation par audit processus

Deux étapes

Etape 1

Rencontre du ou des « pilotes » de la thématique



Etape 2

Vérification de la mise en œuvre sur le terrain

Investigation par audit processus

La grille générique

		Sous étapes
P Prévoir		Définition de la politique : <ul style="list-style-type: none">- Identification des besoins / analyse des risques- Identification des objectifs d'amélioration- Identification des mesures de traitement des risques
		Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités, ressources, gestion des interfaces
D Mettre en œuvre		Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
		Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
		Effectivité de la mise en œuvre (dont traçabilité)
C Évaluer		Évaluation du fonctionnement du processus
A Agir		Mise en place des actions d'amélioration Communication sur les résultats

Patient traceur
Traceur système
Entretiens
Observations
Visite des locaux
Interfaces



La méthode du patient traceur

Définition



« La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches ».

La méthode du patient traceur en visite

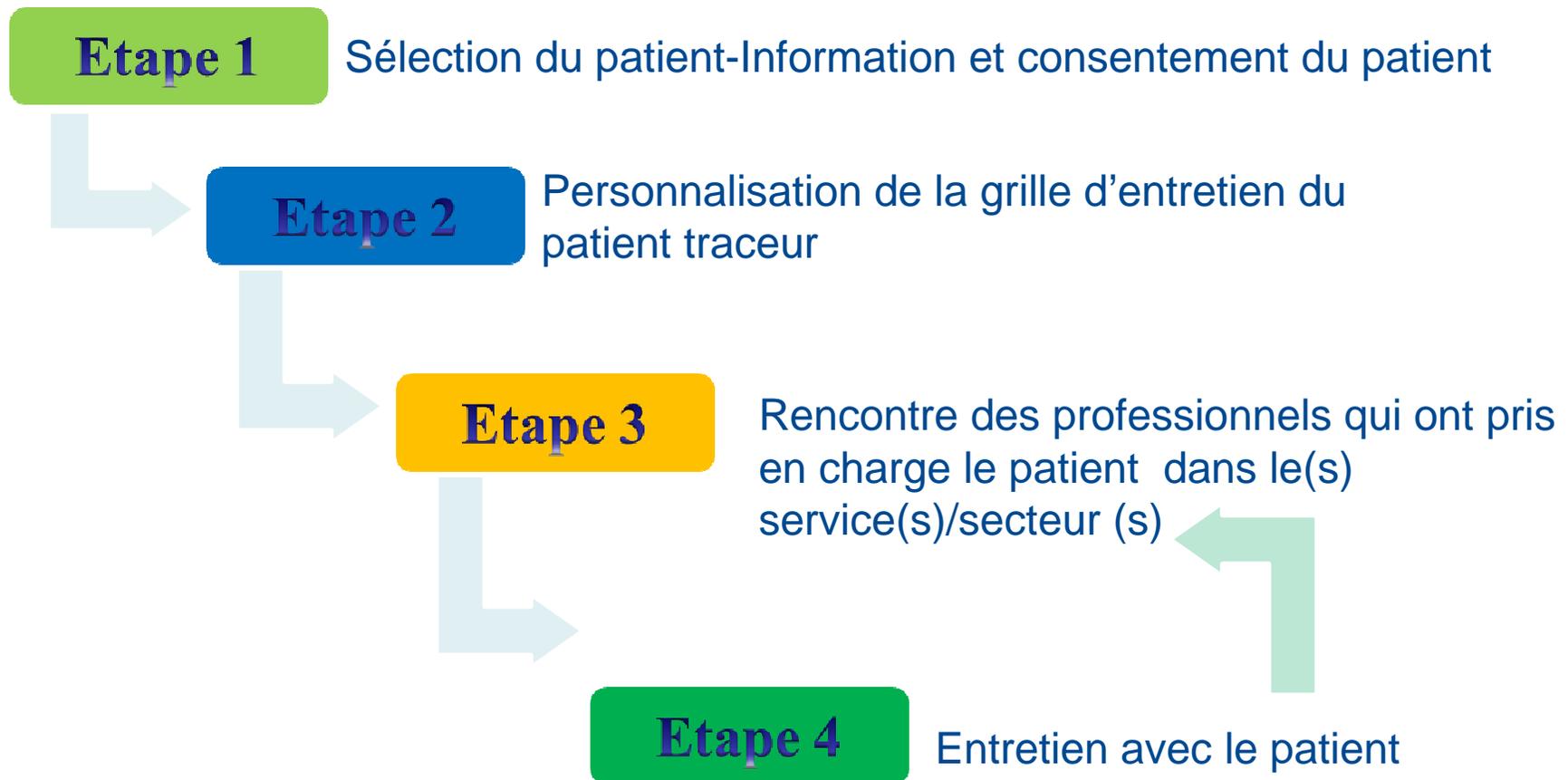
Ce que n'est pas la méthode pour la certification



- N'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient
- Ne consiste pas à suivre le patient tout au long de sa prise en charge

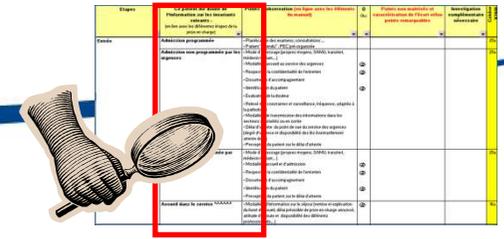
Investigation par patient traceur

Les 4 étapes



Investigation par patient traceur

Les points d'observation de la grille PT



1. Entrée

- Admission non programmée par les urgences
- Admission non programmée par une filière spécifique
- Accueil dans le service

2. Identification du patient

3. Douleur

4. Diagnostic

- Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et PPS
- Examens biologie médicale
- Examens d'imagerie
- Examens de médecine nucléaire
- Examens d'endoscopie

5. Traitement

- Passage au bloc opératoire
- Radiothérapie
- **Prise en charge médicamenteuse**
- Prise en charge transfusionnelle
- Education thérapeutique

6. Sortie

→ Continuité et coordination de la prise en charge

→ Gestion des données du patient

→ Droits des patients

- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient.
- Respect de la confidentialité des informations
- Prise en compte de l'entourage
- En cas de restriction de liberté
- Si hospitalisation sans consentement
- Information du patient sur son état de santé et les soins
- Consentement et participation du patient
- Personne de confiance

Investigation par patient traceur

Rencontre de l'équipe de soins

OBJECTIFS

Evaluer la prise en compte des critères de la certification lors de la prise en charge réelle d'un patient. Cette méthode place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins et en prenant en compte l'expérience du patient.

A QUEL ENDROIT :

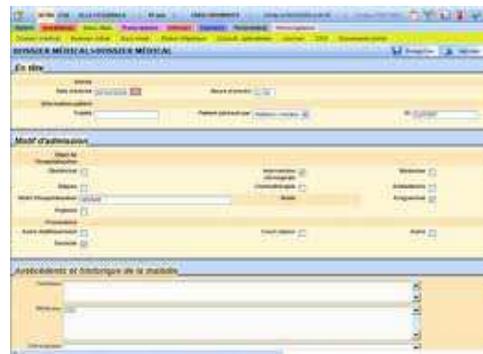
Dans le service où se trouve le patient

AVEC QUI :

Les professionnels en charge du patient, présents le jour de la visite

A PARTIR DE QUOI :

Du dossier patient.



DUREE

Environ 2h

Investigation par patient traceur

Rencontre du patient (et/ou son entourage)

OBJECTIFS

- Evaluer la perception du patient sur les différentes étapes de sa prise en charge
- S'assurer que les dispositions prévues par l'établissement pour assurer la sécurité et la qualité de sa prise en charge ont bien été mises en place

A QUEL ENDROIT : là où se trouve le patient

QUAND : avant ou après les entretiens avec l'équipe de soins (organisé par le personnel du service)

SUR QUOI : sur la perception du patient sur sa prise en charge par l'établissement. Pas de recueil ni de traitement d'information sur la santé du patient. Aucune donnée directement ou indirectement nominative de santé n'est enregistrée.

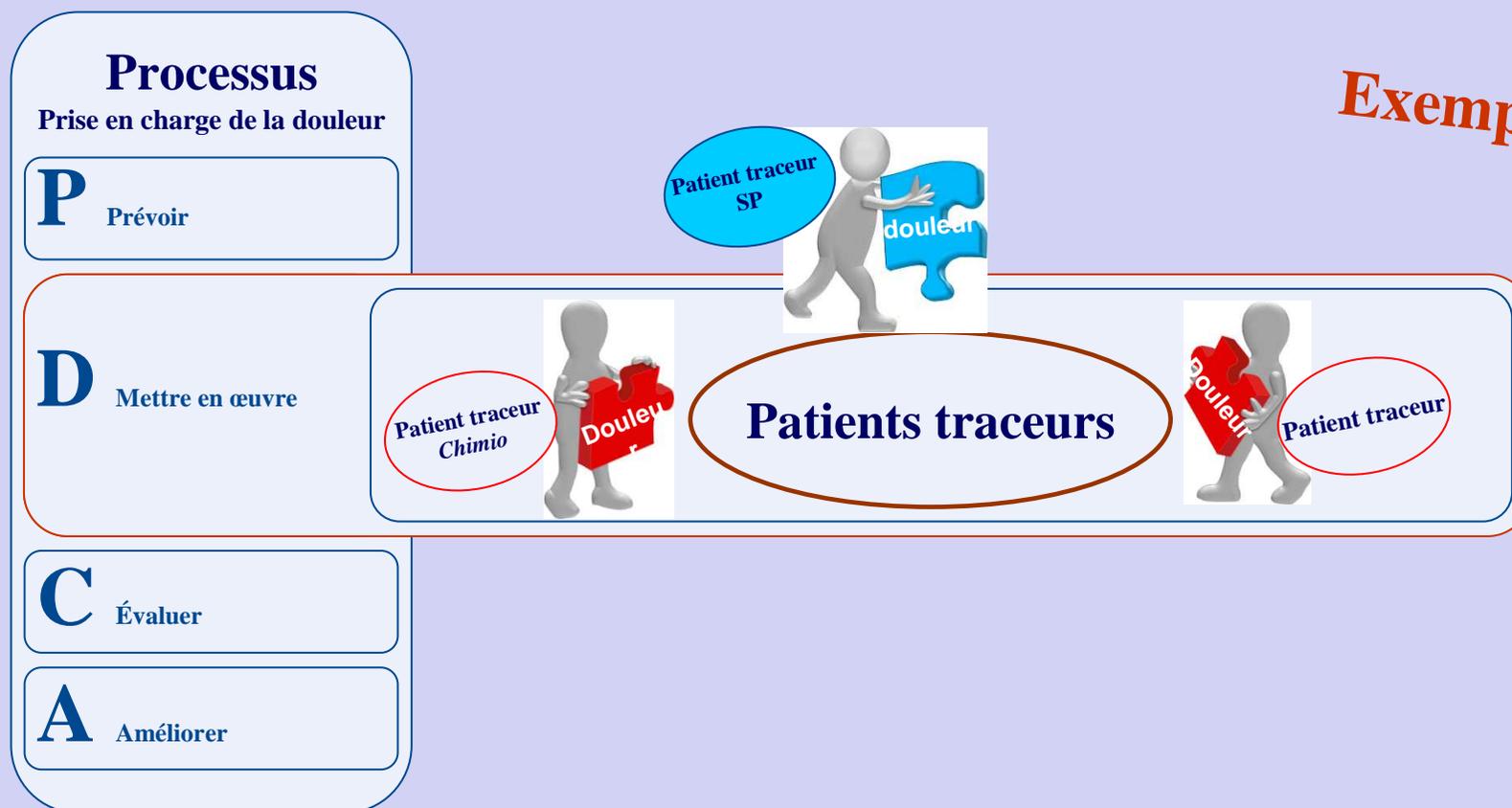
L'entretien est systématique dès lors que le patient a donné son accord et que son état de santé le permet

DUREE

Environ 20 min

Les méthodes : une forte complémentarité

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



Parcours de soins d'un patient hospitalisé dans un autre service que la gastro-entérologie et pour lequel une colonoscopie est programmée et effectuée

1

Pourquoi ce patient ?

- Patient informé et consentant
- Porteur d'une pathologie chronique
- Correspondant au profil choisi
- Enjeu autour de la coordination des soins entre le service adresseur et le service de gastroentérologie où est réalisé l'acte

2

Parcours du patient

- Urgences
- Service de gastro-entérologie J0
- Sortie J5
- Hospitalisation programmée en hématologie J9
- Service d'endoscopie digestive J10
- Service d'hématologie J11

Mode de sortie : retour à domicile J11

3

Personnes rencontrées

- Le patient
 - Chef de service
 - Cadre de santé d'endoscopie et de gastroentérologie
 - IDE d'endoscopie
 - 2 médecins de gastro-entérologie
 - Aide-soignante
 - Étudiante IBODE
 - IDE référent handicap
 - Pharmacien responsable de l'unité d'hygiène hospitalière
 - Pharmacien
- Outils mobilisés
- Information du patient
 - Grille HAS PT pour les critères
 - Check-list sécurité HAS d'endoscopie

5

Actions d'amélioration

- Généraliser le dossier coloscopie qui intègre le CR et la traçabilité du consentement et de l'information sur le rapport bénéfice/risque
- Informatiser et automatiser la traçabilité du traitement de l'endoscope avec « nouvelle armoire » à endoscope
- Programmer une évaluation du suivi du traitement des endoscopes
- Généraliser l'utilisation de la check-list sécurité HAS d'endoscopie et programmer une évaluation de son utilisation
- Généraliser le port du bracelet d'identification
- IDE coordinatrice d'endoscopie dédiée à l'accueil et au suivi
- Fiche de liaison (unité/endoscopie) en test avant évaluation et diffusion
- Information institutionnelle sur la loi Leonetti de mars renouvelée en juin

4

Synthèse

Points positifs

- EPP en cours sur l'amélioration de la préparation colique 2014
- EPP 2013 sur la pertinence de la prescription de la coloscopie
- Dossier informatisé

Points à améliorer

- Le support de traçabilité :
 - du consentement du patient et de l'information du patient sur le bénéfice/risque
 - de la vérification de l'identité du patient
 - manuscrit du traitement de l'endoscope (cahier de salle et cahier de vie de l'endoscope)
- Check-list sécurité pour le secteur d'endoscopie
- Organisation de l'accueil du patient
- Fiche de liaison entre unité de soins et endoscopie



Merci de votre attention