

# Visite test de certification V2014

## Retour du CHU de Rennes



GCS CAPPS  
Vendredi 12 juin 2015



CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
DE RENNES



# Le CHU de Rennes

- ▶ **Etablissement MCO, SSR, SLD de 1860 lits et places (dont un EHPAD de 120 lits)**
- ▶ **Sur 5 sites géographiques sur Rennes**
- ▶ **Activités :**
  - **Urgences (générale adulte, pédiatrique, gynécologique, cardiologique)**
  - **Bloc opératoire**
  - **Endoscopie (digestive, bronchique, ORL, urologique, pédiatrique)**
  - **Imagerie interventionnelle**
  - **Salle de naissance de niveau 3**
- ▶ **Certification HAS :**
  - **V2010 : certification avec recommandations en janvier 2014**
  - **V2014 :**
    - Prévues en octobre 2016
    - Démarche V2014 non enclenchée (Aucune information aux équipes sur la V2014, démarche analyse processus non débutée (hormis cartographie : bloc opératoire, endoscopie digestive, identitévigilance), Aucun patient traceur réalisé (2 en novembre))

# Proposition de la HAS

---

- ▶ **Fin juin 2014, la HAS sollicite le CHU de Rennes pour être établissement testeur de la V2014**
  
- ▶ **Objectifs de cette visite pour la HAS :**
  - Réaliser une visite sur un établissement de grande taille et multi-sites
  - Réaliser une visite avec toutes les composantes de la procédure : compte qualité, négociation du calendrier, visite sur site, rapport et observations
  - Tester une nouvelle organisation pour la réalisation des patients traceurs
  
- ▶ **Accord du CHU de Rennes**
  - Intérêt pédagogique et une entrée dans la V2014
  - Tester le remplissage du compte qualité avec retour de la HAS
  - Sensibilisation des équipes aux nouvelles modalités de visite (patient traceur, audit processus)
  - Prioriser nos actions du programme qualité, gestion des risques de l'établissement

# Périmètre de la visite

## ▶ Une semaine avant la visite :

- Réception du calendrier : connaissance des processus investigués et des services pour chaque processus
- Réception de la liste des patients traceurs

## ▶ Calendrier : 5 jours / 6 experts visiteurs / 6 observateurs

## ▶ 11 processus audités :

Management de la qualité et des risques

Gestion du risque infectieux

Droits des patients

Parcours du patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 risque : endoscopie

Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : salles de naissance

Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque : TIUIM – imagerie

Dossier patient



## Périmètre de la visite (suite)

### ▶ 15 patients traceurs planifiés

1	Médecine Adulte Hémato clinique Pontchaillou
2	Médecine Adulte Diabétologie H Sud
3	Médecine Adulte Hépatogastro (réa) Pontchaillou
4	Médecine Adulte Cardiologie Pontchaillou
5	Nouveau né de moins de 8 J hospitalisé en néo nat
6	Chirurgie Adulte Orthopédie ambulatoire Pontchaillou
7	Chirurgie Adulte Chir viscérale Pontchaillou
8	Chir Patient âgé traumatisme par urgences Pontchaillou
9	Chirurgie Enfant pathologie urologie H Sud
10	Chir Adulte neurochir (rachis) Pontchaillou
11	Obstétrique Accouchement sans complication H Sud
12	SSR Enfant SSR pédiatrique Pontchaillou
13	SSR Adulte neuro vasculaire Pontchaillou
14	SLD Patient âgé Alzheimer (non réalisé)
15	SLD Patient âgé issu du SSR



# Bilan de la visite

## Généralités

---

- ▶ **Durée : 5 jours => trop court / 6 experts visiteurs => trop peu nombreux**
- ▶ **11 processus investigués avec 45 investigations terrain**
- ▶ **14 patients traceurs réalisés (annulation de 1 patient traceur car redondant avec un autre) dont 1 patient non rencontré (aplasie ou fin de vie)**
- ▶ **Tous les pôles (sauf odontologie) et 90 % des services ont été investigués**
  - ⇒ Bonne mobilisation des équipes
  - ⇒ Bon accueil dans les unités
  - ⇒ Calendrier très serré, rythme soutenu
- ▶ **Restitution des processus sur le modèle PDCA => très long et parfois confus**  
**Avec redondance entre la restitution quotidienne des processus et la restitution finale**



# Bilan de la visite

## Compte qualité

---

- ▶ **Ce que nous retenons pour l'élaboration du compte qualité :**
  - Importance de réaliser des analyses processus pour chaque processus pour avoir l'exhaustivité des risques mais inscrire dans le compte qualité que les quelques risques prioritaires
  - Importance de la priorisation des actions d'amélioration et de la définition des objectifs pour chaque action



# Bilan de la visite

## Audit processus

---

- ▶ **« Colonne vertébrale » de la visite**
- ▶ **Rencontre avec le pilote (étape très importante) :**
  - Bien définir le pilote ( $\neq$  1 personne  $\Rightarrow$  2-3 personnes)
  - 1h d'entretien parfois un peu juste pour certains processus
  - Importance d'avoir préparé les 10 documents essentiels à donner à l'expert visiteur lors de l'entretien
  - Importance de la connaissance des risques majeurs et du plan d'actions (priorisé) même si les experts ne connaissent pas forcément le compte qualité
- ▶ **Investigation dans les services :**
  - 1 seul expert par thématique
  - Prévoir la disponibilité des professionnels dont des professionnels en transversalité (IDE de programmation, IDE d'annonce, gestionnaire de lits ...)





# Bilan de la visite

## Audit processus (suite)

---

- ▶ **Difficulté d'investigation du processus management de la qualité et de la gestion des risques** => être force de proposition dans des rencontres complémentaires lors de la négociation du calendrier : responsables de pôle
- ▶ **Difficulté d'appréhender le processus « parcours patient »** => à l'établissement de définir son périmètre
- ▶ **Difficulté dans le périmètre sur le secteur à risque salle de naissance**
- ▶ **Investigations sur les blocs, l'endoscopie, l'imagerie interventionnelle (listing)**
- ▶ **Proposition formulée à la HAS** : après l'investigation terrain prévoir pour certains processus un second temps avec le pilote.



# Bilan de la visite

## Patient traceur

---

- ▶ **Illustration des audits processus, ça « ... donne de la couleur... » à la visite**
- ▶ **Ce que nous retenons :**
  - Recueil de consentement est à réaliser par l'établissement avant la proposition de la liste des patients aux experts tous les matins
  - Difficulté d'organiser les patients traceurs du 1<sup>er</sup> jour de visite (lundi) pour les patients ambulatoires ou à DMS très courte => vigilance à avoir lors de la réception du calendrier
  - Importance de la présence médicale et de la disponibilité des paramédicaux
  - Préférer la rencontre avec l'équipe en salle de soins et non en salle de réunion
  - Importance de présenter le cas clinique à l'expert visiteur avant la rencontre avec le patient
  - Vigilance à avoir quand le patient est en chambre double
  - Difficulté pour les professionnels avec les termes « parcours patient », « patient traceur » et « parcours patient traceur »
  - Questions sur d'autres thématiques (qualité de vie au travail)



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. Les objectifs de la certification :	2
2. La certification V2014 :	2
3. Les niveaux de certification :	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. Lexique des termes utilisés	4
2. Les fiches par thématique	4
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. Liste des thématiques investiguées	8
2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DROITS DES PATIENTS	33
DOSSIER PATIENT	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	60
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	66
<b>ANNEXE</b>	73

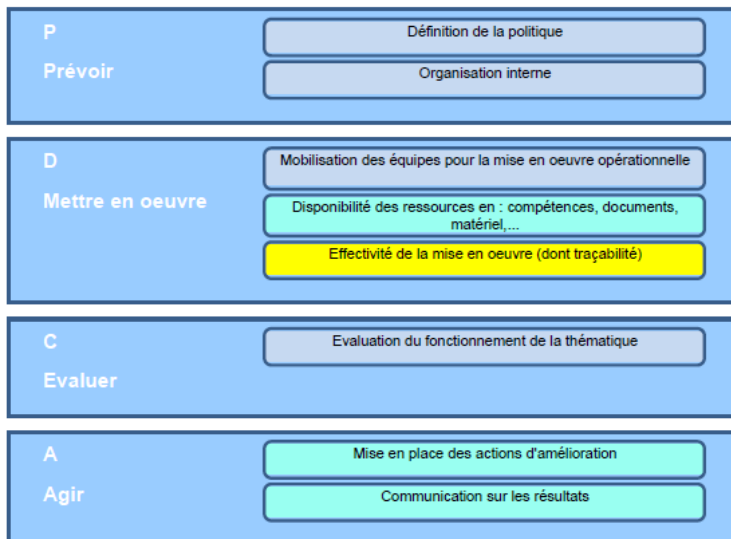
# La fiche thématique

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

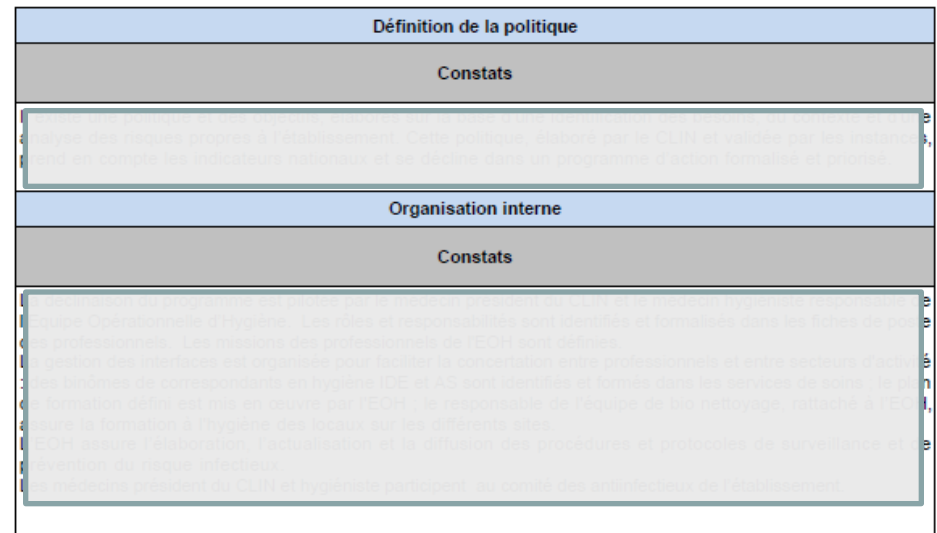
## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



### b. Synthèse générale

P / Prévoir



# Le pré rapport (suite)

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Source PT/AP	Réf / EA V2010
P / Définition de la politique	PS	L'établissement n'a pas réalisé le compte qualité sur le processus droits des patients et n'a pas formalisé globalement l'identification des risques liés à l'absence de compte qualité et analyse de risques	AP	1d
D / Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)	PS	Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de l'intimité. Toutes les chambres à 2 lits ne sont pas équipées de paravent. Manque de paravents dans certains services	AP	10b
	PS	Une personne de confiance est rarement recueillie et tracée dans le dossier. Le recueil des directives anticipées est réalisé au cas par cas excepté en SLD où la démarche est systématique Investigation sur le terrain	AP	11a
A / Communication sur les résultats	PS	L'information des professionnels sur les résultats des enquêtes de satisfaction ou indicateurs est hétérogène selon les secteurs. Communication partielle	AP	1d
	PS	Les résultats des enquêtes et questionnaires de sortie ne font pas l'objet d'une communication auprès des usagers (affichage...) Absence d'affiche informant des résultats des enquêtes de satisfaction	AP	11a

► Qualification :

PS : point sensible

NC : non conformité

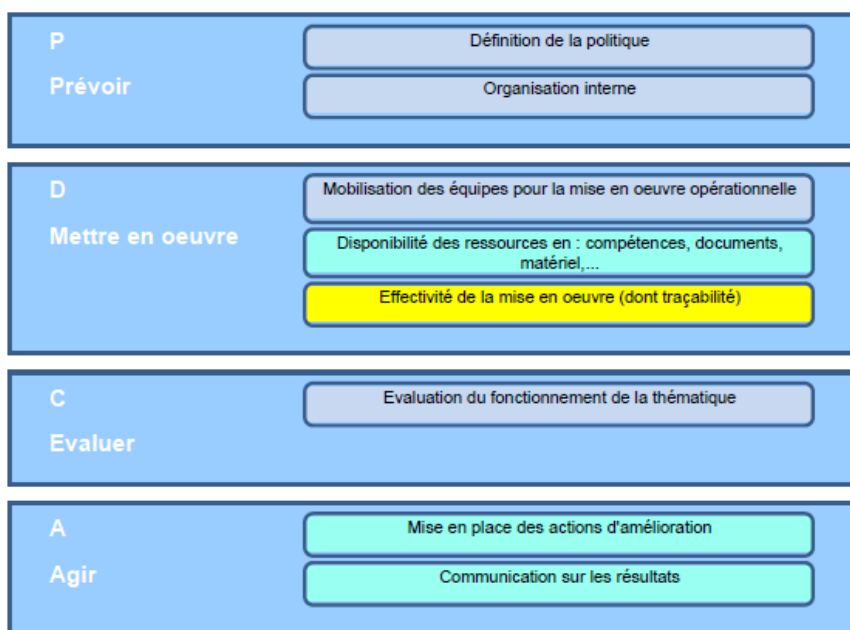
NCM : non-conformité majeure

► Source :

PT : Patient traceur

AP : Audit processus

- ▶ Possibilité de faire des observations
- ▶ Décisions en fonction du code couleur et le calcul d'un score



Non défini	0 point
Fonctionnement de base	1 point
Défini	3 points
Maitrisé	4 points
Optimisé	5 points

max 32 pts

### Les thématiques intégrant une ou plusieurs PEP

Pas de décision	75% à 100%
Recommandation	50% à 74%
Réserve	25% à 49%
Réserve majeure	0 à 24%

Liste des thématiques intégrant des critères PEP
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux (1)
Droits des patients
Parcours du patient
Prise en charge de la douleur
Prise en charge et droits des patients en fin de vie
Dossier patient
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés (2)
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire (2)
Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque (2)
Fonctions logistiques au domicile du patient (3)

(1) : MCO (2) : si présent dans IES (3) : en HAD (4) : hors MCO

### Les thématiques n'intégrant pas de PEP

Pas de décision	60% à 100%
Recommandation	40% à 59%
Réserve	20% à 39%
Réserve majeure	0 à 19%

Liste des thématiques n'intégrant pas de critères PEP
Gestion du risque infectieux (4)
Qualité de vie au travail
Gestion du système d'information
Management stratégique, gouvernance
Biologie médicale
Imagerie
Gestion des ressources humaines
Gestion des ressources financières
Processus logistiques (hors fonctions logistiques au domicile du patient)

(1) : MCO (2) : si présent dans IES (3) : en HAD (4) : hors MCO

Exemple : 26 points soit 81,25% => PEP : pas de décision

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Réf critère V2010
Parcours du patient	D / Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)	PS	l'assurance de la continuité de l'évaluation continue de l'état du patient n'est pas assurée dans tous les dossiers (confirmée par un IPAQSS à 41% sur ce thème)	PT	17a
		PS	le délai d'envoi du courrier n'est pas partout conforme à la réglementation malgré la proposition des courriers (IPAQSS à 31% sur cet item)	AP	18a
		PS	les mécanismes de coordination mis en place entre les membres des équipes dans certains secteurs ne garantissent pas la qualité des informations, pouvant être à l'origine d'erreurs potentielles (existence d'un tableau mural où sont reportés plusieurs éléments du dossier : résultats de biologie, constantes, plans de soins, traitements médicamenteux prescrits et administrés, par exemple)	AP	18a
Dossier patient	D / Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)	PS	les délais d'accès du patient à son dossier ne sont pas respectés (8,1/38% en MCO, 2/3 en SSR)	AP	14b
		PS	le guide de bonnes pratiques de tenue du dossier patient n'est pas mis en oeuvre (coexistence d'éléments de dossier patient papiers et informatisés dans les services avec une utilisation variable selon les services (les fiches de prescription médicales thérapeutiques peuvent être produites au sein des services, allant à l'encontre des recommandations en réanimation chirurgicale, la fiche de prescription médicale ne permet pas la traçabilité de l'administration. Elle est assortie de 2 diagrammes de surveillance intégrant le recopiage des prescriptions	AP	14a
	C / Evaluation du fonctionnement de la thématique	PS	l'évaluation de la tenue du dossier patient ne fait pas encore l'objet d'un dispositif structuré à périodicité définie (objectif inscrit au programme qualité gestion des risques 2012-2016; des indicateurs sont en cours de construction)	AP	14a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Définition de la politique	PS	mesure incomplète des risques identifiés (absence d'analyse profonde des risques identifiés ; priorisation non structurée des risques identifiés)	AP	25a

# En conclusion pour le CHU Rennes

- ▶ Réorganisation des structures de pilotage :
  - Elargissement de la cellule de coordination qualité et gestion des risques
  - Evolution du comité de suivi de certification en comité stratégique
  
- ▶ Engagement dans les analyses processus pour toutes les thématiques du compte qualité (14) et la réalisation de quelques patients traceurs (5-6)
  
- ▶ Au regard de nos thèmes prioritaires mobilisation des personnels lors des « semaines thématiques qualité et gestion des risques »
  - Objectif : mobiliser sur un temps court les professionnels autour d'une thématique du programme
  - Thèmes : mars – droits des patients / juin – dossier patient / novembre – PECM / 1<sup>er</sup> trim 2016 – parcours patient



# Avez-vous des questions ?

---

