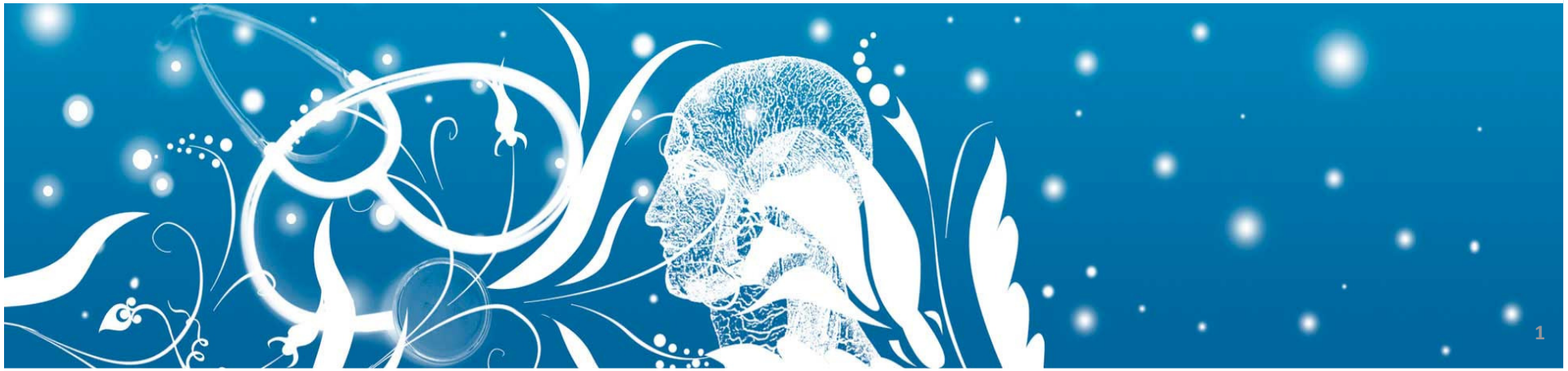
Centre Hospitalier Universitaire de Nice

Préparation de la certification V 2014

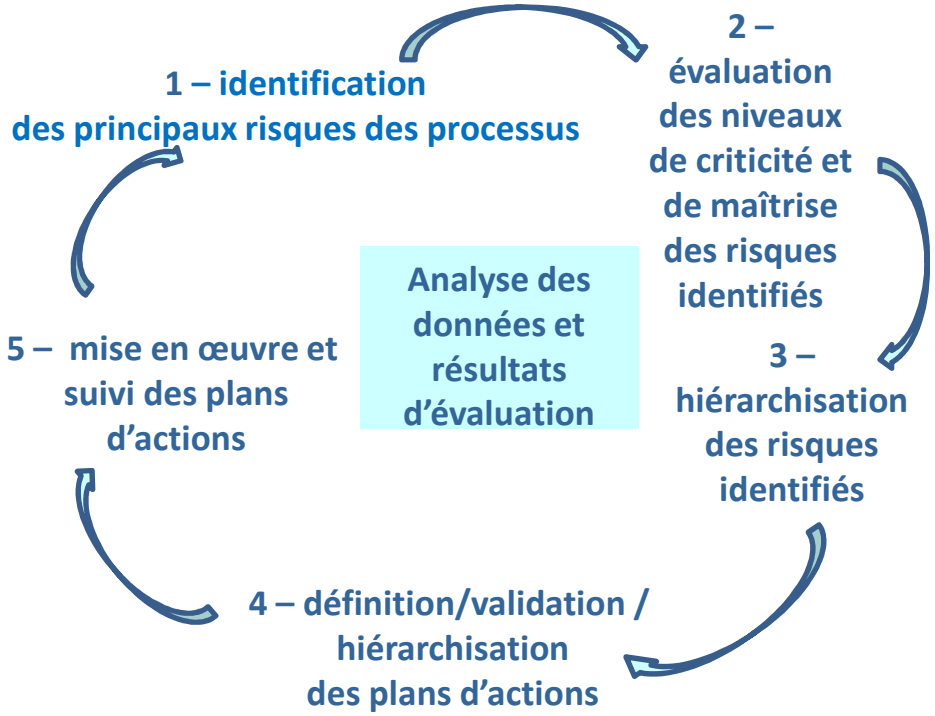
M Mazard, JF Quaranta
DQRE/CVSGDR

Formation CIPE : E-santé, Hôpital Numérique et Certification HAS – 13 novembre 2014



La certification V 2014 : une approche par les risques

- Les nouvelles modalités de la démarche de certification :
  - L'évaluation des processus :
    - regroupés en thématiques
    - étudiés selon la méthode du PDCA
    - et de l'analyse des risques
    - priorisés (PEP, secteurs à risques, ou autres spécificités)
  - Les patients traceurs :
    - évaluation du parcours par le patient et l'équipe
  - Le compte qualité



- Les attendus de la certification :

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
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**

COMPTE QUALITE HAS

En fonction des décisions HAS prises suite à la visite,
une visite ciblée peut être programmée

La certification V 2014 : une approche par les risques

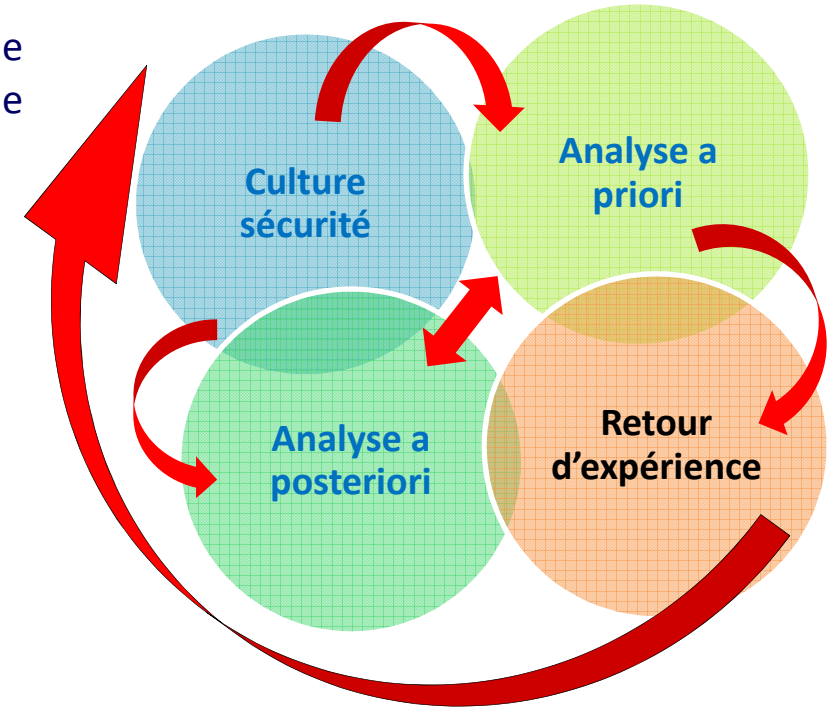
Objectifs du compte qualité

En externe

- Faire converger dans un même cadre le programme qualité risques et l'outil de dialogue entre la HAS et l'établissement
- Rendre la certification plus continue, synchronisée avec les démarches qualité sécurité de l'établissement
- Améliorer l'information mise à la disposition des usagers en rendant public le compte qualité

En interne

- Aider les établissements à mieux piloter la dynamique interne
- Rendre lisibles et mobilisateurs, pour les professionnels de santé, les axes prioritaires d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques



La certification V 2014 : le compte qualité

4 PARTIES

Cartographie des risques et dispositifs de maîtrise en place

Résultats d'évaluation

- Résultats certification
- Résultats indicateurs nationaux/régionaux
- Résultats d'évaluation interne

La certification V 2014 : le compte qualité

Le compte qualité porte a minima sur les thématiques suivantes auxquelles sont rattachées les PEP

Liste des thématiques	Tronc commun du compte qualité
Management de la qualité et des risques	X
Qualité de vie au travail	X
Gestion du risque infectieux	X
Droits des patients	X
Parcours du patient	X
Prise en charge de la douleur	X
Prise en charge et droits des patients en fin de vie	X
Gestion du dossier patient	X
Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC	X
Prise en charge médicamenteuse du patient	X
Prise en charge des urgences et des soins non programmés (1)	X
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire (1)	X
Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque: *endoscopie, radiothérapie, médecine nucléaire, salle de naissance, imagerie interventionnelle* (2)	X
Fonctions logistiques au domicile du patient (2)	X
Gestion du système d'information	X
Management stratégique, gouvernance	Si l'établissement faisait l'objet d'une décision sur une de ces thématiques à l'issue de la V2010, elle est attendue par la HAS dans le compte qualité.
Biologie médicale	
Imagerie	
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	
Gestion des ressources humaines	
Gestion des ressources financières	
Fonctions logistiques[s] (1)	

(1) : Si présent dans l'ES ; (2) : En HAD

Mais l'établissement peut analyser d'autre(s) thématique(s)

La certification V 2014 : une approche par les risques

- La HAS attend au travers des données disponibles :
  - La cartographie des risques *a priori* des processus
  - La description du dispositif de maîtrise, de réduction et/ou suppression du risque au travers de différentes actions
  - La mesure de l'efficacité des actions de maîtrise, réduction, suppression du risque
  - Le suivi des indicateurs et des résultats à périodicité définie
  - L'analyse de l'impact des actions mises en place

Cartographie globale de l'Etablissement à partir des processus HAS

PROCESSUS DE MANAGEMENT

Pilotage et stratégie de l'établissement

** Réf.. norme ISO 9001 version 2015*

- Valeurs, missions et stratégie
- Obligations légales et réglementaires
- Politique droit des patients
- Qualité de vie au travail
- Dialogue social et implication des personnels
- Engagement Développement Durable
- Pertinence des soins
- Efficience
- Démarche éthique
- Direction et encadrement
- Pilotage à partir de tableaux de bord
- Gestion de crise
- Fonctionnement des instances

- Politique et programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Culture qualité sécurité
- Coordination Gestion des risques

PROCESSUS DE REALISATION

Droits des patients

- Implication usagers
- Bientraitance
- Dignité, intimité
- Confidentialité
- Libertés individuelles
- Entourage
- Information patient
- Consentement et participation
- Information dommage lié aux soins
- Accès patient au dossier

Prises en charge génériques

- Accueil du patient
- Projet soins personnalisé
- Continuité
- Coordination
- Sortie
- Douleur
- Risque suicidaire
- Nutrition
- Education thérapeutique

Médicament

- Usage des antibiotiques
- Prise en charge médicamenteuse
- Prescription chez le sujet âgé

Blocs opératoires

- Blocs opératoires

Prises en charge spécifiques

- Urgences et non programmés
- Urgences vitales
- Prise en charge somatique en PSY
- Populations spécifiques
- Soins de suite et réadaptation
- Hospitalisation sans consentement
- Fin de vie
- Dons d'organes
- Transfusion
- *Réanimation*
- Ambulatoire

Secteurs à risques

- Imagerie interventionnelle
- Médecine nucléaire
- Endoscopie
- Salle de naissance
- Cardiologie interventionnelle
- Balnéothérapie
- Médecine hyperbare
- Electroconvulsivothérapie

PROCESSUS DE SUPPORT

Ressources Humaines

- Emplois et compétences
- Nouveaux arrivants
- Santé Sécurité au travail

Ressources financières

- Gestion budgétaire

Plateaux techniques

- Laboratoire
- Imagerie

Dossier patient

- Dossier patient

Qualité Sécurité

- Evaluation des pratiques professionnelles
- Évènements indésirables
- Vigilances sanitaires
- Gestion documentaire
- Identification patient
- Risques a priori
- Evaluation satisfaction
- Maitrise du risque infectieux
- Plaintes et réclamations

Système d'information

- Système d'information et sécurité

Ressources matérielles/logistiques

- Sécurité des biens et personnes
- Infrastructures et équipements
- Restauration
- Linge
- Transports
- Hygiène des locaux
- Eau
- Air
- Energie
- Déchets
- Biomédical
- Achats

La certification V 2014 : une approche par les processus

Audit d'un processus
Les points de maîtrise d'un processus selon PDCA

Entretiens
Sondage
Observation
Locaux
Interfaces
+
Patient traceur

P Prévoir	Définition du processus en fonction de l'analyse des risques et/ou des besoins patients/clients Ressources identifiées (humaines, matériels, documentaires) Objectifs et indicateurs définis.
	Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités
	Interfaces (processus ou services)
D Mettre en œuvre	Connaissances, compétences
	Mise à disposition et utilisation des documents
	Information et communication
Evaluation sur le terrain	Outils et matériels
	Réalisation des activités
	Traçabilité
C Evaluer	Processus évalué (revue de processus, indicateurs de fonctionnement, indicateurs de satisfaction, audits…) ; résultats communiqués
A Agir	Actions d'amélioration mises en place

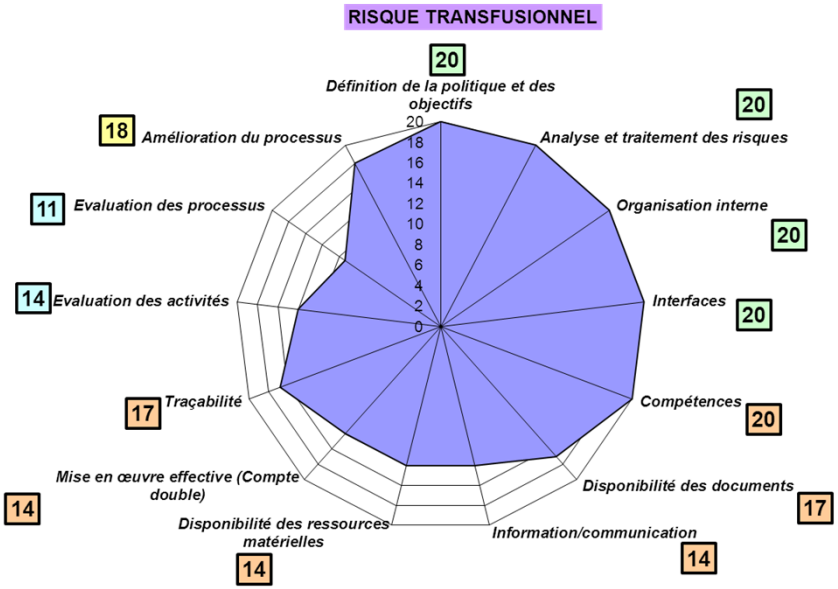
HAS 2012

Méthodologie d'identification des risques

Centre Hospitalier Universitaire de Nice — HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PROCESSUS RISQUE TRANSFUSIONNEL

PROCESSUS RISQUE TRANSFUSIONNEL			
	PDCA	Critères	Cotation sur 20
100,0%	P *sur 80*	Définition de la politique et des objectifs	20
		Analyse et traitement des risques	20
		Organisation interne	20
		Interfaces	20
78,4%	D *sur 140*	Compétences	20
		Disponibilité des documents	17
		Information/communication	14
		Disponibilité des ressources matérielles	14
		Mise en œuvre effective (Compte double)	14
		Traçabilité	17
63,3%	C *sur 40*	Evaluation des activités	14
		Evaluation des processus	11
90,0%	A *sur 20*	Amélioration du processus	18
PROCESSUS RISQUE TRANSFUSIONNEL		83%	



***Optimisé* : à partir de 90%**
***Maitrisé* : à partir de 80% (non PEP) ; à partir de 85% (PEP)**
***Défini* : à partir de 60% (non-PEP) ; à partir de 70% (PEP)**
***Fonctionnement de base* : à partir de 40% (non PEP); à partir de 55% (PEP)**
***Non défini* : en-deçà de 40% (non PEP); en-deçà de 55% (PEP)**

Optimisés

Salle de naissance
Balnéothérapie
Médecine Hyperbare
Vigilances sanitaires
Hospitalisation sans consentement

Maîtrisés

Politique droits des patients
Politique amélioration qualité et sécurité des soins
Programme amélioration qualité et sécurité des soins
Culture qualité et sécurité
Implication usagers
Accès patient au dossier
Gestion documentaire
Plaintes et réclamations
Evaluation satisfaction
Identification patient
Valeurs, missions, stratégie
Efficience
Direction et encadrement (provisoire)
Pilotage à partir de tableaux de bord
Fonctionnement des instances
Transfusion
Soins de suite et de réadaptation
Imagerie interventionnelle
Électroconvulsivothérapie
Imagerie : demande d'examens et transmission des résultats
Emplois et compétences (provisoire)
Gestion budgétaire
Linge
Restauration
Déchets

Définis

Coordination gestion des risques
Engagement dans le développement durable
Dignité Intimité
Confidentialité
Entourage
Information patient
Consentement et participation
Information dommage lié aux soins
Usage des antibiotiques
Prise en charge médicamenteuse
Prescription chez le sujet âgé
Obligations légales et réglementaires
Qualité de vie au travail (provisoire)
Dialogue social et implication des personnels (provisoire)
Pertinence des soins
Gestion de crise
Accueil
Projet de soins personnalisé
Continuité de la PEC
Coordination de la EC
Sortie
Douleur
Urgences et non programmés
Urgences vitales
PEC somatique en PSY
Populations spécifiques
Fin de vie
Médecine nucléaire
Endoscopie
Cardiologie interventionnelle
Imagerie : démarche qualité
Nouveaux arrivants (provisoire)
Santé, Sécurité au travail (provisoire)
Infrastructures et équipements
Hygiène des locaux
Air
Biomédical
Achats et approvisionnements
Education thérapeutique
Blocs opératoires
Évènements indésirables
Maîtrise risque infectieux

Fonctionnement de base

Bientraitance
Libertés individuelles
Dossier patient
Evaluation pratiques professionnelles
Risques a priori
Démarche éthique
Système d'information et sécurité
Transports patients
Eau
Énergie

Méthodologies d'identification des risques

Deux méthodes

Obligatoires		Volontaires
Méthode 1 – Cartographie des risques *a priori*	**Méthode 2 – Identification des risques à partir de la maturité des processus et des fiches de synthèse des processus**	**Méthode 1 ou 2 au choix**
• *Secteurs à risques (Imagerie interventionnelle, Médecine nucléaire, Endoscopie, Electroconvulsivothérapie, Salle de naissance, Cardiologie interventionnelle, Balnéothérapie, UTOH)* • Bloc opératoire • PEC urgences et soins non programmés • PEC médicamenteuse • Identification patient	• Gestion du risque infectieux • Droit des patients • Parcours patient • PEC douleur • Dossier patient • PEC fin de vie • Système d'information • Qualité de vie au travail	• Management stratégique • Gestion des ressources humaines • Santé, Sécurité au travail • Gestion des ressources financières • Imagerie • Biologie • Education thérapeutique • Dons d'organes • Efficience • Fonctions logistiques

Méthodologies d'identification des risques

Deux méthodes

Obligatoires		Volontaires
Méthode 1 – Cartographie des risques *a priori*	**Méthode 2 – Identification des risques à partir de la maturité des processus et des fiches de synthèse des processus**	**Méthode 1 ou 2 au choix**
• *Secteurs à risques (Imagerie interventionnelle, Médecine nucléaire, Endoscopie, Electroconvulsivothérapie, Salle de naissance, Cardiologie interventionnelle, Balnéothérapie, UTOH)* • Bloc opératoire • PEC urgences et soins non programmés • PEC médicamenteuse • Identification patient	• Gestion du risque infectieux • Droit des patients • Parcours patient • PEC douleur • Dossier patient • PEC fin de vie • Système d'information • Qualité de vie au travail	• Management stratégique • Gestion des ressources humaines • Santé, Sécurité au travail • Gestion des ressources financières • Imagerie • Biologie • Education thérapeutique • Dons d'organes • Efficience • Fonctions logistiques

Méthodologies d'identification des risques

Méthode 1 – Cartographie des risques *a priori*

Analyse des risques *a priori* pour le processus "XXX"

1) Décliner l'ensemble des étapes du processus et décrire les principaux points importants de l'étape, si nécessaire
2) Reprendre une à une chaque étape et identifier :
- les situations à risque
- les dispositions de maîtrise existantes pour ces situations à risque
- la gravité de la situation en s'aidant de l'échelle de gravité (onglet "hierarchisation")
- la fréquence de survenue de la situation à risque en s'aidant de l'échelle de vraisemblance (onglet "hierarchisation")

3) Identifier les dispositions de maîtrise à mettre en place pour ces situations à risque **(1 seule action par défaillance)** dans les cas suivants :
- si la criticité est au niveau 3 et donc si la situation est jugée inacceptable
- si la frequence reste élevée malgré "les barrières" mises en œuvre
- si la criticité est au niveau 2 et donc si la situation nécessite une surveillance particulière

4) Identifier pour chaque action mise en place, le responsable de l'action et l'échéance souhaitée

Etape du processus	Description de l'étape (Points clés de l'étape)	Type de risque	Processus	Identification de la situation à risque ou du dysfonctionnement associé	Dommage potentiel	Gravité *cf. onglet hierarchisation*	Fréquence *cf. onglet hierarchisation*	Criticité *cf. onglet hierarchisation et criticité*	Action de maîtrise existante	Evaluations existantes	Niveau de Maîtrise *cf. onglet hierarchisation*	Niveau de priorité *cf. onglet hierarchisation et IPR*	Actions à mettre en place	Indicateurs	Responsable de l'action	Échéance

Méthodologies d'identification des risques

Méthode 1 – Cartographie des risques *a priori*

HIERARCHISATION DES RISQUES A PRIORI

Classes de Gravité	Intitulé des gravités	Intitulé des conséquences
G1	Mineure	Faible impact, ne remet pas en cause les objectifs du système en terme de performance ou de sécurité du patient
G2	Significative	Dégradation du niveau de performance du système sans impact sur la sécurité du patient
G3	Majeure	Forte à très forte dégradation du niveau de performance pouvant aller jusqu'à l'échec de la mission du système, avec impact physique ou psychologique temporaire pour le patient
G4	Critique	Dégradation de l'intégrité du système et du niveau de sécurité du patient (atteinte physique ou psychologique permanente)
G5	Catastrophique	Très forte dégradation de l'intégrité du système pouvant aller jusqu'à sa perte, et du niveau de sécurité du patient (mise en jeu du pronostic vital ou DC du patient)

La fréquence du risque pour l'étape du processus. Peut être issue de la littérature et/ou des expériences professionnelles

Classe de Vraisemblance (fréquence)	Intitulé de la classe	Évènement qui peut se reproduire au minimum
V1	Rare à incertain	1/an (ou au-delà)
V2	Peu probable	1/semestre
V3	Probable	1/trimestre
V4	Fort probable	1/mois
V5	Très probable à certain	1 ou plusieurs fois / semaine

Classe de criticité	Intitulé de la classe	Intitulés des décisions et des actions
C3	Acceptable	Aucune action n'est à entreprendre
C2	Tolérable sous contrôle	Un suivi en termes de gestion du risque doit être organisé
C1	Inacceptable	La situation doit être refusée. Des mesures de réduction des risques doivent être mises en place ou l'activité doit être refusée.

Classes de Niveau de maîtise	Intitulé de la classe	Intitulés des niveaux de maitrise
M1	Très bon	Evaluations régulières suivies de mesures correctives si nécessaire ou : sécurité intégrée ou élimination du danger
M2	Bon	Toutes les actions de réduction / prévention sont mises en place et évaluées régulièrement
M3	Moyen	Toutes les actions de réduction / prévention sont mises en place mais non évaluées
M4	Mauvais	Il existe des actions de réduction / prévention mais partielles
M5	Inexistant	Aucune actions de réduction / prévention

Classe de IPR	Intitulé de la classe	Intitulés des classes d'indices prioritaires de risques
1	Risques à traiter	Criticité faible et moyenne avec un mauvais niveau de maîtrise Criticité élevée avec un faible niveau de maîtrise Criticité très élevée avec un niveau de maîtrise moyen.
2	Risques à surveiller	Tous les autres risques
3	Risques sous contrôle	Criticité très faible assortie d'un niveau de maîtrise moyen, bon ou très bon, Criticité faible assortie d'un niveau de maîtrise bon ou très bon

NIVEAU DE CRITICITE

Classes de vraisemblance	Classes de Gravité: G1	G2	G3	G4	G5
V1	3	3	3	2	2
V2	3	3	2	2	2
V3	3	2	2	2	1
V4	2	2	2	1	1
V5	2	2	1	1	1

Indice prioritaire de risques

Niveau de maîtrise	Niveau de Criticité: 3	2	1
M1	3	3	2
M2	3	2	2
M3	2	2	2
M4	2	2	1
M5	2	1	1

Méthodologies d'identification des risques

Deux méthodes

Obligatoires		Volontaires
Méthode 1 – Cartographie des risques *a priori*	**Méthode 2 – Identification des risques à partir de la maturité des processus et des fiches de synthèse des processus**	**Méthode 1 ou 2 au choix**
• *Secteurs à risques (Imagerie interventionnelle, Médecine nucléaire, Endoscopie, Electroconvulsivothérapie, Salle de naissance, Cardiologie interventionnelle, Balnéothérapie, UTOH)* • Bloc opératoire • PEC urgences et soins non programmés • PEC médicamenteuse • Identification patient	• Gestion du risque infectieux • Droit des patients • Parcours patient • PEC douleur • Dossier patient • PEC fin de vie • Système d'information • Qualité de vie au travail	• Management stratégique • Gestion des ressources humaines • Santé, Sécurité au travail • Gestion des ressources financières • Imagerie • Biologie • Education thérapeutique • Dons d'organes • Efficience • Fonctions logistiques

Méthodologies d'identification des risques

Méthode 2 – Identification des risques à partir des fiches de synthèse

Exemple pour la sortie dans la thématique « Prise en charge générique » (Parcours patient)

A VALDER PAR LE GROUPE REFERENT

	Dysfonctionnements décrits dans les fiches de synthèse des processus	Risques identifiés
Sortie	Les documents nécessaires à son suivi ne sont pas systématiquement remis au patient au moment de la sortie	Rupture thérapeutique – Ré- hospitalisation précoce
	Les procédures de sortie à l'insu du service ne sont pas réactualisées	Mise en cause juridique de l'établissement en cas d'accident.
	Indisponibilité de structures ou de professionnels d'aval pour certains profils de patients	Prolongation de la durée de séjour
	Projet de sortie mal géré (non élaboré de façon pluriprofessionnelle, patient ou entourage mal informé ou non compliant …)	Ré-hospitalisation précoce non programmée

La certification V 2014 : une approche par les patients traceurs

La méthode du patient traceur

Exploitation des données

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

Exemple

Processus
Prise en charge de la douleur

- **P** Prévoir
- **D** Mettre en œuvre
- **C** Évaluer
- **A** Améliorer

Patients traceurs

- Patient traceur Médecine — douleur
- Patient traceur Obstétrique — Douleur
- Douleur — Patient traceur Chirurgie

HAS 17/10/2012 Muriel JAKUBOWSKI, Nouvelles méthodes de visite Journée régionale LYON 12

Regard patient

Dossier patient

Équipe

La certification V 2014 : une approche par les patients traceurs

La méthode du patient traceur

Exploitation des données

Croisement processus et patients traceurs

Illustration avec le processus douleur

Les grilles complétées après chaque patient traceur

Synthèse des PT

La grille processus douleur complétée après l'audit processus

La certification V 2014 : une approche par les patients traceurs

FICHE DE SYNTHESE PATIENT TRACEUR

POLE : Neurosciences UF : 2181 DATE : 26/05/14 PATIENT : Mme M…

Binôme référent du patient-traceur	Dr. GB – Mr. SC – Mr. GG
Unité / Service / Pôle	Unité de Traitement par Oxygénothérapie Hyperbare
Expert externe au service	Mr. CG, Mme MD, Mme SA
Fonctions des membres de l'équipe présents	2 Médecins, 1 Cadre de Santé, 1 Cadre Technique, 1 IDE, 2 Ingénieurs (Pôle NSC et DQRE)

SYNTHESE

Domaines / Thématiques / Processus	Points positifs	Commentaires
Satisfaction du patient	Satisfaction du patient sur sa prise en charge globale (information, droits des patients, disponibilité de l'équipe, …). Compréhension du patient de sa maladie, but de la prise en charge.	
Traçabilité dossier médical et de soins	Le patient confirme les évaluations du personnel de l'UF. La traçabilité et la tenue du dossier patient sont globalement très satisfaisantes. Malgré une prise en charge en HDJ, l'ensemble des constantes à l'arrivée (poids, taille, IMC, pouls, tension + constes spécifiques du service (compression)) retrouvées.	
Continuité et coordination des soins	La continuité des soins est tracée à la fois dans le dossier médical et dans le dossier de soins. Les CR sont informatisés et disponibles sur clinicom afin d'assurer la continuité de la PEC. Des photos présentes dans le CR afin d'apporter des infos complémentaires sur l'évolution clinique. Le service communique les infos nécessaires pour assurer la continuité de la PEC avec l'hospitalisation à domicile et avec son médecin référent.	

La certification V 2014 : une approche par les patients traceurs

Domaines / Thématiques / Processus	Points à améliorer	Action locale « L » (UF/Service) ou institutionnelle « I »
Admission et accueil	Livret d'accueil institutionnel pas remis systématiquement	I : revoir procédure institutionnelle de remise du LA par le BdAdmission (processus Accueil)
Continuité et coordination des soins	Les réunions de synthèse (staffs) ne sont pas tracées dans le dossier du patient	L : Réflexion à mener
Tenues patients	Les tenues de PEC ne sont pas adaptées (problèmes de tailles).	I : Réflexion en cours entre l'UTOH et la BIH
Traçabilité de la prise en charge de la douleur Connaissance de l'UTOH et de ses prises en charge	La douleur a été évaluée avec une échelle validée, tracée dans les transmissions IDE et non sur la feuille de surveillance. Améliorer la connaissance de l'UTOH et des prises en charges effectuées auprès des autres secteurs du CHU. La patiente n'a pas été adressée par le service de Dermatologie du CHU de Nice mais par son médecin traitant.	L : Equipe soignante informée I : Réflexion à mener pour promouvoir la connaissance de l'UTOH et de ses prises en charge L : Poursuivre les contrats interpoles et la participation du secteur aux staffs d'autres secteurs du CHU.

La certification V 2014 : une approche par les patients traceurs

Á ce jour, plus de 40 évaluations patient traceur ont été réalisées

- **<u>Points +</u> :**

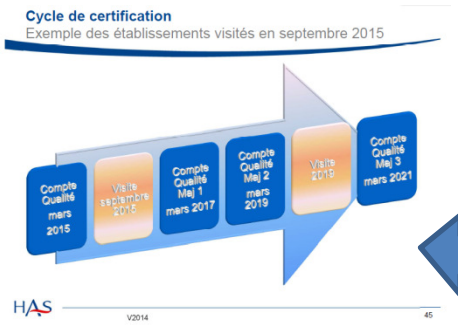
- **Démarche appréciée des équipes**
- **Bonne participation et adhésion pluridisciplinaire**
- **Prépare à la visite de Certification**
- **Méthode « efficiente »**
- **S'intègre dans le cadre du DPC**

- **Points - :**

- **Durée des évaluations (entre 1h30 et 3h)**
- **Organisation nécessaire**
- **Difficultés à réunir tous les services du parcours analysé**
- **Disponibilité des professionnels pour l'évaluation**

La certification V 2014 : une approche par les risques

Une démarche qualité continue



Formalisation du programme qualité sécurité des soins du CHU de Nice

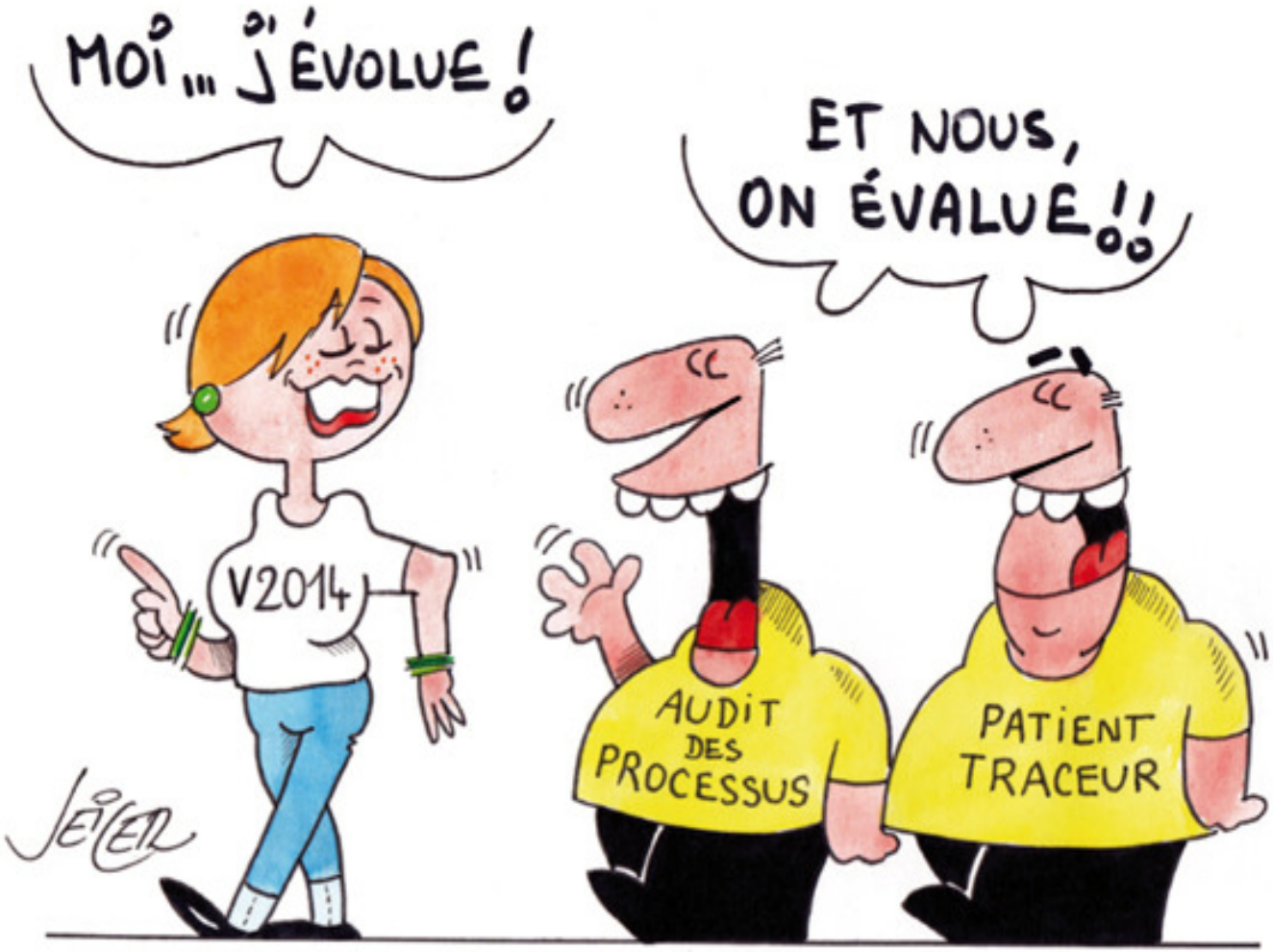
Compte Qualité à envoyer à la HAS le 1er mars 2015

Evaluation des processus	Analyse des risques	Définition/validation des plans d'actions	Mise en œuvre des plans d'actions
Échéance : septembre 2014	Échéance : novembre 2014	Échéance : décembre 2014	Dès janvier 2015

2 méthodes

- Cartographie risques a priori
- Identification des risques à partir de l'évaluation des processus

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Visite des experts de la HAS septembre 2015

Merci de votre attention