Réunion Commission Qualité Sécurité des Soins CPACU- 20 mars 2019

Procédure de certification HAS De la V2014 à la V2020

Département Management Qualité Risques
Véronique BINET DECAMPS

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Bilan certification V2014 APHP- Mars 2019

Hôpital/GH AP-HP	Date de visite	Niveau de certification VISITES INITIALES	Niveau de certification APRES SUIVI
HND	Janvier 2016	B	/
SSL	Février 2016	B	/
VPD	Mars 2016	C	B
HUPS	Avril 2016	D	B
HUPNVS	Juin 2016	D	Attente résultat définitif
SLS-LRB	Octobre 2016	B	/
HUHM	Novembre 2016	A	/
RDB	Décembre 2016	B	/
HUPC	Janvier 2017	B	/
HUPSSD	Mars 2017	B	/
HUEP	Juin 2017	B	/
NEM	Mai 2017	B	/
HAD	Septembre 2017	B	/
HUPIFO	Novembre 2017	C	B
PSL CFX	Novembre 2017	C	Attente résultat définitif
HUPO	Décembre 2017	C	B

Résultat de certification V2014 AP-HP

Analyse des rapports de certification avant le résultat du suivi

Nombre total de décisions/thématique

TOP 5 des décisions

Thématiques (N= nombre de GH ou H concernés)	Types de decision			Total décisions
	Recommandation	Obligation	Réserve	
Total décisions =	47	15	3	65
Médicament (N=16)	8	3	1	12
Bloc Opératoire (N=12)	6	3	2	11
Dossier du Patient (N=16)	6	1	0	7
Management Qualité et Risques (N=16)	5	2	0	7
Radiologie interventionnelle (N=12)	4	1	0	5
Droits des Patients (N=16)	5	0	0	5
Endoscopie (N=13)	2	2	0	4
Risque infectieux (N=14)	3	1	0	4
Urgences et soins non programmés (N=13)	3	0	0	3
Médecine nucléaire (N=11)	1	1	0	2
Système d'information (N=13)	2	0	0	2
Salle de naissance (N=12)	0	1	0	1
Identification (N=1)	1	0	0	1

Orientations de la HAS pour la prochaine certification

- Impliquer davantage le patient
- Mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge
- Développer le travail en équipe
- S’adapter aux regroupements d’établissements

V2020 : des changement en cours et à venir

Changement du référentiel (Patient/soins/établissement)

- Maintient des grandes thématiques prioritaires et pratiques à risques
- Finalisation avant l'été 2019

Changement des modalités de visite = non finalisé

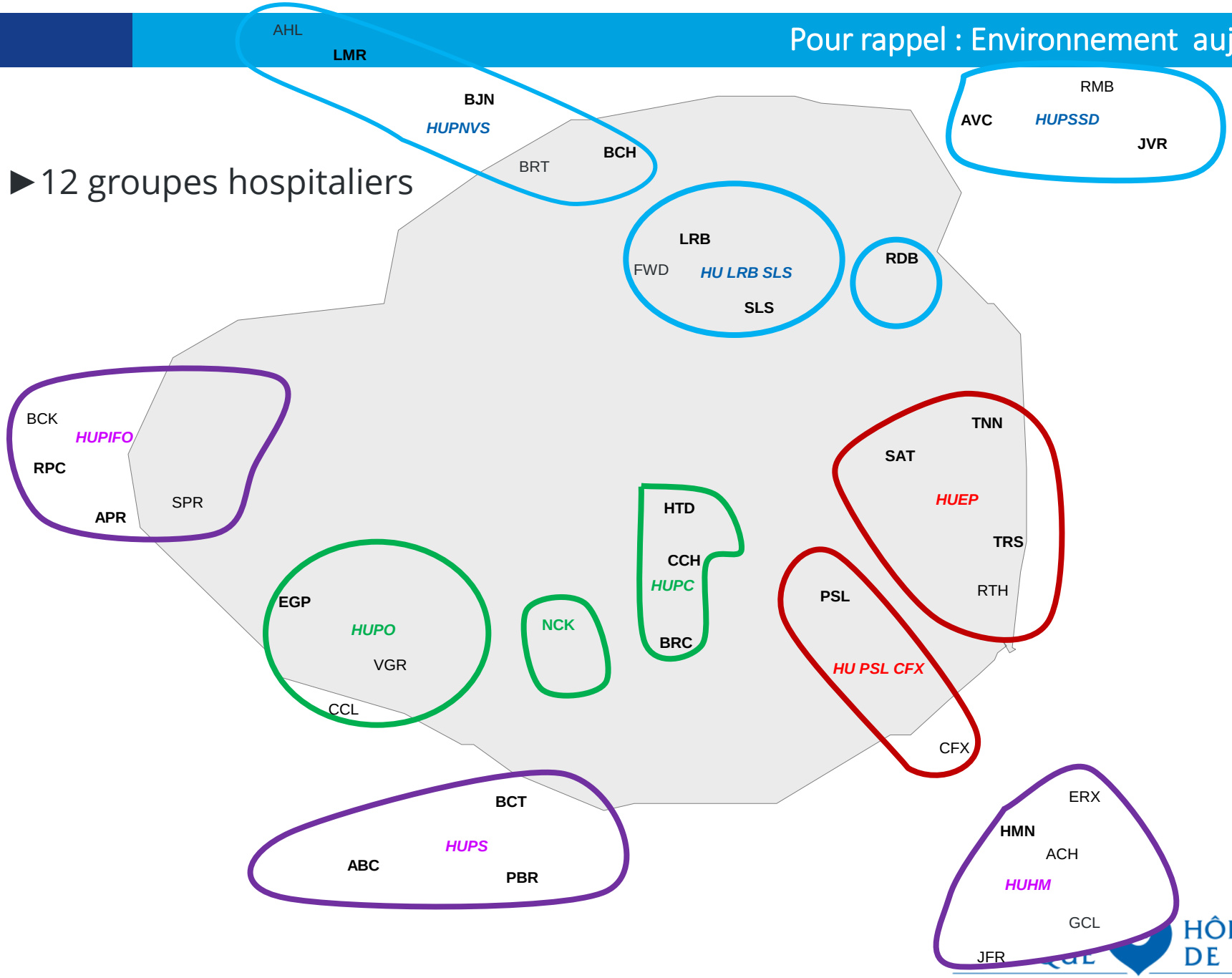
- Approche « site » privilégiée
- Axée sur la méthode du Patient traceur (intensifiée en visite)
- Complété par des analyses de thématiques transversales au niveau de la gouvernance et en local

Changement du processus décisionnel = Non abouti

- S'adapter aux regroupements d'établissements
  - *Par établissement : l'évaluation portant sur le niveau de qualité des soins,*
  - *Par regroupement : l'évaluation portant sur le management de la qualité gestion de risques et sur les filières et parcours.*

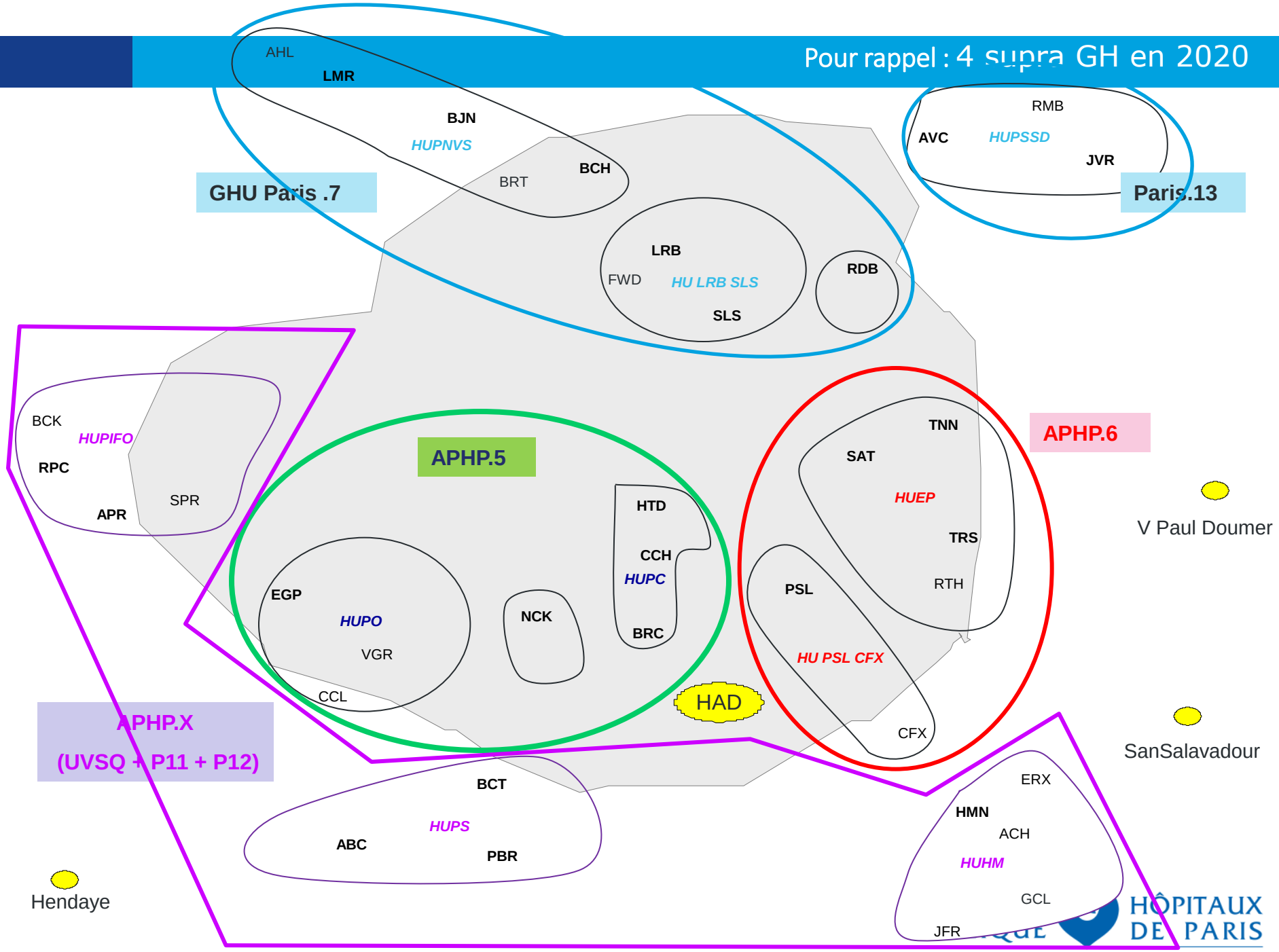
Pour rappel : Environnement aujourd'hui

▶12 groupes hospitaliers



HÔPITAUX DE PARIS

Pour rappel : 4 supra GH en 2020



Questionnements APHP partagés avec la HAS : à approfondir

Planification de la procédure V2020 à l'APHP

- **Calendrier de visite non établi à ce jour**
- Prenant en compte = organisation en GHU; Nombre de visites par GHU; Visites sur une période resserrée

Dimension GHU avec l'approche site de la V2020

- Politique GHU et déclinaison opérationnelle sites / DMU ?
- DMU et Parcours patients inter sites ?
- Suivi des décisions V14 par GH ?
- Impact des non conformités sanitaires sur l'éligibilité d'un GHU à la V2020 ?
- Compte qualité GHU / Sites / DMU ?

Contractualisation avec la HAS

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Outils au service de la V2020

- **Projet Grilles Patients traceurs personnalisées**

- **Visite de risques**
  - De Sept 2018 à Fev 2019 : VDR ciblées médicament en SSR/SLD (Plan GeriaMed AP)
  - Perspectives non validées : bloc, PECM, SAMU

- **Ateliers intra et inter GH :** « Mise à jour des comptes qualité »;

- **Formations proposées par le Département Management Qualité Risques**
  - Patient traceur; Audit qualité; Gestion documentaire
  - Analyse systémique (RMM, CREX); Facteurs Organisationnels et Humains; Méthode d'analyse des accidents médicaux (MINOS sur 3 jours)

Annexes

- **Documents complémentaires**

Introduction à l'analyse des résultats V2014 AP-HP

Pour rappel

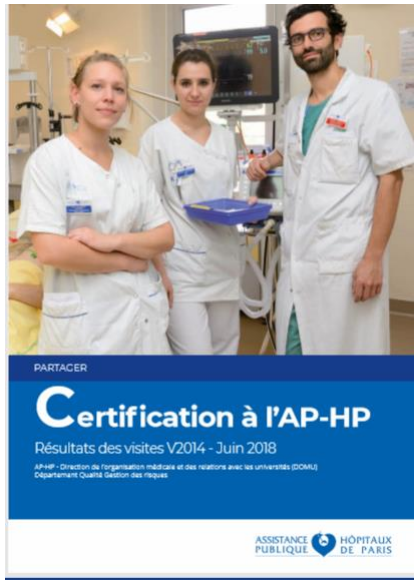
A	**Certification** (délivrée pour 6 ans)
B	**Certification, assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration** (4 ans)
C	**Certification, assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration** (2 à 4 ans selon les cas)
D	**Sursis à statuer pour la certification** (pas certifiée tant que l'ES n'a pas apporté la preuve de la résolution des écarts)
E	**Non-certification**

Résultat de certification V2014 :

Niveau de certification tout confondu
(Visite initiale ou après suivi)

Niveau de certification	AP-HP (Résultats avant suivi)	CHU hors AP-HP (Résultats avant suivi) (31/33CHU)	Echantillons (1553 ES tous statuts confondus- 10 mars 2018)
A	1	2	561 (36%)
B	9 (56%)	7	737 (47%)
C	4	19 (61%)	217 (14%)
D	2	3	31 (2%)
E	0	0	10 Etablissements

Résultat de certification V2014 AP-HP ►Points d'attention /V2020



PRISE EN CHARGE EN ENDOSCOPIE

La thématique **« Prise en charge en endoscopie »** est une thématique systématiquement investiguée en visite pour les établissements concernés. Elle est obligatoire dans le Compte-Qualité.

Cette thématique a donné lieu à **2 recommandations** et **2 obligations d'amélioration**.
36 écarts ont été identifiés dans les rapports de certification, regroupés et présentés ci-après.

Analyse des principaux écarts de la thématique

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

La thématique **« Prise en charge médicamenteuse »** est une thématique systématiquement investiguée en visite. Elle est obligatoire dans le Compte-Qualité.

Cette thématique a donné lieu à **8 recommandations, 3 obligations d'amélioration** et **1 réserve** et au plus grand nombre d'écarts **(81 sur 552 écarts)**.

Ces écarts ont été regroupés en grands thèmes pour en faciliter l'analyse. Ce sont les thèmes liés au stockage et étape de prescription et administration qui ont donné lieu au plus grand nombre d'écarts.

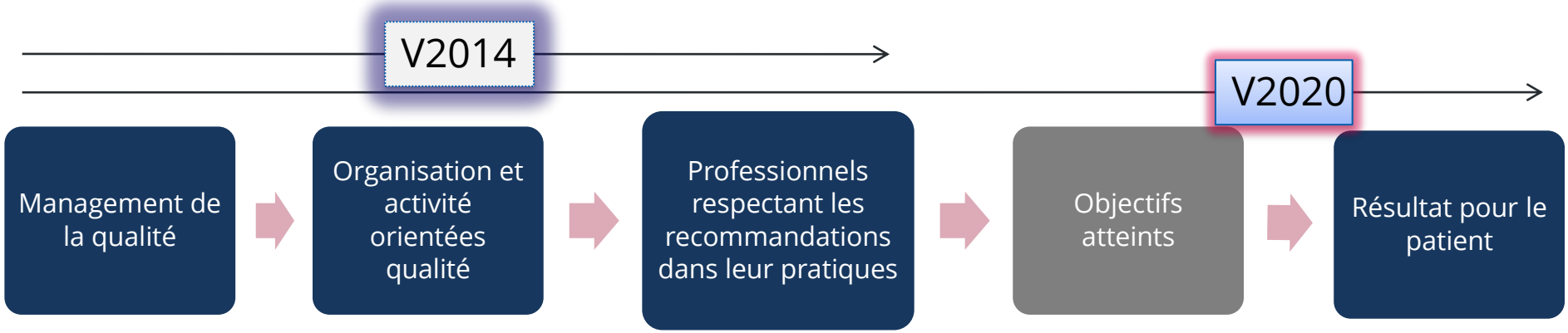
Analyse des principaux écarts de la thématique	
Stockage des médicaments	**Locaux non sécurisés :** • Postes de soins non sécurisés ; Chariots de médicaments et armoires de médicaments sans fermeture • Accès aux clefs du coffre des stupéfiants par l'ensemble des personnels ayant accès à la zone de stockage des médicaments • Locaux de stockage des solutés massifs vétustes, dégradés et éclatés **Dotations des armoires de service** non révisées ou sans liste de médicaments **Règles de rangement non respectées :** • Mélange de médicaments dans un même compartiment (dotation, chariot d'anesthésie bloc/SSPI, salle de naissance) • Défaut d'étiquetage des médicaments dans les chariots d'anesthésie • Traçabilité des contrôles de la chaine du froid non assurée ; absence de report d'alarme ; réfrigérateur pas toujours dédié exclusivement au stockage des médicaments ; pas de conduite à tenir en cas de dépassement des seuils ; • Péremptions des médicaments non tracées • Médicaments apportés par le patient, mélangés à la dotation
Préparation	• Injectables préparés sur la base d'étiquettes sur lesquelles la prescription a été retranscrite • Plateau d'anesthésie, en cas de césarienne non programmée, préparé pour une durée de 24h, alors qu'il y a un changement de personnel IADE/12h • Identification des injectables au numéro de lit • Identification des piluliers avec l'identité patient incomplète ou au n° de chambre • Formes orales sèches des médicaments reconditionnés en sachets unitaires nominatifs
Prescription	• Prescriptions orales non formalisées a posteriori par le médecin • Prescription sans précision de la voie d'administration, ni de plan de prise • Prescription post opératoire de plusieurs antalgiques sans précision des modalités d'utilisation de ces antalgiques de paliers différents • Pas de validation des ajouts ou modifications de prescription sur le support papier issu d'une prescription informatisée (réa, réa néonatale ; hématologie adulte ou cardiaque pédiatrique) • HDJ pédiatrie et HDJ gériatrique : prescription hospitalière qui n'intègre pas les prescriptions intercurrentes

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Administration	• Distribution des médicaments réalisée en salle à manger par l'IDE sans visibilité de la prescription • Traçabilité de l'administration sur un support différent de la prescription (prémédication prescrite sur le dossier papier d'anesthésie) • Traçabilité non assurée en temps réel • Traçabilité de l'administration non conforme aux règles établies : utilisation variable de symboles • Distribution des médicaments aux patients « autonomes », sans s'assurer de leur administration et aucun élément de traçabilité attestant de cette autonomie, ni de qui en décide
Organisation de la continuité de la prise en charge	• Permanence pharmaceutique non organisée défaut de tableau d'astreinte institutionnel des pharmaciens seniors • Sur site sans PUI : absence de convention(s) • Accès à la PUI et aux antennes des services par des personnes non habilitées
Transport	Non sécurisé : contenants (cartons scotchés), entreposage de contenants au pied des ascenseurs sans surveillance, absence de traçabilité du contrôle de réception de la commande ; transport des stupéfiants à la main
Système d'information	• Règles décrivant les Bonnes Pratiques de prescription et d'administration non exhaustives (au regard de la multiplicité des organisations et de la multiplicité des supports utilisés) • Logiciel de prescription ne permet pas de restreindre les habilitations aux compétences professionnelles (exemple des sages-femmes) • Absence de réflexion pour harmoniser les supports « papier » de prescription/administration
Médicaments à risques	Dispositif d'identification et de sécurisation des médicaments à risques non organisé dans certains services (gestion/ stockage/ identification) et non connu
Recueil et analyse des erreurs médicamenteuses	Pas de CREX médicament
Formation aux risques d'erreur médicamenteuse	• Non prévue au plan de formation • Non effectives dans tous les secteurs
Sujet âgé	• Pas de politique formalisée de juste prescription chez le sujet âgé • Pas de prise en compte des spécificités relatives aux populations à risque
Analyse pharmaceutique/ Délivrance	• Analyse pharmaceutique non déployée sur l'ensemble des lits • Délivrance nominative non déployée pour l'ensemble des lits
Information des patients	Information des patients sur le traitement médicamenteux non systématiquement réalisée

Illustration

Un meilleur équilibre processus/résultat pour le patient – V2014 vs. V2020



V2014 – Respect de la dignité et de l'intimité du patient

E1 | Prévoir

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

E2 | Mettre en œuvre

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. NA HAD

E3 | Évaluer et améliorer

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.

Les exigences sont évaluées par le résultat pour le patient quand c'est possible

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

V2020 – % de patients satisfaits du respect de la dignité et de l'intimité