

La démarche qualité en Ets sanitaire
&
La certification Haute Autorité Sanitaire

Sommaire

1. L'établissement

- Périmètre du Groupement Hospitalier de Territoire
- Caractéristiques de l'établissement

2. La démarche qualité dans l'établissement

- Les thématiques
- Pilotage et méthodologie
 - L'organisation
 - La politique et l'engagement de la direction
 - L'analyse des risques : un outil majeur, la cartographie des risques
 - Le patient traceur

3. Le plan de communication

1- L'ETABLISSEMENT

Le Centre Hospitalier Général d'un Pays de 80 000 habitants.



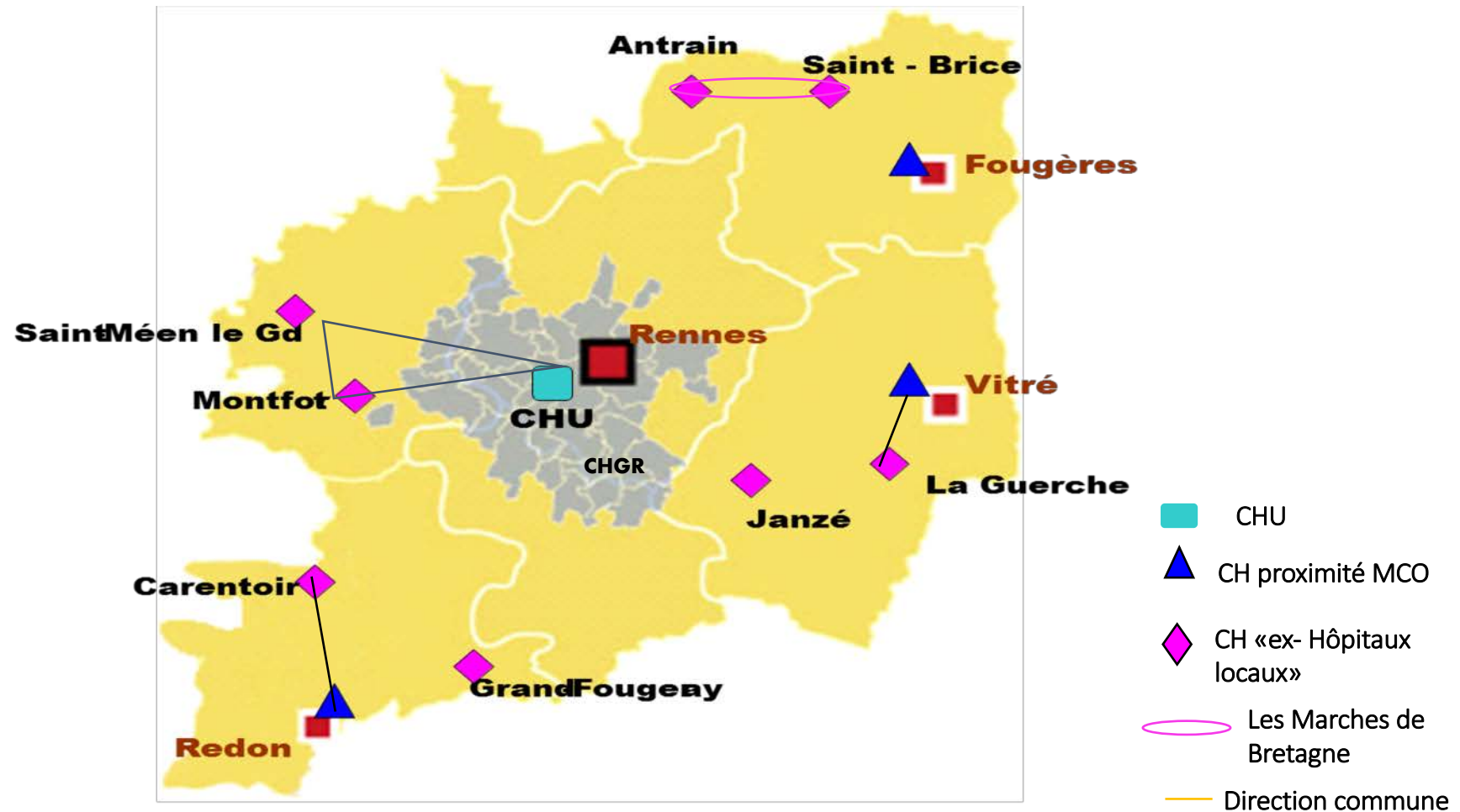
Sept 2018



A LEBLANC GUERIN cadre de santé /animatrice qualité



PÉRIMÈTRE GHT TERRITOIRE 5 : LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ MEMBRES



Caractéristiques de l'établissement : 427 lits

Les unités de soins

- urgences : 28 753 personnes ont été admises dans le service
- Pôle femme-enfant : 18 lits de maternité
4 lits de pédiatrie
4 lits de néonatalogie
- Médecine polyvalente : 30 lits et 5 d'hôpital de semaine
- Service de médecine gériatrie aiguë : 30 lits
- Service de soins de suite et de réadaptation : 25 lits
- Offre chirurgicale : orthopédie, viscérale, ORL, urologie... Vacation de chirurgien venant du CHU : 3 327 séjours ont eu lieu pour les différentes spécialités de chirurgie



LE PLATEAU TECHNIQUE

Imagerie

- Radiologie standard
- scanner
- mammographies
- échographies
- IRM en 2019

Laboratoire polyvalent

- Certification COFRAC
- Activité externe
- Collaboration avec le CH des marches de Bretagne

Pharmacie

- Stérilisation en GCS avec le CH de Vitré

Bloc opératoire

- 3 salles opératoires
- 1 salle d'endoscopies
- SSPI

Plateau centralisé de consultations et actes externes

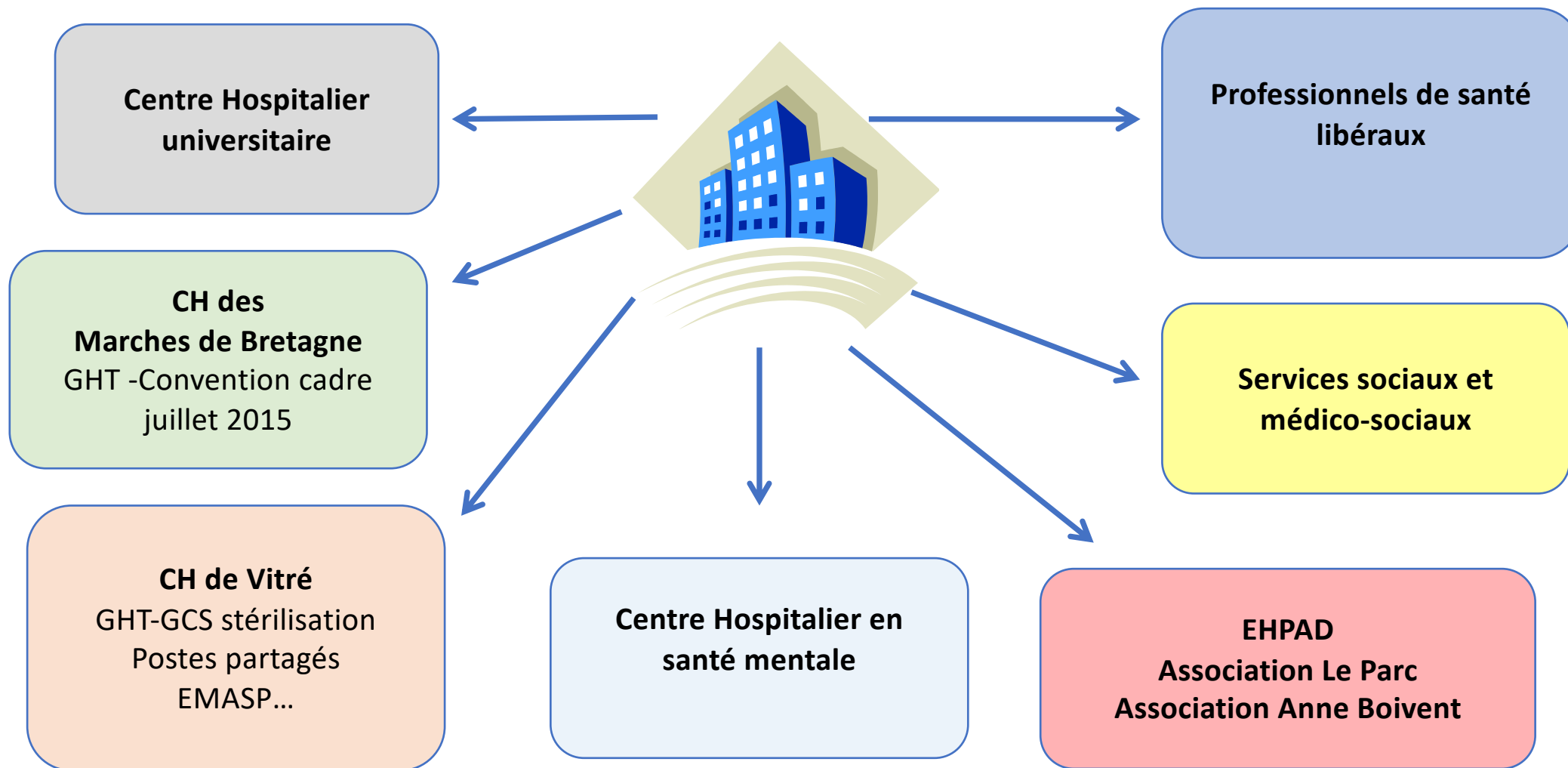




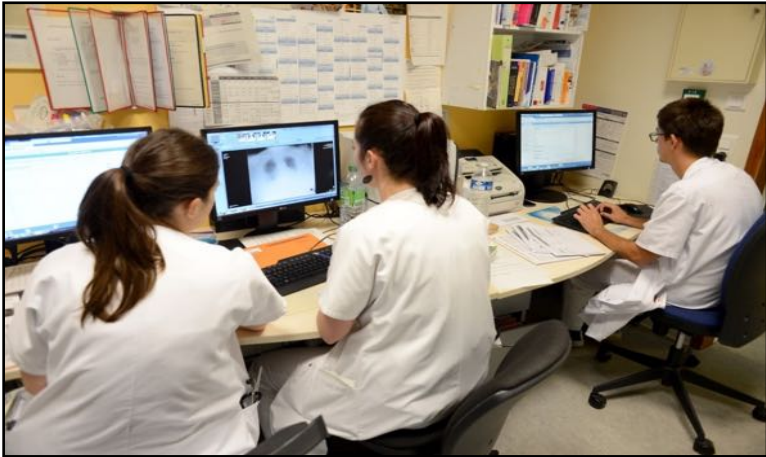
Sept 2018

PRINCIPAUX PARTENAIRES

Un projet médical partagé de GHT depuis juillet 2017



Une organisation en **cinq pôles** d'activités



2- LA DEMARCHE QUALITE



Sept 2018



A LEBLANC GUERIN cadre de santé /animatrice qualité

Présidente de la
commission
médicale

médecin coordonnateur
de la gestion des
risques

Quotité de temps de
travail : 20%

Directeur de la qualité et
gestion des risques

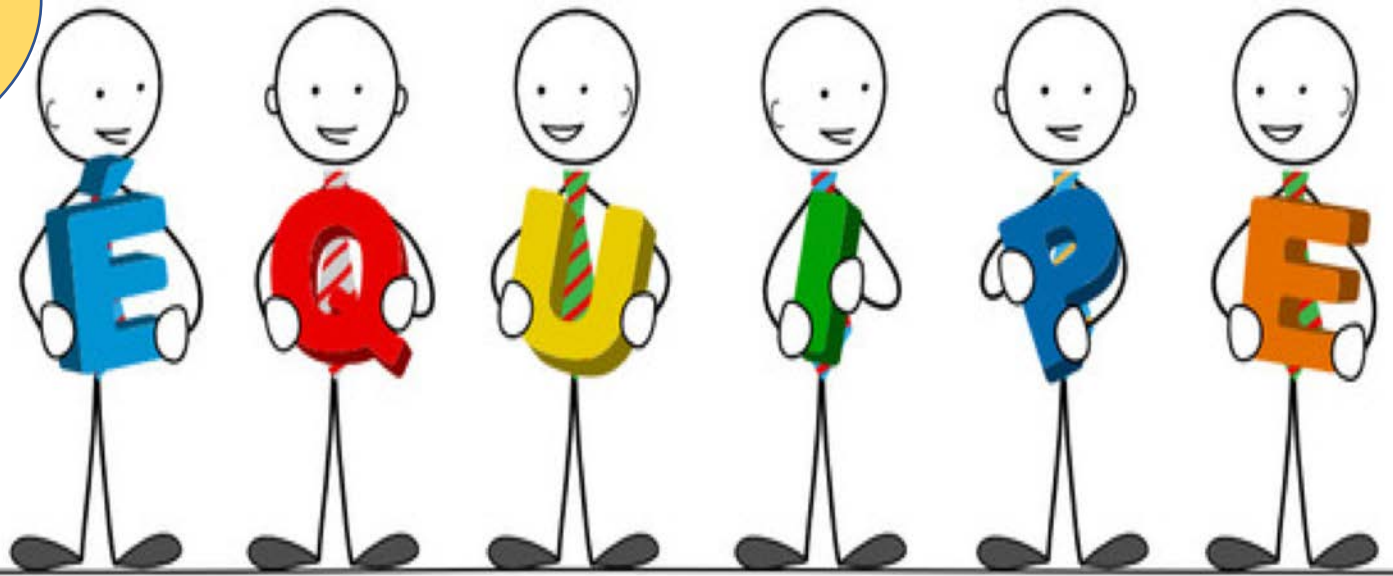
Quotité de temps de
travail : 50%

Responsable qualité
(cadre de santé)
Quotité de temps
de travail : 100%

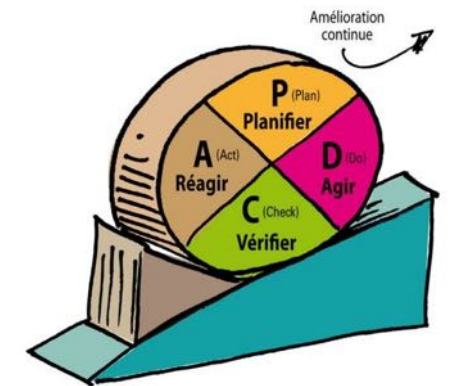
Secrétaire
Quotité de
temps de
travail : 20 %

Animatrice qualité
(cadre de santé)
Quotité de temps de
travail : 80 %

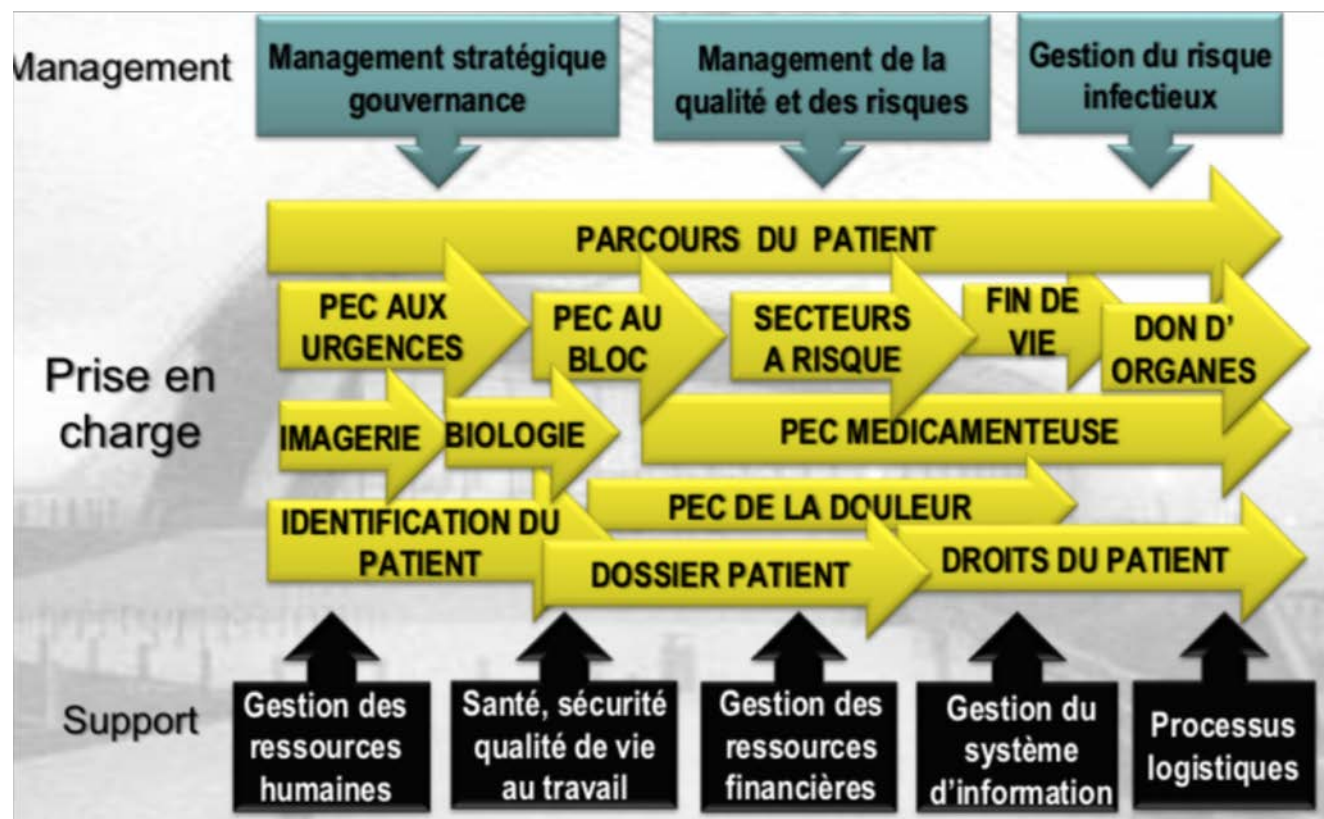
Responsable
des relations avec les usagers et
gestion des plaintes et
réclamations
(cadre de santé)
Quotité de temps de travail :
100%



Amélioration continue de la qualité



20 Thématiques



éléments obligatoires
d'investigations



Indicateurs (campagnes
obligatoires)

Un périmètre ciblé : 14 thématiques investiguées

Management

- Management stratégique, gouvernance *
- Qualité de vie au travail
- Management de la qualité et gestion des risques
- Gestion du risque infectieux

Fonctions supports

- Gestion des ressources humaines*
- Gestion des ressources financières*
- Gestion du système d'information
- Processus logistique*

Prise en charge du patient

- Droits des patients
- Parcours patients
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Dossier du patient
- Identification du patient
- Prise en charge médicamenteuse
- Biologie médicale*
- Imagerie
- Prise en charge du patients aux urgences soins non programmés
- Prise en charge du patient au bloc opératoire
- Prise en charge dans les secteurs à risques (salle de naissance et endoscopie)
- Don d'organes*

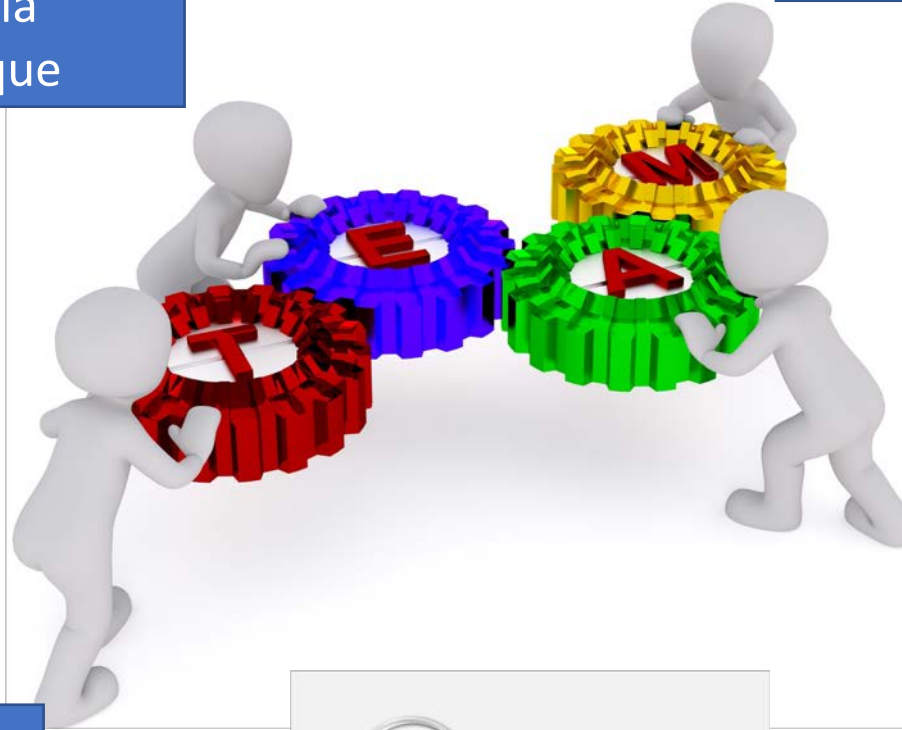
Pilotage et méthodologie de la démarche



- Pilote : Médecin (chef de pôle)
- Copilote : professionnel de la santé expert de la thématique



- Cadre de santé de pôle
- Cadre de santé d'unités de soins



- Direction de l'Etablissement
- Direction de la qualité et de la gestion des risques



- Les professionnels de centre hospitalier (soignants, techniques, administratifs)

COMMISSION QUALITÉ

MISSIONS : pilotage de la démarche et suivi de l'avancement du projet et du PAQSS.

Il est proposé qu'un représentant des usagers soit membre du comité de pilotage.

RÉUNIONS : trimestrielles



CELLULE OPERATIONNELLE

COMPOSITION : Présidente de CME ou son représentant, Directeur de la QGDR, Coordinateur de la GDR, DSI, RAQ, Cadre supérieur chargée des relations avec les usagers et les réseaux

MISSIONS : réalisation de point d'étapes rapprochés sur l'avancement des analyses des thématiques et des patients traceurs

REUNIONS : tous les 15 jours



EQUIPE QUALITE :

COMPOSITION: Directeur de la QGDR, Coordinateur de GDR,RAQ, Cadre supérieur chargée des relations avec les usagers et les réseaux , secrétaire qualité

MISSIONS : soutien méthodologique auprès des professionnels et communication via une publication mensuelle

REUNIONS / tous les 15 jours



TRIO DE PÔLE :

COMPOSITION : Chef de pôle, Cadre supérieur de pôle et directeur

MISSIONS : mise en place des préparatifs et de la communication au sein du pôle, association des soignants dans les différentes actions, réalisation des patients traceurs et audits.

REUNIONS : selon le calendrier du pôle

Pour chaque thématique : (20 thématiques)

Les pilotes et co-pilotes ont reçu un kit « Pilote de thématique » qui comprend :

- la grille d'audit concernant la thématique dont ils ont la responsabilité
- une fiche « En route vers la certification V2014 : bien commencer l'analyse des risques »
- une grille d'échelles à 5 niveaux (fréquence/gravité/maîtrise)
- la **fiche Eléments Investigation Obligatoire** de la thématique qui les concerne

Les pilotes et co-pilotes ont reçu également une lettre de mission.



Politique qualité

1

- Validation par instances

2

- Consultable sur logiciel de gestion documentaire

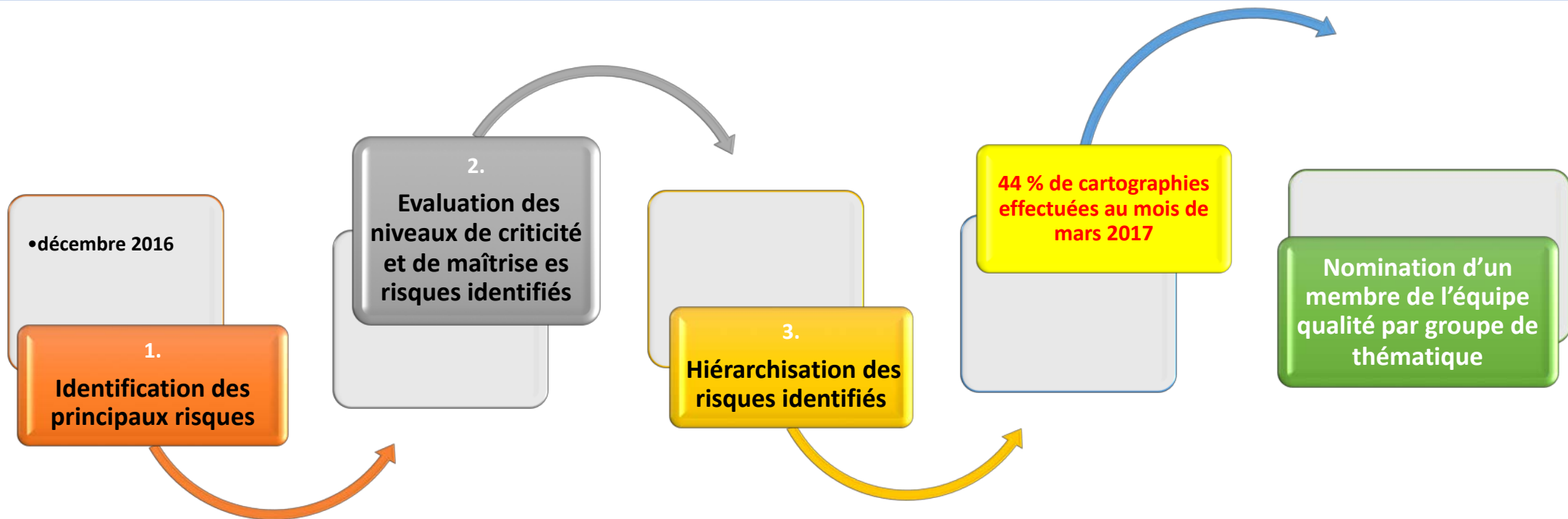


Analyse des risques



- Approche proactive (Analyse à priori des situations dangereuses)
 - **Cartographie** (listing des dysfonctionnements)
 - Analyse de processus
 - **patient traceur...**
- Approche réactive (Analyse à posteriori des accidents et incidents survenus) :
 - analyse des événements indésirables
 - RMM (Revue de morbidité, mortalité)
 - REX (Retour d'expérience)
 - Plaintes et réclamations

Les cartographies avec évaluation des niveaux de criticité



Animatrice
qualité

Pilote un ensemble de thématiques avec des groupes représentant les différents professionnels concernés par la thématique / accompagnement méthodologie

Patient traceur : modalités de réalisation

Présentation méthode du patient traceur /équipe à J-15

Choix du patient par équipe qualité sur proposition des médecins du service à J-4

Révision de la grille /profil et parcours patient par service qualité à J-3

Synthèse et élaboration d'un plan d'actions avec équipes à J+2

Validation du plan d'action par Cellule opérationnelle V2014 à J15

Envoi courrier patient/équipe à J15

Rencontre avec les équipes intervenues dans le parcours du patient par les auditeurs à J0

ETAPE 1

ETAPE 2

Information du patient à J-1
Obtention du consentement et entretien avec le patient avec auditeurs et RU à J0

ETAPE 5

ETAPE 4

ETAPE 3

Analyse du dossier patient par les auditeurs à J0



Modèle de synthèse de la réalisation d'un patient traceur

Pourquoi ce patient ?

Patient de 85 ans ayant un parcours de soins inter-établissement.....

Synthèse

Points positifs :

Patient non douloureux durant son séjour
.....

Points à améliorer :

- Information et/ou traçabilité :
 - Personne de confiance/ personne à prévenir /accès au dossier patient
 -

Parcours du patient

Prise en charge en SMUR au domicile le 2/06/2017
Transfert au CHU de J1 à J 3
Mutation au CHF à J 3
Sortie à J 15

Mode de sortie :

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

Professionnels rencontrés

1 cadre de santé du service
1 IDE du service
1 AS du service

Outils mobilisés :

- Dossier patient informatisé
- Dossier papier,

Actions	Pilote	Echéance
Déclencher des actions éducatives liées à certaines prescriptions de traitements à risque		Octobre 2017
.....		

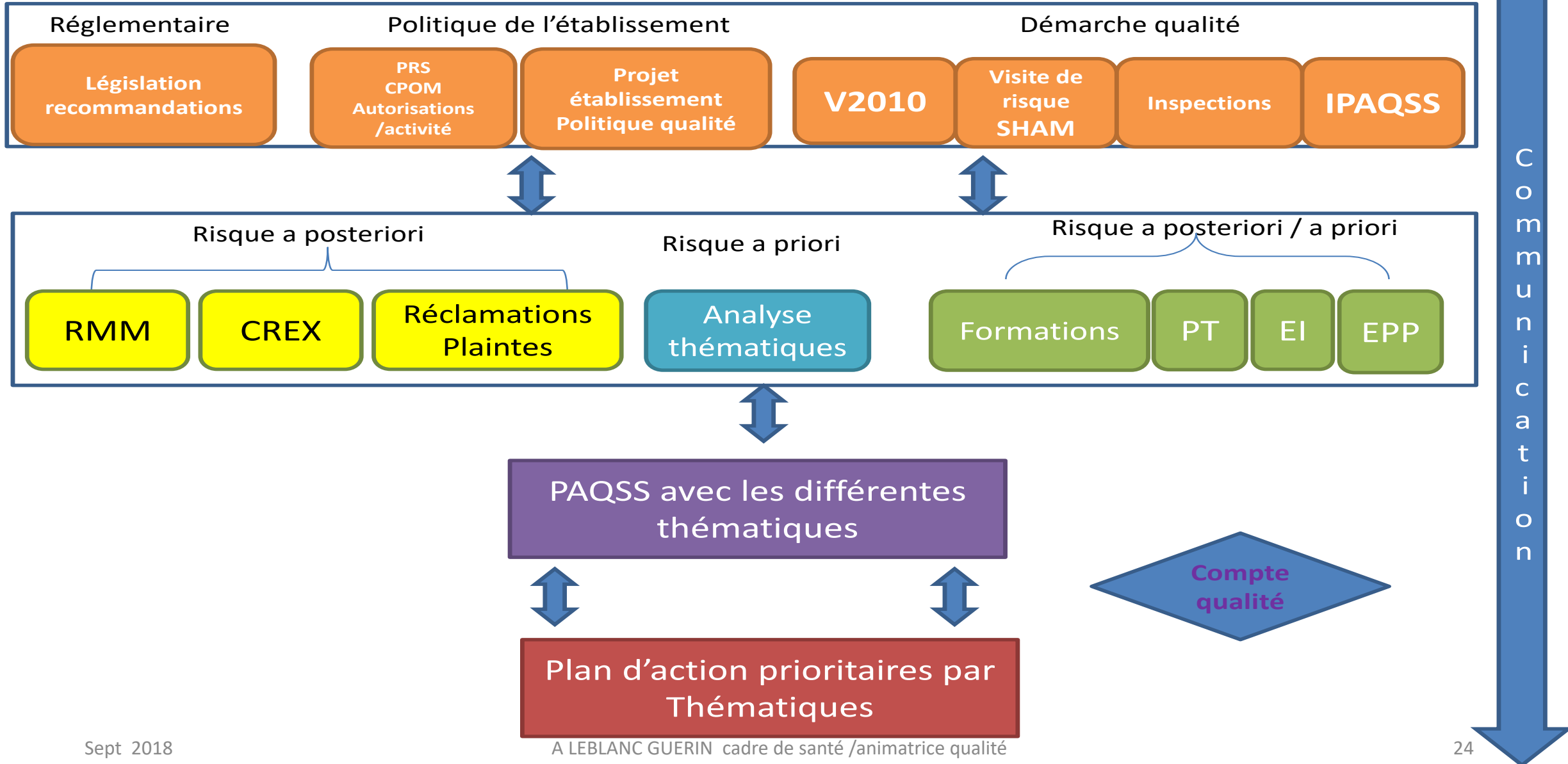
Restitution du parcours patient en équipe leen présence de :

Validation en commission opérationnelle le :

Profils des Patient traceur / 13 effectués sur les 15 proposés

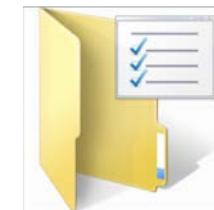
	Profils patients traceurs	Service
Parcours 1	Patient présentant un Accident Vasculaire Ischémique	UPAVC
Parcours 2	Patient de plus de 80 ans hospitalisé pour chute	SMAG
Parcours 3	Patient pris en charge pour la réalisation d'un endoscopie digestive	Médecine
Parcours 4	Patient hospitalisé pour décompensation Bronchopneumopathie obstructive	Pneumologie
Parcours 5	Patient hospitalisé pour syndrome coronarien aigu ST-	Cardiologie
Parcours 6	Patient hospitalisé pour bilan diabète (diabète gestationnel)	Médecine
Parcours 7	Patient hospitalisé pour fracture de hanche	Chirurgie
Parcours 8	Patient pris en charge pour une chirurgie ambulatoire	Ambulatoire
Parcours 9	Patient prise en charge pour une chimiothérapie en ambulatoire	Ambulatoire
Parcours 10	Patient admis en SSR	SSR (USLD)
Parcours 11	Enfant pris en charge pour pyélonéphrite, bronchiolite	Pédiatrie
Parcours 12	Accouchement par voie basse (si possible avec complication)	Maternité
Parcours 13	Accouchement par césarienne en urgence	Maternité
Parcours 14	Mineur hospitalisé en chirurgie (appendicite)	Chirurgie/pédia
Parcours 15	Prise en charge d'une suspicion d'infection materno-foetale	Maternité/pédia

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins





Le Programme Actions de la Qualité et de la Sécurité des Soins



E6		Hopital numérique :																	
D		E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P		Q	R			
Critères de rattachement au manuel		Sources	Objectifs prioritaires	Actions / Moyens	Point d'étape de PAQS "Photographie à l'instant T" juillet 2017	Réajustement des actions et moyens	Actions prioritaires	Pilote Copilote	planning prévisionnel sur 2017/2018				Outils / moyens spécifiques	Indicateurs d'avancement	Communication				
									T3	T4	T1	T2							
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			

Les Plans d'Actions Prioritaires

[illegible]

- permet de décliner les orientations stratégiques du Programme d' Actions de Qualité et de la Sécurité des Soins en **actions prioritaires et planifiées dans le temps au plus près des professionnels = feuille de route du cadre de santé**

Les points d'ancrage d'une démarche qualité et gestion des risques

⇒ Une **direction qui s'engage** : rédige une politique, un engagement

⇒ **Tout le personnel est un élément clé de la qualité** : ASH, secrétaire, IDE, Médecin, du personnel administratif : réunions d'information programmées et adaptées selon les professionnels

=> **Identification des rôles** qui clarifie les responsabilités de chacun : lettres de missions, nomination de pilotes et copilotes, plan d'actions prioritaires devient « feuille de route » du cadre de santé des unités

⇒ L'usager : sa priorité être bien soigné mais au-delà il évalue la qualité d'accès, de l'accueil, des repas, l'amabilité de la secrétaire..... Les représentants des usagers ont participé à trois thématiques et à plusieurs patients traceurs, commission des usagers très active

3 - Le plan de communication de la démarche qualité



L'appropriation de la démarche qualité par les professionnels et les représentants des usagers est évaluée lors de la visite de certification

La communication de la démarche qualité



Communication sur la cartographie et aide méthodologie

Formation qualité sur une journée

Semaine à thème (hygiène, portes ouvertes..)

Accompagnement des équipes à l'établissement du plan d'actions

Présentation aux différentes instances

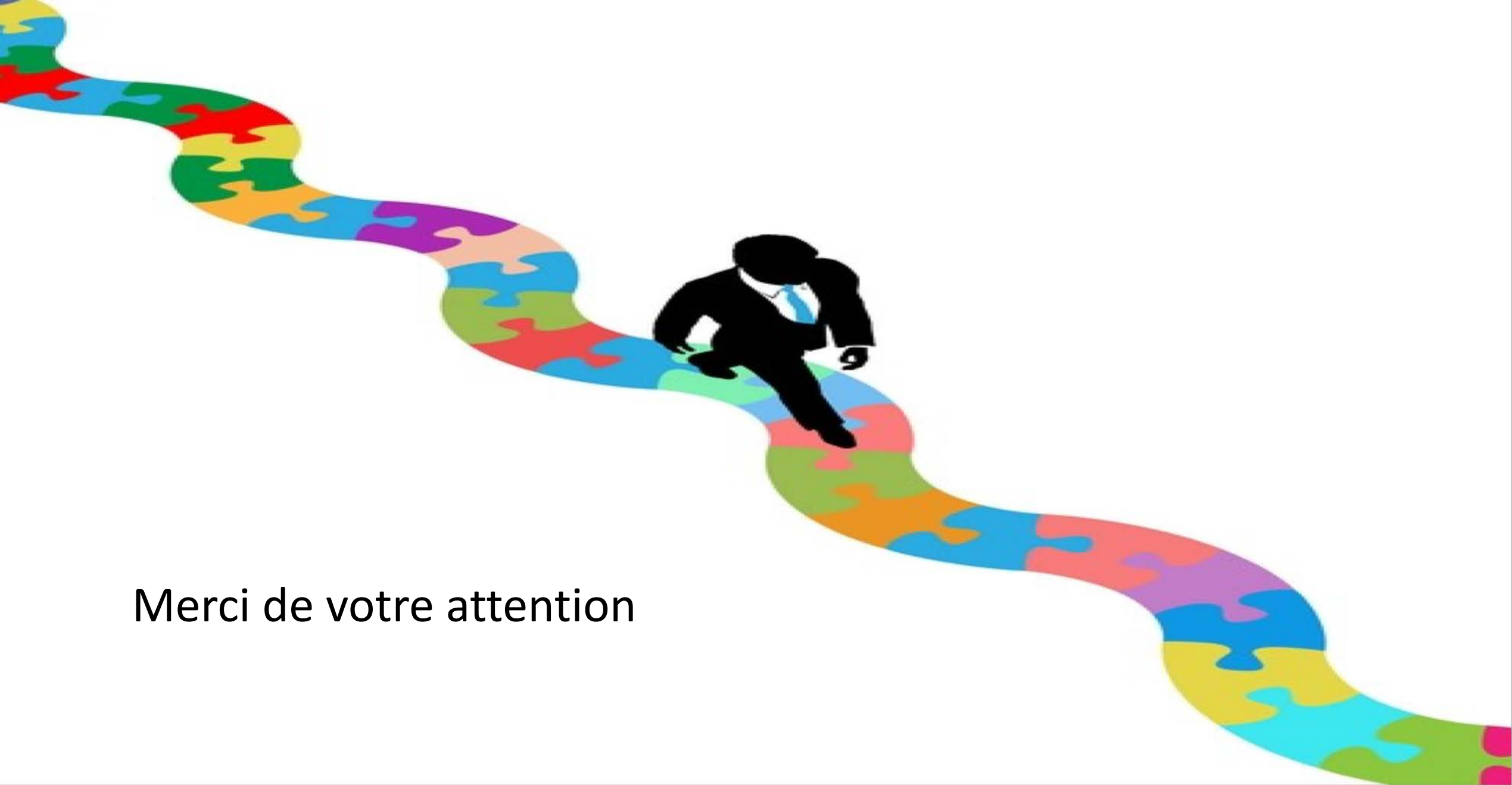
Serious Game

Audit à blanc

Nombre d'agents informés

LES POINTS FORTS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ GESTION DES RISQUES

- Des réponses apportées aux écarts de la dernière certification
- Le déploiement de la méthodologie du patient traceur avec 13 parcours réalisés en 2017
- L'implication de la direction et de la présidente de la CME, du médecin coordonnateur de la gestion des risques
- La réalisation d'audits internes de fonctionnement et d'IPAQSS hors protocole de plus en plus réalisés par les professionnels du soin
- Une visite d'analyse de risque de l'assureur et un audit externe sur 5 processus
- Des représentants des usagers impliqués dans la démarche qualité (permanence des usagers, patients traceurs, participation aux analyse des processus , projet des usagers élaboré)
- Des actions de formation internes sur la qualité et la gestion des risques (140 agents formés sur 2 ans)
- Contribution aux travaux sur la fonction qualité du Groupement Hospitalier de Territoire.
- La réalisation de deux exercices d'activation de la cellule de crise et d'un exercice incendie dans un service
- Un renouvellement et un renforcement de l'équipe qualité dans un contexte de mouvements de direction qui a permis de renforcer le travail de formalisation des outils et méthodes de la démarche qualité gestion des risques



Merci de votre attention