



UNE ETAPE DECISIVE DE LA DEMARCHE DE CERTIFICATION FRANCHIE AVEC LE COMPTE QUALITE

A 6 mois de la visite de certification annoncée en mai 2018, l'établissement a franchi le 30 novembre 2017 une étape décisive de sa démarche de certification V2014 en complétant son « compte qualité » sur la plateforme « SARA » de la Haute Autorité de Santé.

Cette inscription rend désormais accessible et transparent, pour la HAS et les futurs experts visiteurs qui viendront sur site en mai 2018, l'outil de pilotage de notre démarche de certification que constitue le compte qualité.

Complété grâce au travail des équipes hospitalières sur les cartographies des risques et les audits « patients traceurs » réalisés dans la plupart des services hospitaliers de MCO, SSR et Psychiatrie en 2017, le compte qualité recense pour notre établissement les risques prioritaires et les plans d'actions d'amélioration que les équipes auront à cœur de déployer d'ici la visite des experts en mai 2018.

Ce compte qualité est construit autour de 15 thématiques obligatoires et d'une thématique optionnelle (Imagerie médicale) avec une moyenne de 3 risques prioritaires environ identifiés par thématique. Chaque risque engage autant de plans d'actions à réaliser. Ces plans d'actions sont placés sous la responsabilité de pilotes identifiés nominativement.

Thématiques	Pilote(s) - Fonction	Nom du (des) pilote(s)
● Management de la qualité et des risques (niveau stratégique)	Présidente CME, Coord. de la GDR Directeur Qualité	Dr S.MICHEL L.HARDY
● Management de la qualité et des risques (niveau opérationnel)	R.A.Q. CSS DSI-Qualité	F.VINSON I.BERARD
● Droits des patients	Directeur Qualité / relations usagers Présidente CDU	L.HARDY J.DOMINI-JAUFFRET
● Parcours du patient (niveau stratégique)	Présidente CME Directrice des soins	Dr S.MICHEL P.CHAMPEL
● Parcours du patient (niveau opérationnel)	Cadre supérieur santé Gestionnaire des lits	I.BERARD N.GOLION
● Gestion du risque infectieux	Référent d'antibiothérapie Responsable EOHH / CLIN	Dr K.DEBBAT M.DAUMAS
● Qualité de vie au travail	Directeur Ressources Humaines	P.DARTHOUX
● Gestion du système d'information	Directeur du système d'information Responsable informatique	R.ALEXANDER B.TESTUT
● Prise en charge de la douleur	Chef de service Cadre de santé	Dr M-J.COLLUS C.PRIEUR
● Prise en charge des patients en fin de vie	Chef de service Cadre de santé	Dr M-J.COLLUS C.PRIEUR
● Dossier patient	Présidente comité dossier patient Directeur adjoint Référente Actipidos	Dr C.GHOUILA-HOURI R.ALEXANDER A.FOUGA
● Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC	Président comité identitovigilance	L.HARDY
● Management de la PEC médicamenteuse	Président du comité PECM	F.LESSELINGUE
● Imagerie*	Chef de service Directeur référent Cadre supérieur de santé	Pr J-P.BEREGI J.MONTIGNIES M-P.BERTRAND
● PEC des urgences et soins non programmés	Chef de service Directeur référent	Dr P.NIGOGHOSSIAN L.BONIFASSI
● Management de la PEC au bloc opératoire	Président Conseil de Bloc Directeur référent Cadre de santé	Dr M.GIANOLIO L.BONIFASSI L.VALENCOURT
● Management de la PEC en endoscopie	Référente endoscopie	Dr S.ALIBERT
● Management de la PEC en salle de naissance	Chef de service Gynéco-obstétrique Cadre sage-femme	Dr A.FRATUSCO J.BRUN

Il appartient désormais à chaque pilote de mobiliser ses équipes pour atteindre chacun des objectifs fixés par les plans d'actions d'amélioration d'ici la visite des experts, date à laquelle le chemin parcouru pourra être mesuré et apprécié en vue de la certification de l'établissement.

Le compte qualité n'a cependant pas vocation comme outil de pilotage de la qualité et de la gestion des risques à rester figé. Il va évoluer au fil de l'eau avec l'inscription de nouveaux risques identifiés et de nouvelles actions à entreprendre.

Chaque pilote et chaque cadre disposera sous peu des codes d'accès à la plateforme SARA permettant de visualiser le compte qualité. La direction qualité assurera pour sa part le suivi des plans d'actions engagés.

RECUEIL DES IPAQSS 2018

Comme chaque année, le recueil des Indicateurs transversaux de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) piloté par la HAS et les IPAQSS et les IAS, indicateurs des Infections Associées aux Soins (ex-TBIN / Bilan LIN), va intervenir.

En 2018, il portera sur les indicateurs suivants :

IQSS transversaux (recueil du 1 ^{er} mars au 15 juin 2018)		Diffusion publique
Indicateurs en « chirurgie ambulatoire » 9 indicateurs	Évaluation de l'éligibilité à l'admission	Non
	Consentement du patient	Non
	Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires	Non
	Évaluation du risque de maladie thromboembolique veineuse	Non
	Anticipation de la prise en charge de la douleur	Non
	Évaluation du patient pour la sortie de la structure	Non
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire	Non
	Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3	Non
	Mesure des ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire (2017, 2018)	Non
Dossier patient MCO 2 indicateurs	Qualité du document de sortie	Oui
	Dépistage des troubles nutritionnels (niveau 2)	Oui
Dossier patient SSR 3 indicateurs	Document de sortie	Oui
	Dépistage des troubles nutritionnels (niveau 2)	Oui
	Projet de soins, projet de vie	Non
Dossier patient en santé mentale adulte	<i>Aucun recueil en 2018</i>	-
Dossier anesthésique 2 indicateurs	Tenue du dossier d'anesthésie	Oui
	Traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire avec une échelle en SSPI	Oui
RCP en cancérologie 1 indicateur	Réunion de concertation pluridisciplinaire	Oui

Chacun de ces indicateurs renvoie à un certain nombre d'items d'une grille à compléter à partir d'une soixantaine de dossiers patients qui font l'objet d'un tirage aléatoire. Ce travail conséquent est effectué en collaboration entre le DIM, la Direction qualité et les praticiens concernés de MCO et SSR (la psychiatrie est exemptée de ce recueil en 2018).

Les autres recueils concerneront :

Indicateur IAS (recueil du 26 mars au 14 mai 2018)		Diffusion publique
Infections nosocomiales (ex-TBIN) 2 indicateurs	Indicateur composite de bon usage des antibiotiques - version 2 (ICATB.2)	Oui
	Indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques -version 3 (ICSHA.3)	Oui
Indicateur e-Satis (recueil en continu sur l'année 2018)		Diffusion publique
Mesure de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 h en MCO		Oui
Mesure de satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire		Oui

Indicateurs sécurité du patient (Résultats sur données PMSI MCO de l'année précédente)		Diffusion publique
Evènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou	Mesure des évènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche ou de genou (2017, 2018)	Non
Chirurgie ambulatoire	Mesure des ré-hospitalisations entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire	Non
Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou	Mesure des infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou	Non



Ces indicateurs seront recueillis du 26 mars au 14 mai 2018 pour les indicateurs infections associés aux soins et en continu, par courriels auprès des patients hospitalisés en MCO pour leur permettre de répondre aux questionnaires de satisfaction diffusés au plan national.

Les résultats seront communiqués en fin d'année 2018 et seront intégrés dans le tableau général des IPAQSS affiché dans chaque service à destination du public et des professionnels.

LA MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR : RÉSULTATS DES PREMIERS AUDITS

Qu'est-ce qu'un audit « patient-traceur » ?

Il s'agit d'une méthode d'évaluation de la prise en charge globale du patient dans le cadre de son parcours de soins, réalisée en équipe pluri-professionnelle.

Son atout principal est sa simplicité et sa proximité avec la prise en charge concrète puisqu'elle interroge un patient réel (20 à 30 min environ), patient proche de sa sortie mais encore présent dans le service hospitalisation, puis vérifie le déroulement de ses soins dans son dossier. Elle parle donc aisément aux professionnels de santé dans leur pratique courante.

L'audit « patient-traceur » a été développé initialement comme un outil de la visite de certification V2014 et est reconnu par la HAS comme méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP-DPC). Il peut être utilisé à tout moment par les équipes comme dispositif interne d'amélioration de la qualité des soins.



L'expérience menée en septembre-octobre 2017 :

- 100% de participation des services concernés (15 services d'hospitalisation)
- 1 patient par service (limité à une prise en charge dans le service-même)
- Patient proche de la sortie (choisi par le service)
- Audit du dossier en équipe multidisciplinaire (bonne représentation en moyenne)
- Entretien avec le patient selon possibilité (recommandé mais optionnel)
- Supports/grilles HAS (sans modification)



Principaux atouts identifiés :

- Traçabilité des évaluations journalières du patient et du travail en multidisciplinarité (staffs avec médecin, IDE, AS, kiné, assistant(e) social(e), diététicien(ne), ...), parfois formalisé sous forme d'un projet de soins personnalisés
- Dispositifs en place pour améliorer l'information, l'accueil et les délais d'intervention (équipe mobile de gériatrie, évaluation somatique (Urgences) puis psychiatrique rapides en santé mentale, garde médicale 24h/24h en obstétrique, tableau d'affichage en salle d'attente & salle de radio aux Urgences, ...)
- Bonne tenue du dossier dans de nombreux services (Court séjour Gériatrique, Cardiologie, Pôle Médecine)
- Existence de programmes d'ETP formalisés

Prochains audits envisagés :

- 3 audits prévus lors de la formation « Patient-Traceur » (1er et 6 février 2018), comme exercices d'application
- Une nouvelle série d'audits sur des prises en charge transversales interservices en février-mars 2018
- Des audits réguliers en psychiatrie (choix de l'unité Jean Gérardin à titre d'outil interne)
- Plusieurs audits seront proposés en accord avec les experts-visiteurs de la HAS lors de la visite de certification (mai 2018)

Un grand merci à l'ensemble des participants et des équipes soignantes qui ont rendu possible ces évaluations dans chacun des services impliqués.

