

FLASH'INFO QUALITE

SEPTEMBRE/OCTOBRE 2022 – N°2



La politique qualité et sécurité des soins 2020-2024

L'hôpital de Prades renouvelle son engagement dans la qualité des soins et la sécurité des patients. La Direction et la CME ainsi que l'ensemble des professionnels œuvrent au quotidien pour s'assurer d'une prise en charge optimale dans la globalité, des patients, résidents, usagers.

Le déploiement de la démarche qualité et sécuritaire s'inscrit dans les deux domaines sanitaire et médico-social.

La politique qualité et sécurité des soins de l'Hôpital de Prades, revue une fois par an, repose sur sept axes centraux :

1. Positionner l'usager comme acteur de la démarche qualité et sécurité des soins : participation des patients ou de la personne accompagnée dans sa prise en charge—implication des représentants des usagers dans la vie de l'établissement.
2. Renforcer la démarche qualité et la sécurité des soins : culture de la pertinence et du résultat auprès des équipes de soins (Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins) - amélioration de la sécurité des patients par l'analyse des événements indésirables, la mise en place d'EPP ou de méthodes d'évaluations proches du terrain comme le patient traqueur, le parcours traqueur...
3. Garantir un accès aux soins à la population du territoire : renfort et maintien des partenariats avec les professionnels de santé d'autres structures—intégration de spécialités supplémentaires dans les consultations avancées—accessibilité aux soins par le biais de filières de prises en charge—développement de la télémédecine.
4. Consolider la politique ressources humaines : accompagnement à la montée en compétences des professionnels à la qualité de prise en charge—implication des professionnels dans une démarche qualité de vie au travail—accompagnement des agents en situation de handicap—intégration de nouveaux modes d'apprentissage (elearning, webinaires...).
5. Favoriser une culture de la bientraitance : sensibilisation des professionnels à une démarche éthique— poursuite des formations à la bientraitance—nomination de référents par service.
6. Poursuivre l'engagement de l'établissement dans le développement durable et la responsabilité sociale des entreprises : diminution de l'empreinte carbone de l'établissement (production et la consommation d'énergies renouvelables) - mise en œuvre d'initiatives environnementales conformément aux normes Haute Qualité Environnementale—achat de produits écoresponsables—politique de réduction et de valorisation des déchets.
7. S'inscrire dans la démarche qualité et gestion des risques territoriale au niveau du GHT Aude-Pyrénées : participation à la démarche territoriale de qualité et gestion des risques et à la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la perspective de la certification HAS.



La préparation à la démarche de Certification a démarré...

Réunions du groupe de travail Audit Système

Le groupe de travail Audit système, composé du Directeur, de la CSS, des CS et des adjoints des cadres, a été mis en place pour auditer des thématiques : maîtrise des risques, QVT, travail en équipe, dynamique d'amélioration.... selon les grilles Audit Système de la HAS.



L'audit système

A ce jour, il s'est réuni 2 fois : les 4 et 11 août 2022 et a permis de définir le plan d'action dépendant de la politique qualité.

Réalisation d'un Patient-Traçeur

Un patient-traçeur a été réalisé le 4 mars de cette année sur le service de médecine. Les résultats vous seront communiqués dans un prochain numéro. D'autres patients-traçeurs sont prévus avant la fin de l'année sur les services de SSR, UHR et USLD.



Le patient traçeur

Ils sont réalisés lors des journées qualité (1 par mois hors congés d'été) auxquelles participent les cadres de médecine/SSR-UHR/USLD, la qualitiennne, la référente qualité et les AS et IDE de chacun de ces services qui ont choisi de rejoindre ce groupe de travail.

Réunions du CREX (Comité de Retour d'EXpérience)

Elles ont lieu, elles aussi, lors des journées qualité et regroupent les mêmes participants. A ce jour, pour cette année, le CREX s'est déjà réuni 4 fois : 27 janvier—28 mars—23 mai—27 juin et a traité divers sujets tels l'uniformisation de pratiques infirmières sur tous les services sur la traçabilité des glycémies capillaires, l'aide à la prise des médicaments par les AS, la notation des selles, les difficultés d'utilisation du logiciel Osiris...

Relance des thématiques de la certification et des EPP

Les pilotes des thématiques « Prise en charge » (cf page 3) et des Evaluations des Pratiques Professionnelles ont été rencontrés par Mme G. la référente qualité, afin de relancer les actions et remettre en place les groupes de travail. Les actions par thématiques seront présentées lors du prochain COPIL en novembre 2022. Elles vous seront présentées par la suite ainsi que les EPP en cours.



**Audit Système,
Patient Traçeur
Késako ?**



L'audit système et le patient traçeur sont des méthodes d'évaluation, proches du terrain, utilisées par les experts-visiteurs.

L'audit système consiste à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Il s'agit d'une évaluation de la politique jusqu'au terrain.

Le patient-traçeur évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement. Il s'agit d'une rencontre avec le patient et l'équipe de soins

Dans un prochain numéro, nous vous présenterons en détail les 5 méthodes d'évaluation.



Thématiques de la certification pour la qualité des soins :

THEMATIQUES 2022						
MANAGEMENT						
Management stratégique, gouvernance	Engagement dans le développement durable	Qualité de vie au travail	Management de la qualité et des risques	Gestion du risque infectieux	/	/
PRISE EN CHARGE						
Droits du patient Le Patient	Parcours du patient Don d'organes et de tissus Transport des patients Troubles de l'état nutritionnel	Prise en charge de la douleur Prise en charge des patients en fin de vie	Dossier patient IQSS	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	Biologie médicale Imagerie
FONCTIONS SUPPORT						
Gestion des ressources humaines	Gestion des ressources financières	Gestion du système d'information	Sécurité des biens et des personnes	Gestion des infrastructures et des équipements (hors DM)	Gestion des équipements biomédicaux	Démarche qualité en restauration
Processus gestion du linge	Développement Durable	Achats Éco responsables	Gestion de l'eau	Gestion de l'air	Gestion de l'énergie	Gestion des déchets

Validé au Comité de pilotage le 14 janvier 2022



Quelques résultats d'indicateurs :

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

	Evaluation de la douleur à l'entrée	Utilisation d'une échelle	Réévaluation si douleur
Médecine	100 % ☺	0 % ☁	100 % ☺
SSR	100 % ☺	0 % ☁	80 % ☺☁
UHR	80 % ☺	80 % ☺☁	100 % ☺
USLD	100% ☺	80 % ☺☁	100 % ☺

IDENTIFICATION DU PATIENT A TOUTES LES ETAPES DE SA PRISE EN CHARGE

Présence du bracelet d'identification sur les patients de médecine et SSR	87 % en médecine ☺☁	60 % en SSR ☁
Présence de la pièce d'identité dans le dossier administratif des patients de médecine et de SSR (ou traçabilité qu'elle ait été demandée)	100 % en médecine ☺	100 % en SSR ☺
Dossiers patients informatisés comportant la photographie du résident en hébergement ou présence d'une photo « refus »	100 % sur l'EHPAD CV et Hôpital, sur l'UHR et l'USLD ☺	

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

Application des précautions standard lors des soins effectués au domicile des patients par le SSIAD		
Port du tablier lors d'une toilette ou d'une douche	0 %	☁
Hygiène des mains à l'arrivée et au départ de l'agent	25 %	☁
Absence de bijoux aux doigts et au poignet	56 %	☁
Evaluation des pratiques ASH sur l'entretien et l'environnement—tous services de soins et d'hébergement		
Hygiène des mains avant et après le port de gants	68 %	☁
Balayage humide avant le lavage des sols	0 %	☁
Prévention des légionnelles	55 %	☁
Chariot de linge et stockage—tous services de soins et d'hébergement		
Sacs à linge remplis aux 2/3 maximum	62,5 %	☁
Absence de réserve sauvage de linge propre	50 %	☁



La gestion des Evénements Indésirables Sur l'Hôpital de Prades - Partie 1

1 charte de confiance :



POURQUOI UNE CHARTE DE CONFIANCE

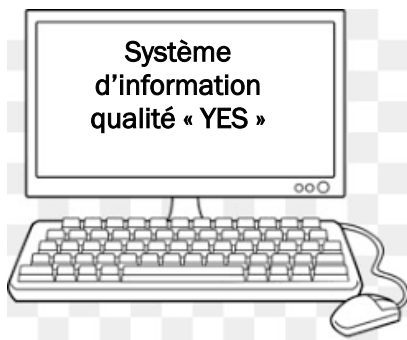
- La sécurité des patients et des résidents demeure la préoccupation première et permanente du Centre Hospitalier de Prades.
- L'expérience tirée des événements améliore la prise en charge des personnes accueillies car la connaissance des risques et l'analyse des causes des événements permet d'apporter des mesures correctives.

LES PRINCIPES SUR LESQUELS ELLE REPOSE

- L'objectivité
- La confidentialité
- L'efficacité

Cette charte est disponible sur le logiciel qualité « YES »
Version du 29/07/2022

1 logiciel qualité :



POURQUOI UN SYSTÈME D'INFORMATION QUALITE

- Pour la gestion des risques :
 - ◆ Déclaration d'un événement indésirable ou d'une non conformité
 - ◆ Visualisation et suivi des signalements effectués
- Pour la gestion documentaire :
 - ◆ Consultation des procédures et protocoles de l'établissement
 - ◆ Consultation de documents institutionnels

Accès et utilisation :
vous rapprocher de votre cadre ou de votre responsable de service

1 méthode d'analyse systématisée des événements indésirables : la méthode ALARM

Méthodes et outils Mission sécurité du patient

GRILLE ALARM	
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	
1.1	Antécédents
1.2	Etat de santé (pathologiques, co-morbidités)
1.3	Traitements
1.4	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
1.5	Relations conflictuelles
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
2.1	Protocoles (inadéquates, non adaptés ou non utilisés)
2.2	Résultats (écarts complémentaires (non disponibles ou non pertinents)
2.3	Aides à la décision (équipements spécifiques , algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
2.4	Définition des tâches
2.5	Programmation, planification
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	
3.1	Qualifications, compétences
3.2	Facteurs de stress physique ou psychologique
4. Facteurs liés à l'équipe	
4.1	Communication entre professionnels
4.2	Communication vers le patient et son entourage
4.3	Informations écrites (dossier patient...)
4.4	Transmissions et alertes
4.5	Répartition des tâches
4.6	Encadrement, supervision
4.7	Demandes de soutien ou comportements face aux incidents
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	
5.1	Administration
5.2	Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène etc)
5.3	Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
5.4	Fournitures ou équipements (non disponibles, inadéquats ou défectueux)
5.5	Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
5.6	Efficacité (inadaptés en nombre ou en compétences)
5.7	Charge de travail, temps de travail
5.8	Retards, délais
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
6.1	Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
6.2	Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
6.3	Politique de formation continue
6.4	Gestion de la sous-traitance
6.5	Politique d'achat
6.6	Management de la qualité, sécurité,hygiène et environnement
6.7	Ressources financières
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
7.1	Politique de santé publique nationale
7.2	Politique de santé publique régionale
7.3	Systèmes de signalement

2010-08-16 Grille ALARM V2

POURQUOI CETTE METHODE

Outil de première intention en termes de facilité de mise en œuvre, validé par la HAS, la méthode ALARM favorise une démarche collective d'analyse structurée à la recherche, certes des causes apparentes ou immédiates, mais aussi des causes profondes ou "causes racines".

Elle consiste à :

- Reconstituer la chronologie des faits ayant conduit à l'évènement,
- Identifier dans cette description les défauts,
- Conduire pour chaque défaut identifié une analyse des facteurs ayant favorisé sa survenue,
- Rédiger une 1ère synthèse,
- Reprendre l'investigation si des zones d'ombre persistent,
- Rédiger un rapport final préconisant des actions correctives.