



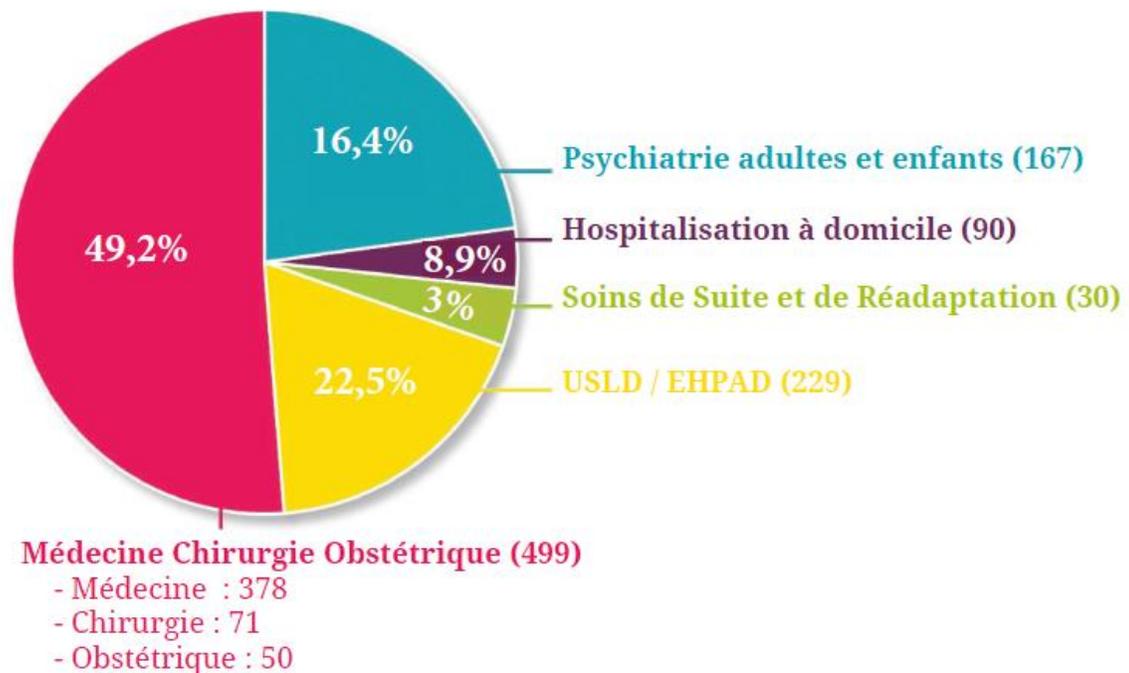
**RETEX PREPARATION & VISITE DE CERTIFICATION**  
pour la  
**QUALITE SECURITE DES SOINS**

S. Coué  
Responsable qualité  
CH Saint-Nazaire & Savenay

# LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE Loire-Atlantique - Chiffres 2020

Le Centre hospitalier propose une offre de soins complète (Médecine Chirurgie Obstétrique [MCO], soins de suite et de réadaptation [SSR], Psychiatrie, Hospitalisation à domicile [HAD], long séjour) sur différents sites : Cité sanitaire, Heinlex, Guérande, Saint Michel-Chef-Chef, ...

## Lits et places : répartition par spécialités



# RETROPLANNING CHSN

Janvier - Mars : PROGRAMME d'AMELIORATION/ CONFORMITE

Relance projets/ groupes de travail priorités par :

- Critères impératifs ou standards partiellement satisfaits
- Ecart certification 2016

Juin : APPROPRIATION ENJEUX QUALITE SERVICE/EQUIPE

Communiquer les objectifs et résultats qualité par service - 2 niveaux :

- Encadrement/ Conférence de pôle
- Tout personnel : Campagne d'affichage + réunions par service

Sept.-Oct. : EVALUATIONS

- Validation programme - COFIL Juin
- Formation évaluateurs
- 5 méthodes HAS



Patient traceur



Parcours traceur



Traceur ciblé



Observations



Audit système

15/10 : AJUSTEMENT

Validation résultats des évaluations - COFIL 15/10  
Envoi HAS

Communication des résultats en interne

Ajustement du programme avant visite

Préparation visite

Visite HAS Fév 2022

1

2

3

4

# Un fil rouge pour la préparation des équipes, le Management de la Qualité et Risques !

## ► Certification niveau B en 2015 avec des recommandations relatives :

- Management Qualité et risques
  - Formalisation de la politique qualité gestion des risques
  - Déclinaison du PAQSS institutionnel en PAQSS sectoriel
- Droits des patients
  - Plan d'actions en matière de droits des patients / périodicité des évaluations non définie
  - Plans d'actions correctives non formalisés suite à l'analyse des enquêtes ou évaluations

## ► Culture qualité au sein des équipes :

- Abordée dans l'ensemble du manuel de certification, dont critères impératifs
- Questionnée par l'ensemble des méthodes HAS

.... Jusqu'à la connaissance des résultats par les équipes

### Les 4 enjeux de la certification



ENGAGEMENT DU  
PATIENT



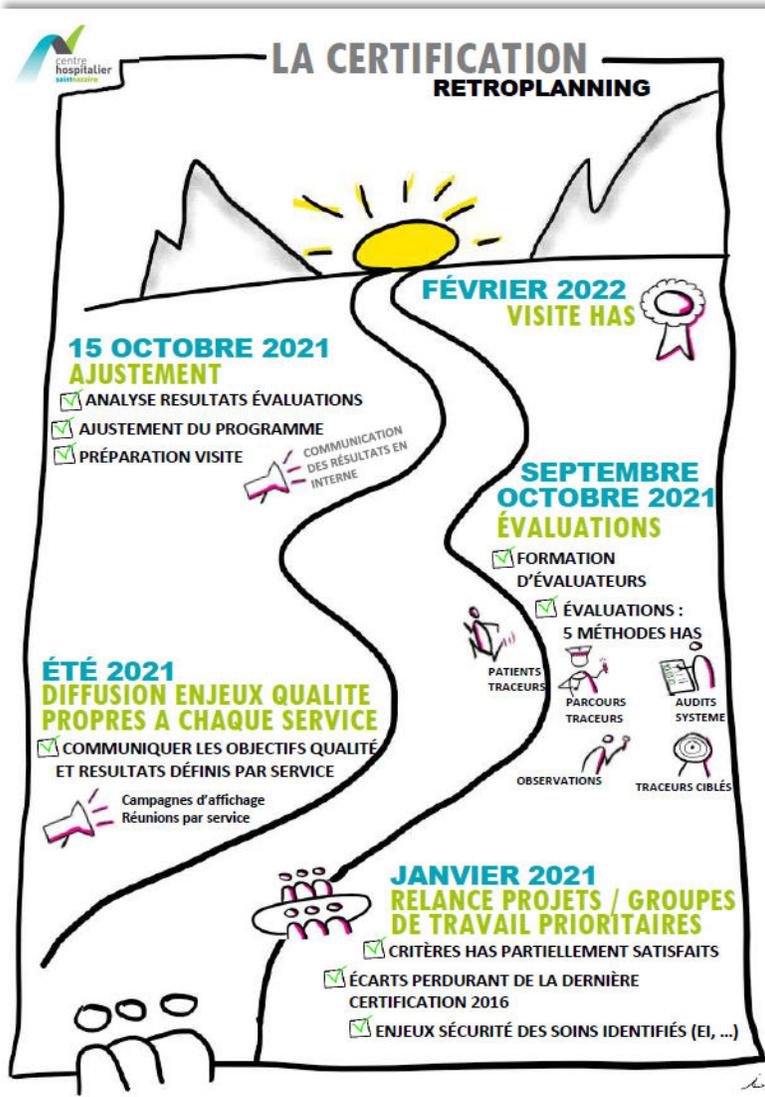
CULTURE  
DE L'ÉVALUATION  
DE LA PERTINENCE  
ET DU RÉSULTAT



TRAVAIL  
EN ÉQUIPE



ADAPTATION  
AUX ÉVOLUTIONS  
DU SYSTÈME DE SANTÉ



M-13 / M-11

## Relance dynamique qualité des groupes de travail

Prise de connaissance du manuel de certification (parution Nov. 2020)  
« par étape »

Macroanalyse de la conformité de l'établissement :

- aux critères impératifs +++
- aux autres critères standards et avancés

Identification des projets ou groupes de travail institutionnels à relancer/  
poursuite d'actions spécifiques déjà amorcées dans les services :

- constitution d'un groupe « urgences vitales »
- travail sur l'identification des molécules à risque
- poursuite du déploiement de la lettre de liaison...
- **identification du travail à conduire sur la connaissance des équipes des résultats qualité**

## COMMUNICATION INTERNE

- Affiche Rétro-planning
- Flyers de présentation de la démarche de certification
- Heure Qualité : 3 réunions

## Appropriation des enjeux qualité au sein des services

M-8  
Conférences de  
pôle

2f/an

- Communication des **objectifs qualité et résultats des services** en conférence de pôle
- **Affichage** Résultats et objectifs Qualité pour chaque service
- **Présentation de la démarche de certification**, du calendrier au sein des services
- **Présentation des méthodes** d'évaluation et préparation à la visite de certification



2

## Un document :

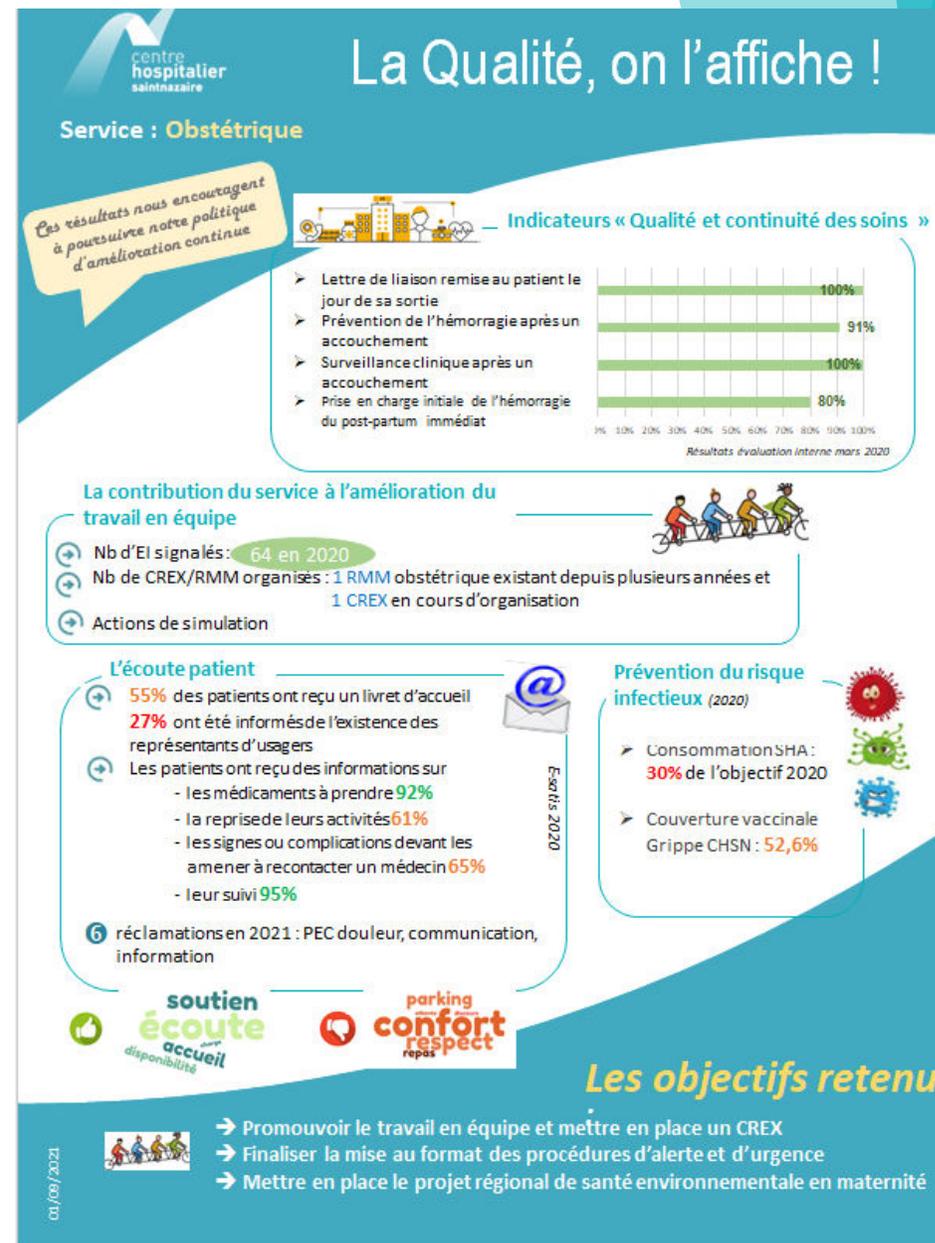
- Regroupant les indicateurs qualité, hygiène, usagers
- Personnalisé

## ► Plusieurs objectifs :

- Répondant aux 3 enjeux de certification « le patient », « le travail en équipe », « culture de l'évaluation et de la pertinence »
- Connaissance des résultats par l'équipe
- Doit pouvoir servir de support à vos réunions d'équipe
- Doit susciter l'auto questionnement des pratiques individuelles et collectives, susciter la curiosité professionnelle, pourquoi pas le benchmarking entre services..

## ► Des perspectives :

- Nouveaux indicateurs de résultats : taux de ré-hospitalisations à x heure ou x j, Nb de patients ré-admis aux urgences 3j après sortie ...
- Limite actuelle : recueil non automatisé - production d'indicateurs non fluide



23/06/2022



## M-5

- **Volonté d'utiliser** les différentes méthodes d'évaluations des experts visiteurs pour :
  - Préparer les équipes au déroulement de la visite HAS (5 méthodes)
  - Travailler sur la culture de l'évaluation au sein des équipes
  - Identifier les parcours patient ou processus qui fonctionnent bien.
  - Identifier les écarts importants à réajuster avant la visite
- **Utilisation des grilles CALISTA** pour résultats statistiques institutionnels, reformulées en EXCEL

## FORMATIONS ET ACCOMPAGNEMENT

- **Formations** d'évaluateurs internes aux méthodes :
  - d'observations,
  - d'entretiens professionnels
  - des traceurs ciblés Circuit du médicament, EIAS
- Des cadres de santé aux patients traceurs et parcours traceurs

## COMMUNICATION INTERNE

- Affiche Campagne d'évaluation interne avant la visite

# PROGRAMME DE LA CAMPAGNE D'ÉVALUATIONS

► Du 20/9 au 8/10 : 47 évaluations



– 10 parcours patient



– 12 patients traceur



Trinôme Médecin/Cadre/Qualité  
Approche médicalisée



– 7 traceurs ciblés « prise en charge médicamenteuse »

– 1 audit transfusion en chirurgie

– 1 traceur Infection Associé aux Soins en chirurgie

– 1 audit traçabilité décontamination endoscopie

Pharmaciens/ EOH/Qualité/  
Hémovigilance



– Observations et audit système « entretien professionnel »  
dans 14 services

Auditeurs formés

– 1 audit check-list au bloc

Cadres du bloc

De M-3 jusqu'à la  
visite

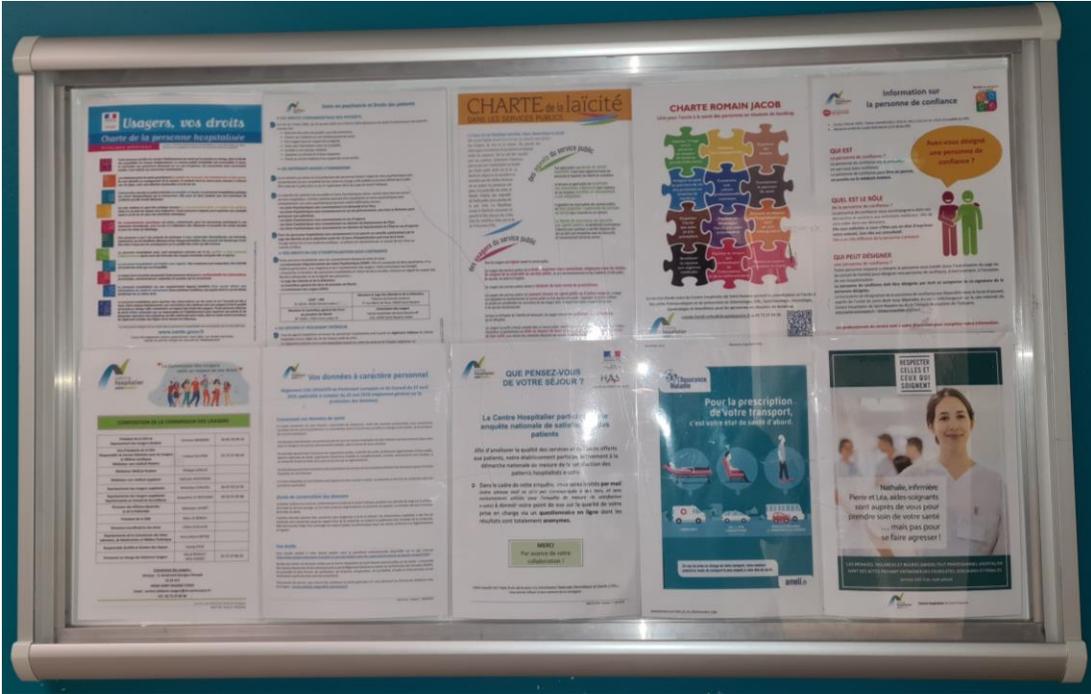
Restitution des  
résultats



- Points positifs et axes d'amélioration institutionnels er propre à chaque service
  - diffusion PPT
- Distribution « Les Incollables: Cap'Certif) inspiré du modèle du CHU de Nantes
- Distribution des grilles d'observation et d'Entretien professionnel aux cadres de santé pour appropriation des sujets par les équipes

## AJUSTEMENT

- Mise à jour des affichages obligatoires dans les services
- Et selon spécificités des secteurs (santé mentale, pédiatrie,...)



# RETOUR DES EQUIPES SUR LA PREPARATION DE LA VISITE

## Eléments facilitants

Ce qui a été apprécié durant le pilotage et la phase de préparation

- Prise de connaissance des critères du manuel de certification pour démarche d'appropriation des équipes
- Bonne disponibilité des équipes globalement
- Beaucoup d'échanges lors des réunions parcours patient ou patient traceur
- Retour positif des équipes sur les méthodes
- Accompagnement des équipes par le service qualité et l'encadrement
- Disponibilité et Adaptabilité du service qualité
- Dynamique de valorisation des pratiques et d'acculturation à la démarche qualité: « donner du sens » aux pratiques professionnelles de terrain
- Communication sur supports simples et accessibles

## Difficultés rencontrées

Points bloquants, résistance, freins

- Indisponibilité des équipes et surcharge de travail
- Représentation négative/ Impression de contrôle du travail des équipes par la démarche de certification
- Remise en question des pratiques soignantes difficiles
- Méconnaissance et manque d'appropriation de la culture qualité des équipes médico-soignantes

# PRÉPARATION DE LA GOUVERNANCE AUX AUDITS SYSTÈME

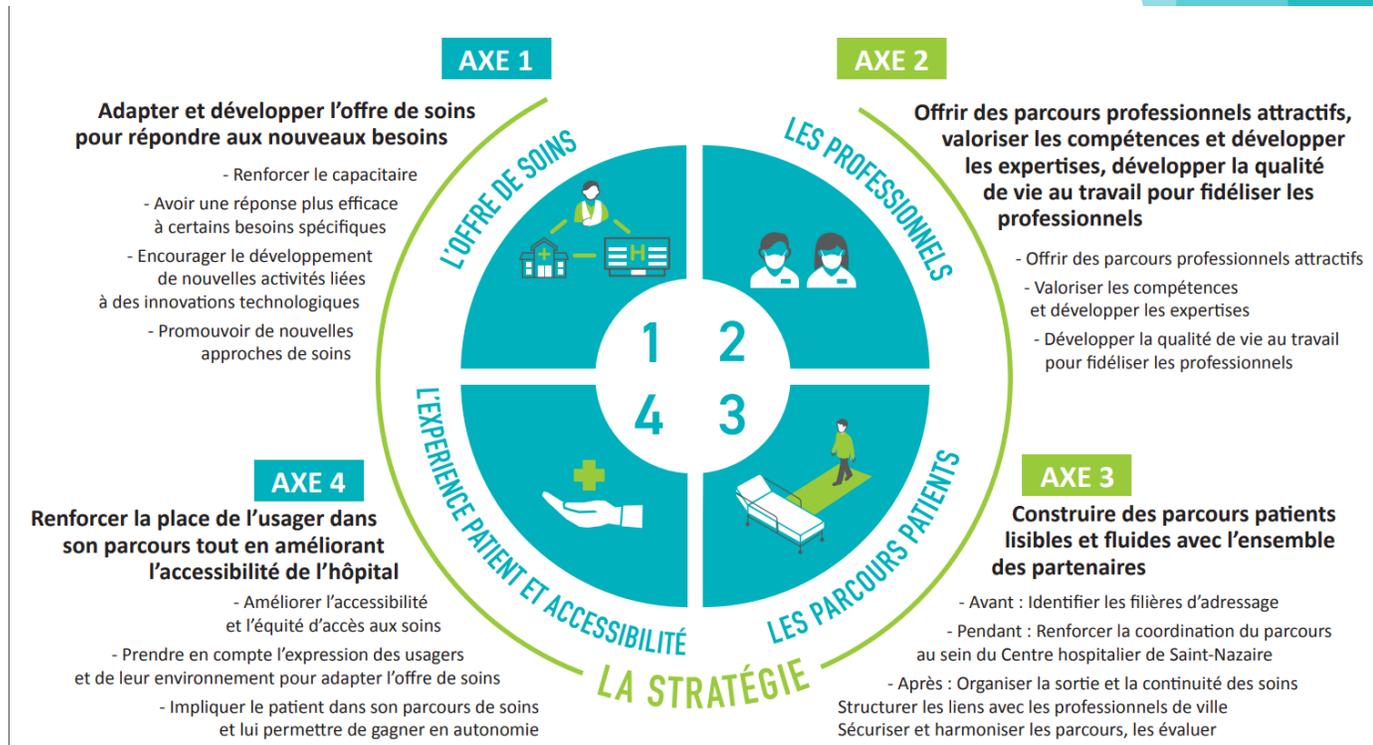
## ► Questionnaire en ligne en novembre (google forms) à destination de :

- l'équipe de direction
- Le président de la CME
- Les chefs de pôle et cadres supérieurs

## ► Reprise des questions s'avérant moins maîtrisées au vu des résultats de l'enquête :

- 2 réunions de préparation

## ► Politique Qualité = Projet d'établissement



# PREPARATION DE LA VISITE : Calendrier de visite et bilans d'étape

## Argumentaire par anticipation

- Rédaction des « **fiches réponses/argumentaire à une fiche anomalie** » correspondant aux écarts repérés sur les critères impératifs durant la campagne d'évaluation interne, mais aussi sur des critères standards :
  - Directives anticipées
  - Lettre de liaison
  - PEC Somatique en santé mentale
  - Restriction des libertés
  - Hospitalisation des mineurs
- **Diffusion des fiches anomalies** des secteurs concernés à la gouvernance pour argumentaire durant les entretiens d'évaluation avec les experts visiteurs

## Calendrier de visite

- Visioconférence
- 1 mois de préparation logistique à 4 ETP

## Information des équipes médico-soignantes

- Ultime retour dans les services qui n'aurait pas expérimentée 1 méthode HAS lors de l'évaluation interne

## ► Déroulement de la visite

**En route vers**  
**LA CERTIFICATION**  
Préparation de la visite HAS

La visite de certification pour la Qualité des Soins aura lieu  
du lundi 21 au vendredi 25 février 2022.

**L'équipe d'experts-visiteurs**, professionnels exerçant en établissement de santé public ou privé, sera composée de :

- 6 experts-visiteurs sur toute la durée de la visite
- + 2 médecins-experts sur 2 à 3 jours afin de renforcer l'équipe pour réaliser spécifiquement les évaluations par la méthode du « patient traceur ».

La composition nominative sera communiquée à l'établissement très prochainement.

**Le programme détaillé de la visite** sera fixé par la HAS en concertation avec le Centre Hospitalier dans les semaines à venir : services visités, professionnels rencontrés, parcours patient réalisés...

Ce programme reste donc déterminant et indispensable pour que nous puissions définir avec vous les modalités par lesquelles le personnel pourra être libéré. Merci à tous les services de se tenir prêts à organiser la disponibilité de ses équipes pour cette semaine de visite, sur le modèle de ce qui a été fait lors de la campagne d'évaluations internes.

**Dans la période qui nous sépare de la visite**

- Poursuite des évaluations internes, spécifiquement sur le risque infectieux
- Poursuite de la mise en œuvre des plans d'actions prioritaires
- Communication sur les sujets particulièrement importants sur lesquels nous devons rester mobilisés au travers des « Heures Qualité » mensuelles, restitution des résultats de l'évaluation interne au sein des services (réunions, journaux internes...), instances...

En prévision de la visite, nous restons bien évidemment à votre disposition et toute question peut être adressée au : [grp-cel-qualite@ch-saintnazaire.fr](mailto:grp-cel-qualite@ch-saintnazaire.fr)



# PROGRAMME DE VISITE HAS



Patient traceur

34

Selon l'EV : patient choisi la veille ou le jour même

Réunion d'équipe : 50 min, au sein du service ou dans une salle de réunion  
Médecin en charge du patient, SF, cadre, IDE, AS/AP et fonction la pathologie kiné, diététicienne



Parcours traceur

14

Selon l'EV : dossier choisi la veille ou le jour même

Réunion d'équipe : 1h, au sein du service ou dans une salle de réunion  
Reco HAS : Médecin, Cadre, et fonctions transversales (kiné, diet, assistante sociale). Autres professionnels vus au moment du parcours

Parcours physique très rapide

# PROGRAMME DE VISITE HAS



Traceur ciblé

19

- Gestion d'un évènement indésirable grave (EIG) : 2
- Prévention des infections associées aux soins (IAS) : 5
- Circuit du médicament et des produits de santé : 4
- Transport intra-hospitalier des patients : 3
- Produits sanguins labiles : 2
- Prélèvements multi-organes : 2

Organisation des services difficilement anticipables !  
A l'origine de stress et tensions

Demande des EV de rencontrer les professionnels en charge de la thématique pour comprendre le fonctionnement afin d'être pertinent sur l'évaluation conduite



Observations

A ne pas sous-estimer, gènese des fiches anomalies !!!



14

Audit système

- Coordination territoriale & Engagement patient (1h15)
- Dynamique d'amélioration & Maîtrise des risques (1h15)
- Leadership, QVT & Travail en équipe (3h)
- Représentants des usagers (1h15)
- Entretien professionnel (45 min) – 10 équipes dont 2 de nuit

Temps prévu au calendrier de visite insuffisant  
RDV supplémentaires/ Demande à des agents de rester au-delà de leur temps de travail

# Tous les jours, diffusion de la « Chronique de la visite »

Certification  
Chronique de la visite

Après une petite frayeur liée à la panne internet matinale, la visite de certification a pu démarrer par la réunion d'ouverture durant laquelle les experts-visiteurs nous ont précisé :

- L'expert-visiteur est un auditeur qui mène l'évaluation de manière objective et sans jugement
- Les experts-visiteurs sont des pairs, professionnels de santé formés à l'audit et à la maîtrise du référentiel
- Les règles pour une visite optimale : confidentialité, secret professionnel et bienveillance...

Lundi 21 février

**Programme de la journée**

**9 Patients traceurs** réalisés en pédiatrie, gériatrie, obstétrique, médecine polyvalente 1, HAD, cardiologie, médecine vasculaire, neurologie et pneumologie

**3 Parcours traceurs** réalisés en gériatrie/SLD, UCAA/ORL/pédiatrie, SAU/imagerie/chirurgie/SSR

**4 Traceurs ciblés :**

- « médicaments » réalisé en gastro
- « prélèvements d'organes » réalisé en réanimation et au service mortuaire
- « infections associées aux soins » réalisé en pneumologie
- « transport patient » réalisé avec la régulation du brancardage

**4 Audits systèmes :** coordination territoriale, engagement patient, maîtrise des risques et dynamique d'amélioration

**2 Rencontres des professionnels** réalisées en psychiatrie réhabilitation B et en MPU

**Remarques des expert-visiteurs qui souhaitent avoir la liste de tous les patients présents dans le service lors des patients traceurs**

**Les premières impressions des services**

Les équipes ont été sensibles à la bienveillance des experts-visiteurs au cours des échanges qui ont été constructifs

Les patients sont satisfaits de participer aux entretiens

**Les premiers points de vigilance repérés**

Le recueil des directives anticipées et/ou la personne de confiance

La remise du livret d'accueil

La méconnaissance d'e-satis

Le rangement des molécules à risques

Les réfrigérateurs des salles de soins (rangement et contrôles)

Le port de bijoux

Le suivi des formations AFGSU

L'absence de messages de prévention de santé publique

**Les premiers points positifs**

Prise en charge de la douleur

Information et consentement du patient

Lettre de liaison : exemple en cardio et obstétrique

SHA et protections individuelles en pneumo

Bonne impression HAD, médicaments bien rangés au domicile

Dossier patient très complet en obstétrique

N'hésitez pas à contacter votre référente qualité pour lui remonter vos premiers retours (points de vigilance et points positifs)

Certification  
Chronique de la visite J5

Vendredi 25 février

La visite touche à sa fin : la journée n'a pas été consacré à de nouvelles évaluations mais à l'analyse et la présentation à chaud des résultats globaux par les experts visiteurs.

Les résultats se présentent sous forme de pourcentage de conformité aux attendus du référentiel 2020.

|  |  |            |
|--|--|------------|
|  | <b>CHAPITRE 1 : LE PATIENT</b>               | <b>97%</b> |
|  | <b>CHAPITRE 2 : LES ÉQUIPES DE SOINS</b>     | <b>92%</b> |
|  | <b>CHAPITRE 3 : L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b> | <b>90%</b> |

**Les résultats par objectif :**

|  |      |   |     |
|--|------|---|-----|
| <b>1.1</b> Le patient est informé et son implication est recherchée  | 91%  | <b>2.4</b> Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle | 85% |
| <b>1.2.</b> Le patient est respecté  | 98%  | <b>3.1</b> L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire                       | 97% |
| <b>1.3.</b> Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient   | 100% | <b>3.2</b> L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement                        | 92% |
| <b>1.4.</b> Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge   | 100% | <b>3.3</b> La gouvernance fait preuve de leadership   | 81% |
| <b>2.1</b> La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe   | 99%  | <b>3.4.</b> L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences                           | 75% |
| <b>2.2</b> Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 99%  | <b>3.5</b> Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 98% |
| <b>2.3</b> Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques   | 87%  | <b>3.6.</b> L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté | 93% |
|  |      | <b>3.7.</b> L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins                     | 95% |

Légende : Inférieur à 25 % / Compris entre 25% & 49 / Compris entre 50% & 74% / Supérieur à 75%

# CE QU'ON RETIENT DE LA VISITE À SAINT-NAZAIRE

Sensibilité des EV à la démarche d'évaluation interne de l'établissement et à la prise en compte des écarts repérés pour amorcer une démarche d'amélioration avant la visite de certification

Disponibilité et bienveillance des EV, dans une posture de recherche de valorisation (**versus V2014**)

Vrai levier managérial dans l'amélioration des pratiques  
(même si le niveau pôle clinique n'est pas investigué)

Très bon accueil et forte mobilisation des professionnels, qui ont eu à cœur de valoriser les prises en charge, la coordination des équipes... Jusqu'à la réunion de restitution des résultats (environ 140 participants)

# OÙ EN SOMMES-NOUS ?

- ▶ Résultats provisoires en fin de visite
- ▶ Phase contradictoire
- ▶ Au 24/5, en attente de la décision de la HAS

**Merci de votre attention**