



WEBINAIRE DE LA RENTREE

Vision 360° de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité : Culture sécurité, signalement, partage d'expérience, travail en équipe, amélioration de la qualité et de la sécurité

Comment dynamiser et pérenniser la démarche ?

Avant de commencer



Merci de ne pas activer vos caméras et micros

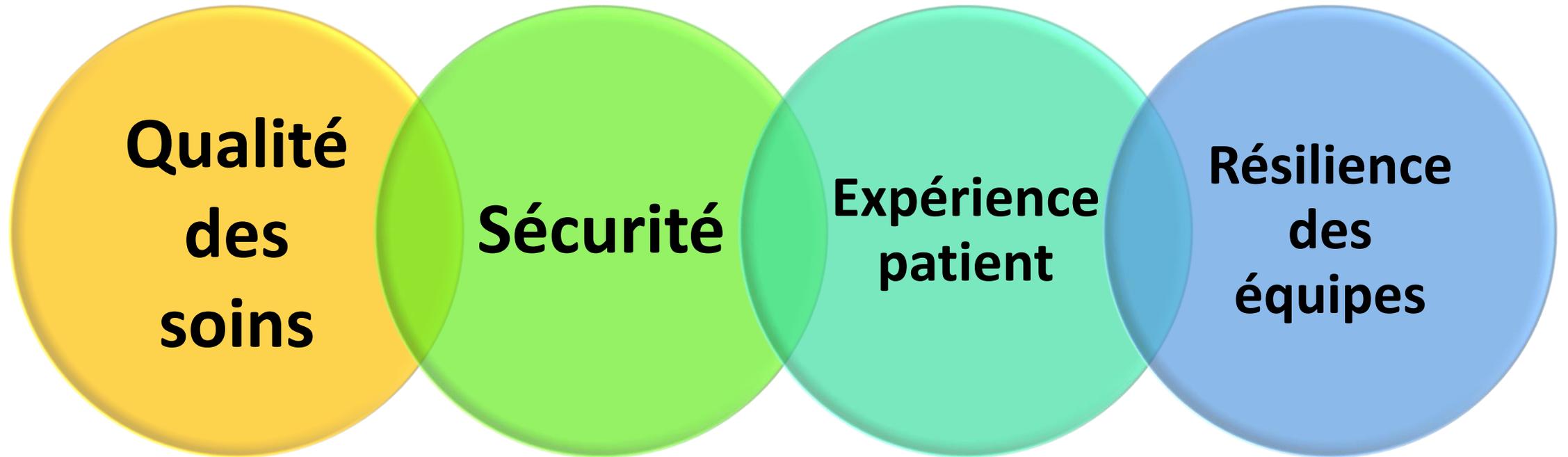


Vous pouvez dialoguer avec nous via le « chat »



A la fin de la présentation, merci de consacrer quelques minutes au remplissage du questionnaire de satisfaction

Démarche d'amélioration continue



Des contraintes législatives et réglementaires importantes => Encadrement de la qualité et de la gestion des risques

Loi du 4 mars 2002

- Obligation aux ES de « garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et **assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible**
- mise en place d'un **dispositif de déclaration obligatoire** des Evènements Indésirables (EI) liés aux actes médicaux

Circulaire DHOS/E2/E4
N° 176 du 29 mars 2004

- recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

Loi du 9 août 2004

- **Déclaration à l'autorité administrative** compétente par tout professionnel ou établissement de santé d'une **infection nosocomiale ou de tout autre EIG** liée à des soins

Loi du 13 août 2004
+ décret du 21/07/2006

- La HAS reprend les missions de l'ANAES
- Elle est chargée : « de recueillir auprès des médecins ou équipes médicales demandant à être accrédités les **déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux...** »

Décret du 14 avril 2005

- Obligation de **mettre en place de l'EPP** pour les médecins => évaluation tous les 5 ans par un organisme agréé
- Au sein des ES, l'organisation est portée par la CME => évaluation lors de la procédure de certification

Loi HPST (2009)

- Obligation aux ES d'élaborer et de mettre en œuvre **une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** et **une gestion des risques** visant à prévenir et à traiter les EI liés à leurs activités
- obligation à la CME de **participer à l'élaboration du programme d'actions qualité-sécurité des soins assorti d'indicateurs de suivi...** en tenant compte du rapport annuel de la CRUQPC
- obligation aux médecins (et autres professionnels de santé) de se former, se perfectionner, **s'évaluer** et participer à la maîtrise des dépenses de santé
- Obligation de transparence avec la **diffusion publique des indicateurs**



Décrets du 30/12/2009, du 30/04/2010 et du 5/11/2010

- La CME et son président sont chargés conjointement avec le directeur de la politique d'amélioration de la qualité

Décret du 12 novembre 2010 + circulaire du 18/11/2011

- Définition d'un EIAS
- Création de la mission de coordonnateur des risques

Décret du 30 décembre 2011

- **Mise en place du DPC** pour tous les professionnels de santé
- Participation à un programme annuel

Décret du 30/08/2010 + Arrêté du 6 avril 2011

- Le management de la PECM devient un axe majeur de la démarche globale de qualité et sécurité des soins
- Création de la mission d'un responsable

Instruction DGOS du 28/09/2012

- Mise en œuvre de démarches de retours d'expérience (REX)

Loi de modernisation du système de santé (2016)

- Obligation aux ES et aux structures MS de déclarer à l'ARS toute infection associée aux soins et tout EIGS
- champ d'application vaste au dispositif puisque tous les soins délivrés en ville, en établissements de santé et en structures médico-sociales sont concernés quels que soient leur objectif : préventif, curatif, esthétique, diagnostic.

Décret du 24 août 2016

- Portail de signalement des événements sanitaires indésirables

Décret du 25 novembre 2016

+
Instruction du 17/07/2017

- Définition de l'EIGS et de ses modalités de déclaration à l'ARS
- Création des SRA

Décret du 21 décembre 2016

- Signalement des structures sociales et médico-sociales

Arrêté du 19 décembre 2017

- Fixe les modalités pratiques de déclaration : volets 1 et 2

Mais aussi ...

- Les textes relatifs aux vigilances réglementaires, aux produits de santé, à la sécurité des systèmes d'information ...
- Les guides et recommandations
 - Guide « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé » - HAS 2012
 - Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments
 - Recommandations de bonnes pratiques

La certification des établissements de santé



- Procédure de certification élaborée et mise en œuvre par la HAS
- Obligation pour tous les établissements depuis 1996
- Une visite d'évaluation tous les 4 à 6 ans
 - => Objectif : évaluation continue de la qualité et de la sécurité des soins
- 5^{ème} itération : V2020
 - Centrée résultats
 - 3 chapitres : le patient, les soins, l'établissement et la gouvernance

Les indicateurs

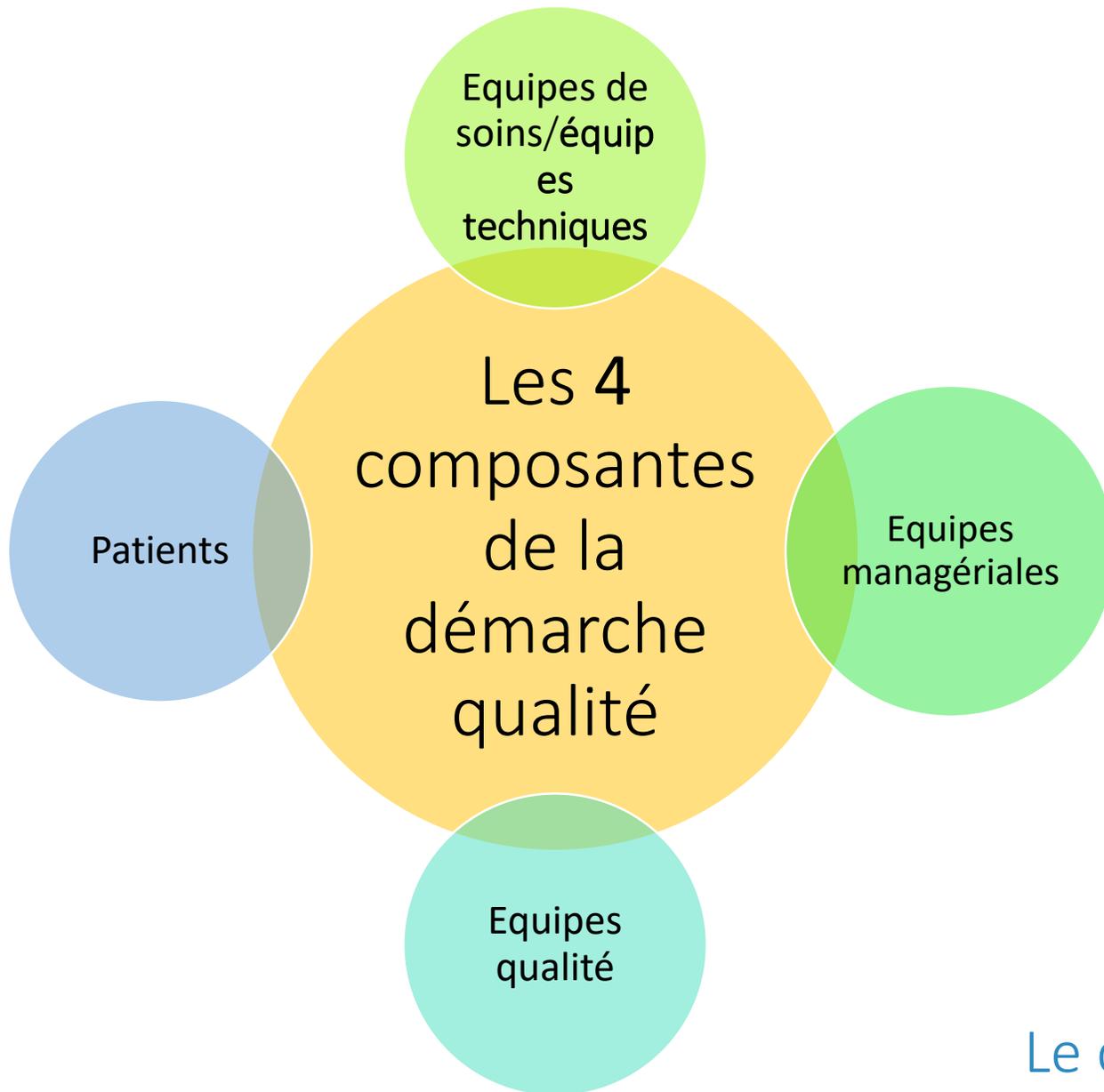


- Dispositif IFAQ (décrets du 30 décembre 2015 et du 21 février 2019)
- Recueil annuel obligatoire d'indicateurs
 - indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) (arrêtés annuels)
 - e-Satis
- Développement permanent de nouveaux indicateurs
 - à partir du dossier patient
 - à partir des bases de données administratives
- Obligation de transparence vis-à-vis des usagers (Scope santé)

Le CAQES

Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins

- créé par l'article 81 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2016
- contrat tripartite qui lie l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé
- fusion dans un contrat unique les dispositifs contractuels qui l'ont précédé :
 - le Contrat de Bon Usage des médicaments, produits et prestations (CBU) ;
 - le Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins (CAQOS) ;
 - le Contrat de Pertinence des Soins ;
 - le Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé (CAPES).
- le CAQES est complémentaire au Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre l'ARS et les établissements de santé.



La qualité et la sécurité sont
l'affaire de tous

Le challenge : la conduite du changement

- Audit
- Méthodes traceur
- Démarches d'EPP
- Suivi d'indicateurs (IQSS, sentinelles, de résultats...)
- Evaluations externes (certification, inspections ARS...)
- Mesures de l'expérience patient (Amppati, e-satis...)

Evaluation

Diagnostic

- CRM santé
- Questionnaire de culture sécurité

- Analyse des EI et EIGS (CREX, RMM...)
- RCP
- Cartographie des risques
- Accréditation des médecins
- Gestion des risques en équipe
- Rencontres de sécurité
- Briefing / debriefing
- Outils de communication (SAED...)

Gestion des risques

Animation d'équipes

- Module Leadership
- Simulation *in situ* (analyse de scénarios)
- Serious games

Accompagnement du changement



Enjeux

- Ne pas multiplier les méthodes
 - Utiliser le(s) bon(s) outil(s), avec la bonne équipe
- => Choix en fonction de
- Votre problématique
 - Votre contexte
 - L'envie et la maturité de l'équipe
 - La dynamique



Comment être au courant de ce qui existe au sein de l'établissement?

Pas de solution miracle mais quelques pistes

- Management par les processus
- Organisation de la coordination de la gestion des risques
- Utilisation d'outils techniques
- Leadership
- Outils de communication
-

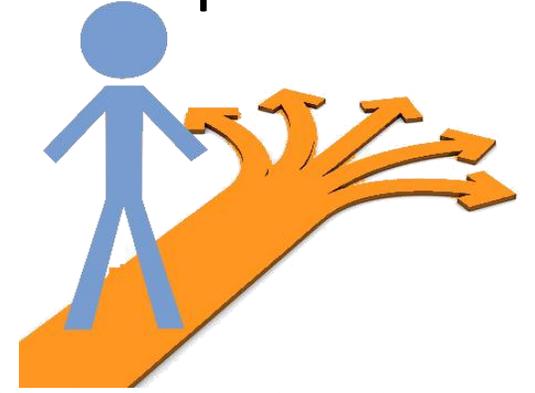
Des injonctions et défis multiples

- Répondre aux obligations réglementaires
- Conduire le changement
- Accompagner les équipes
- Satisfaire à la procédure de certification de la HAS
- Maintenir le niveau de qualité sécurité
- Ne pas trop solliciter les équipes de soins tout en les impliquant
- Être pédagogue
-

Et les attentes des patients ?

Le patient doit bénéficier d'un niveau constant de qualité de soins quel que soit le secteur où l'établissement dans lequel il est pris en charge (parcours)

- Émergence du Concept de l'expérience patient
- Nouvelles méthodologie : PT, shadowing...



Le patient est le seul à connaître toutes les étapes de son parcours

L'amélioration de l'expérience patient va de pair avec l'amélioration de l'expérience des professionnels de santé



Une petite histoire....

- Monsieur Dupont est titulaire du permis de conduire depuis 30 ans il connaît donc **les règles à respecter**
- il n'a jamais eu d'accident il considère qu'il est un « **bon conducteur** »
- la vitesse sur la route qu'il emprunte quotidiennement à considérablement été réduite ces **30 dernières années** (de 110 à 70) mais monsieur Dupont ne juge pas nécessaire de changer ses habitudes « **le danger c'est les autres** »
- un radar est installé sur cette route monsieur Dupont lève le pied uniquement sur cette zone contrôlée pour ne pas « se faire prendre »

Analogie

	Sécurité routière	Sécurité en santé
Règles	Code de la route	Réglementation, procédures et protocoles
Contrôle de conformité aux règles	Radars, contrôles inopinés	Certification, inspection ARS, audits....
Sanction en cas de « non-conformité »	Amendes, retrait de point	« mauvais » classement (certification, indicateurs...)

Si les règles sont connues et les sanctions connues, pourquoi ne sont-elles pas plus respectées ??

Pour comprendre il faut s'intéresser à la perception individuelle du risque (et donc de la règle qui permet de protéger le patient de ce risque)....

Quelles sont les perceptions, les motivations, les croyances, les représentations... ?



La perception: une vérité émotionnelle

A diagram illustrating perception. In the center is a large, stylized grey eye. To the left, an orange 3D stick figure is running towards the eye, with a speech bubble above it containing the number "6!". To the right, another orange 3D stick figure is standing and shouting into a megaphone, with a speech bubble above it containing the number "9!".

Il ne s'agit pas de vérifier la « vérité » d'une perception, mais de comprendre le « pourquoi »

Nous avons tous entendu (ou dit)...

Je sais ce
que j'ai à
faire ...

Les procédures sont
trop nombreuses, ça
ne sert à rien

*on perd du temps
avec les audits les
indicateurs*

*notre équipe
fonctionne très
bien on
s'entend tous
bien pas besoin
de travailler sur
ce point*

ça fait 20 ans
que je travaille
comme ça je n'ai
jamais eu aucun
problème

la qualité c'est
surtout être avec le
patient pas derrière
un ordinateur

L'amélioration continue...

On connaît

- Les objectifs
 - Les règles
 - Les outils
 - Les acteurs
- **MAIS**
- Il n'y a pas de solutions miracle !



La mise en place des comités de retour d'expérience (CREX)

- Obligation de traitement des EI
- Evaluation lors de la certification
- Incitation financière de l'ARS en 2012

Incitations



- Peu d'événements déclarés
- Organisations multiples
- Rythme irrégulier
- Revue d'événements mais pas d'analyse
- Absence de plan d'actions d'amélioration

Observations fréquentes



- Travailler sur des éléments de culture
 - La culture du signalement
 - La culture juste
- Utiliser des outils d'animation d'équipe
- Travailler sur les représentations

Pistes d'amélioration



Le suivi d'indicateurs

- Recueil des IQSS
- CAQUES
- HOP'EN
- Référentiel de certification

Incitations



- Tableaux de bord non mis à jour
- Tableaux de bord incomplets
- Indicateurs qui manquent de sens pour les professionnels
- Communication difficile

Observations
fréquentes



- Construire des indicateurs utiles aux professionnels
- Faire du benchmarking (enquêtes régionales ou inter-régionales)

Pistes
d'amélioration



Le déploiement de la gestion documentaire

- Nécessité de structurer un système de références
- Standardisation et sécurisation des pratiques

Incitations



- Pas à jour
- Pas accessible
- Peu connue
- Peu consultée ...

Observations
fréquentes



- Travailler sur les représentations
- Impliquer les professionnels dans son déploiement
- Lier la GED aux cartographies des risques
- Donner du sens aux documents

Pistes
d'amélioration



Une SRA, à quoi ça sert ?

- Expertise et appui

CONSEIL



- Aide à l'analyse des EIGS

ACCOMPAGNEMENT



- Soutien méthodologique

CADRAGE



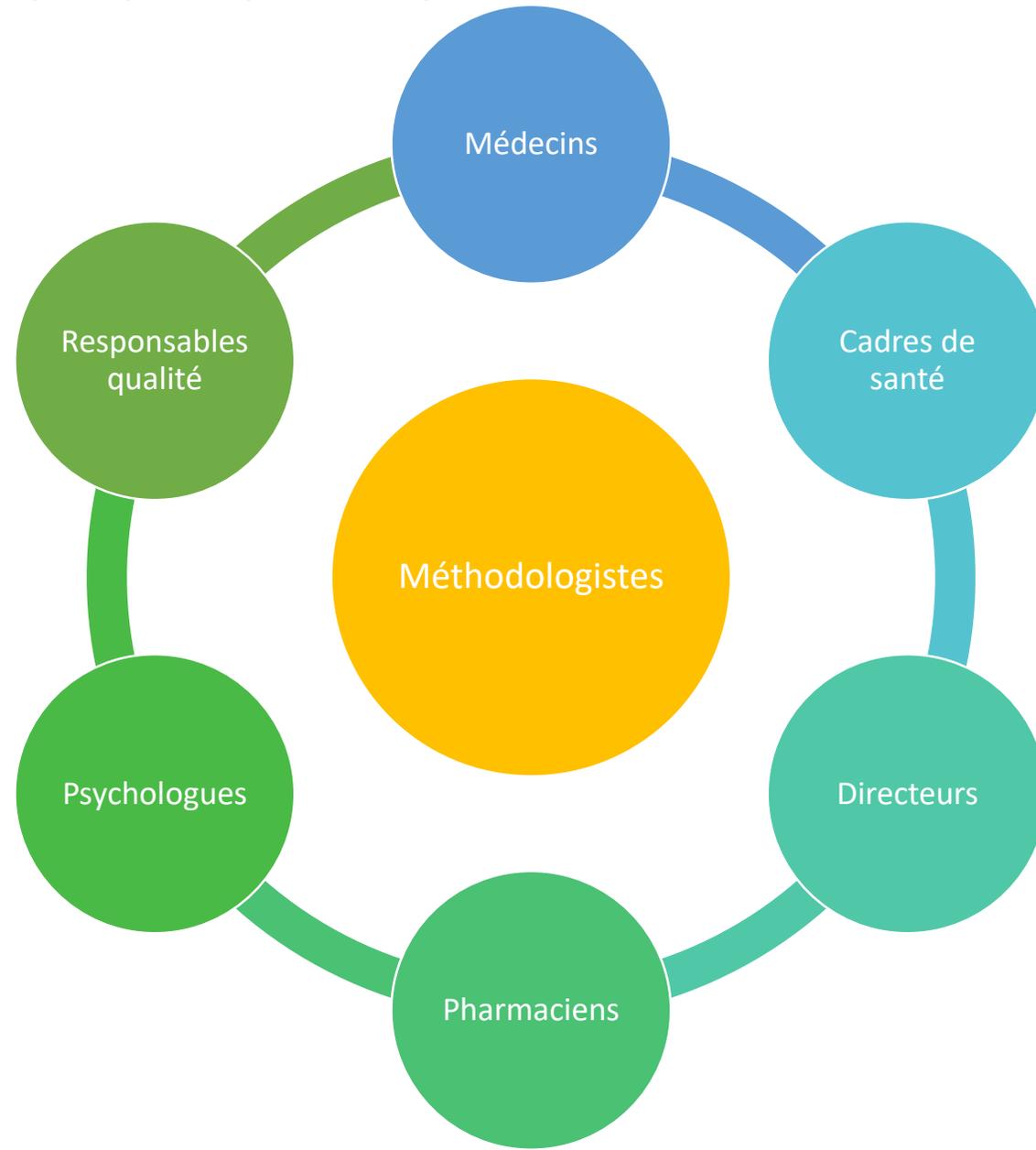
- Formation et information

ACCULTURATION



Le CEPPRAAL – une équipe pluriprofessionnelle

Une équipe de
coordination / des
personnes ressources



L'offre du CEPPRAAL



FORMATION



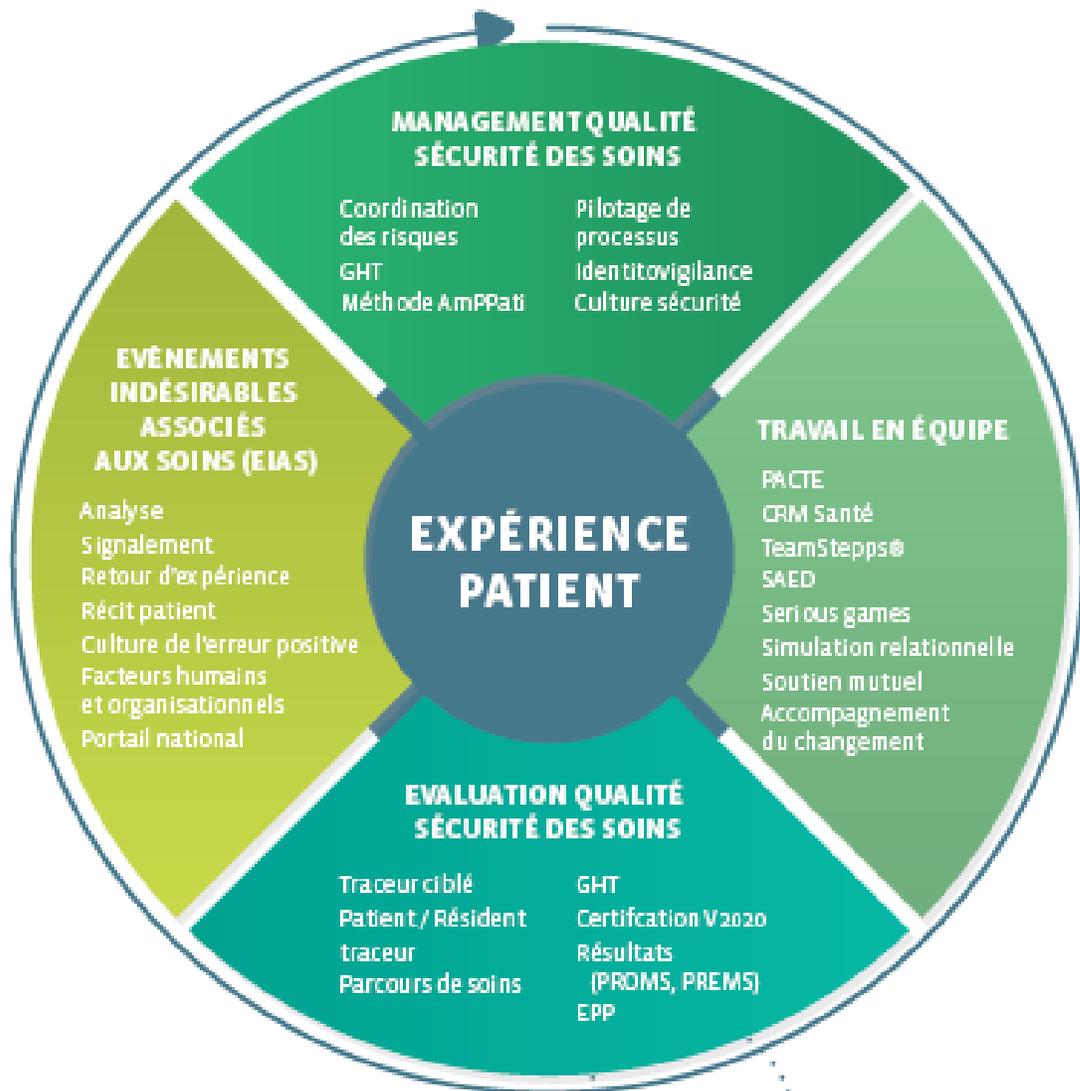
ACCOMPAGNEMENT / CONSEIL



CO-CONSTRUCTION RESEAU
COLLABORATIF



FORMATION





ACCOMPAGNEMENT / CONSEIL

- Bilan/ diagnostic
 - par rapport aux résultats de certification, des inspections, des indicateurs...
 - Mesure de la culture de sécurité
 - CRM
 - Priorités de l' équipe
- Cadrage des objectifs
- Programme sur mesure
- Suivi et conseils



CO-CONSTRUCTION RESEAU COLLABORATIF

- Mutualisation de travaux
- Conception/ adaptation de nouveaux outils
- Résolution de problématiques
- Échanges/ partage (« se sentir moins seul »)
- « Force » du réseau

SONDAGE : aspects collaboratifs

- Quelle(s) pratique(s) collaborative(s) vous intéresserait(ent) ?
 - Partage de documents
 - FAQ
 - Réunions semestrielles pour échanger sur 1 sujet
 - Réunions ponctuelles autour d'une problématique
 - RDV réguliers mais virtuels ?

Construire une dynamique réflexive pour améliorer le travail en équipe

CAPITALISER : Comprendre le fonctionnement de l'équipe pendant la gestion de crise et en tirer des enseignements pour améliorer l'existant

Objectif comprendre comment l'équipe s'est adaptée à la situation, quel mode de fonctionnement elle a déployé.

Méthode approche socio-cognitive et comportementale : elle passe par l'identification des valeurs et représentations des professionnels qui les ont conduits à adapter leur comportement à la situation.

Public équipe volontaire, engagement de la direction de l'établissement nécessaire

Rendez-v'outils

RENDEZ-V'OUTILS du CEPPRAAL



45 minutes d'interactivité pour décrypter
un outil d'amélioration !

CEPPRAAL – contact@ceppraal-sante.fr – 04 72 11 54 60



Une visioconférence

- ✓ gratuite
- ✓ bimensuelle
- ✓ ouverte à tous les acteurs de santé
- ✓ d'une courte durée (45 min)
- ✓ pour décrypter un outil d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins
- ✓ et pour répondre à vos questions

L'amélioration continue permet...



Bien sûr, de garantir au patient une prise en charge de qualité et sécurisée mais aussi :



De valoriser les équipes



D'appréhender plus sereinement la certification



D'obtenir des financements supplémentaires (IFAQ)



De démontrer la progression au travers de SCOPE santé



De conduire le changement « en douceur »

Conclusion

Privilégier un changement des comportements plutôt qu'un travail ponctuel (période de certification ou d'audit) pour viser une démarche sécurité optimale



Instaurer une démarche qualité sécurité co-construite avec les acteurs de terrain dans laquelle ils sont impliqués et investis permet de satisfaire les obligations que sont la certification ou le recueil d'indicateurs

Contactez-nous

- Pour tout besoin, projet interne à votre établissement
- Nous soumettre un projet, un sujet à débattre, une modalité de fonctionnement
- Des conseils

contact@ceppraal-sante.fr



04 72 11 54 60



 @ceppraal 
www.ceppraal-sante.fr
contact@ceppraal-sante.fr

Vos questions

