



# De la stratégie à l'expérience de la visite.

Certification V2014

Isabelle Muller

Sage-Femme Coordinatrice au Groupe Hospitalier de la Haute-Saône

Journée Qualité et Gestion des Risques en Périnatalité

Journée technique AUDIPOG PARIS 27 mars 2017

LES SITES DU GH70



Légende

- CENTRE HOSPITALIER
- ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)
- UNITÉ D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR)
- PÔLE D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA)

## Pôle Femme Mère Enfant

- Service Gynécologie Obstétrique, sur 3 sites :
  - Lure, Luxeuil : 2 Centres Périnataux de Proximité
  - Vesoul : unique maternité du département, de type 2A ; 1048 accouchements en 2016.
    - plus de 20 000 cs sur les 3 sites
- CAMSP : hospitalier
- Pédiatrie Néonatalogie
- Réseau Périnatal de Bourgogne Franche-Comté
- Réseau activité libérale

## Gynécologie Obstétrique sur le site de Vesoul depuis octobre 2009

- Consultations Gyn-Obst
- Planning familial (3 sites)
- Orthogénie
- Salles de naissances
- Hospitalisation Maternité
- Hospitalisation Gynéco
- Bloc opératoire
- Chirurgie conventionnelle
- Chirurgie ambulatoire



## Consultations Gynéco-Obstétriques et Pédiatriques dans les 2 Centres Périnataux de Proximité depuis 2003

CPP

LURE

Secteur de Cs  
Équipé comme  
à Vesoul



CPP

LUXEUIL

Secteur de CS  
Equipé comme  
à Vesoul



# Préparation à la visite de certification de sept 2016

- FC en novembre 2014 : Bonnes pratiques organisationnelles et gestion des risques en maternité.
- Participation au groupe de travail du RéQua : cartographie régionale des risques en salles de naissances, complète mais le Niveau de Maîtrise des risques reste variable selon les maternités.
- Collaboration étroite avec la cellule qualité de l'Établissement pour :
  - identifier les pilotes de thématiques,
  - s'approprier le vocabulaire de l'HAS (pour la plupart des thématiques) EIO déclinés en PDCA
  - formaliser une cartographie « digeste » propre à l'établissement,
  - extraire 3 à 4 risques prioritaires, se donner des objectifs atteignables
  - saisir les risques prioritaires de la cartographie dans le compte qualité ( 6 mois avant la visite) (plateforme SARA)
  - s'appuyer sur les audits, IPAQSS, RMM, CREX

## Visite de risques de la SHAM (09/08/2016)

- Gestion des risques
- Dossier patient
- Salle de naissances
- Urgences
- Bloc opératoire
- **Contrainte forte au retour de congés annuels (25/07/2016)**
  - 2 semaines
  - Pendant la période des évaluations annuelles
  - Personnes référentes de certaines thématiques en congé
- **Bénéfique : visite préparatoire à la visite de certification**

# En pratique :

Simplification de la grille d'analyse de processus/thématiques  
Tableau de suivi simple, identique que ce soit pour les RMM, les IPAQSS, la cartographie

16/09/2016\_ GRILLE D'ANALYSE DE PROCESSUS / THEMATIQUES  
salle de naissance

Processus ou thématique : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : salle de naissance				
Date : 16/09/16		Pilotes : Dr G. Marian / I. Muller		Réfèrent Qualité : E. DELAPORTE / M. AICH
PDCA	EIO	Les points positifs	Les points à améliorer	Éléments de preuve (documents utiles)
	Orientations stratégiques prenant en compte le niveau de risque foeto-maternel selon le type de maternité et formalisant les collaborations inter-établissements adaptées	L'établissement fait partie du réseau périnatal Franche-Comté depuis 2004 convention renouvelée en sept 2014. Convention entre le CHRU de Besançon et le CHI70 notamment pour les transfères des bébés et des mamans selon des critères prédéfinis. Protocole grande prématurité revue en 2015 (vB) révisé en juillet 2012. Surveillance de tracé pour toutes les femmes en travail. Médecin joignable H24. Staff quotidien (5j/7) pour tous les dossiers.		Convention entre le CHRU de Besançon et le CHI70 (classée au niveau de la direction) Doc en salle de naissance Protocole grande prématurité revue en 2015 (vB).
	Identification, analyse et hiérarchisation des processus à risques (processus interventionnels, supports, etc.), support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance.	Cartographie des risques a priori travaillée avec le RéQua (réseau qualité Franche-Comté) premier semestre 2015 et à adapter à l'établissement en équipe avec identification du plan d'action. Cartographie abordé en staff le mardi.	- Investir dans la démarche les médecins.	Cartographie des risques a priori en salle de naissance. CR staff.
	Organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.).	Réunions mensuelles avec les gynécologues de ville. Réunions trimestriel avec les sages femmes de ville. Travail en collaboration avec l'HDJ, le service de gynécologie, le bloc opératoire et la chargée de communication dans le cadre de la manifestation octobre rose (prévention cancer du sein). Programme d'accompagnement à domicile. Plan d'équipement pluriannuel. Demande GMAO pour la maintenance	- Mise à jour des fiches de poste : (à travailler avec les Sages femmes).  - Développer l'accompagnement des nouveaux arrivants (simplifier le support d'évaluation et de suivi).  - Formaliser l'accueil des urgences.	Convocation aux réunions mensuelles avec les gynécologues de ville. CR des réunions trimestrielles avec les sages femmes de ville. Programme d'accompagnement à domicile. Plan d'équipement pluriannuel. GMAO. GPMC. Plan de formation du personnel. Classeurs thématiques (gestion documentaire).

# Evaluation des risques

16/09/2016 \_ GRILLE D'ANALYSE DE PROCESSUS / THEMATIQUES  
salle de naissance

Evaluation des risques							
N° risque (R1, R2, ...)	Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaire
1	Absence de standardisation locale et régionale et risque de pratiques déviantes par défaut de gestion documentaire.	5	3	15	Gestion documentaire (documents institutionnels, validés, diffusés papier et sur Intranet (Argos)). Rédaction en collaboration avec les services. Documents bien classés dans des classeurs avec des sommaires mis à jours. Protocoles du réseau périnatal Franche-Comté à adapter à l'établissement.	3	
2	Défaut de connaissance en interne et en externe de la prise en charge des parturientes.	5	3	15	Réunions mensuelles avec les gynécologues de ville. Réunions trimestriel avec les sages femmes de ville. Travail en collaboration avec l'HDJ, le service de gynécologie, le bloc opératoire et la chargée de communication dans le cadre de la manifestation octobre rose (prévention cancer du sein). Programme d'accompagnement à domicile mis en application en octobre 2012. Plan d'équipement pluriannuel. Demande GMAO pour la maintenance préventive et curative. Commande de matériel. Gestion des plannings mensuels (temps de travail) et gestion des carrières (GPMC), plan de formation du personnel. Gestion documentaire organisée et à disposition du personnel et en staff. Règlement intérieur des salles d'accouchement rédigé mais non signé par le chef de service. Fiches de poste existantes.	3	

# Plan d'action

16/09/2016 \_ GRILLE D'ANALYSE DE PROCESSUS / THEMATIQUES  
salle de naissance

Plan d'Actions									
N° risque (R1, R2, ...)	Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début prév.	Début réelle	Ech. Prév.	Ech. réelle	Modalité suivi	Avancement
1.1	Mettre à disposition de tous les professionnels de la salle de naissance des documents réactualisés afin d'harmoniser les pratiques régionales.	Révision des procédures, modes opératoires,... existants et rédaction de nouveaux documents si nécessaire en lien avec les documents du réseau RPF.	Cadre Sage-femme Médecin chef de pôle	04/01/16	30/05/15 date 1 <sup>ère</sup> feuille émargement	31/12/16		Nombre de procédures réactualisées et/ou rédigées	En cours 10 protocoles en lien avec HPPI
1.2	Organiser la révision documentaire en salle de naissance.	Identification des référents documentaires. Relecture de documents au moment de staff d'équipe avec présence médicale.	Cadre Sage femme	04/01/16	26/05/16	30/06/16		Traçabilité des révisions documentaires (bordereaux)	En cours
2.1	Permettre à l'ensemble des professionnels de connaître le bon fonctionnement des salles d'accouchement.	Validation du règlement intérieur des salles d'accouchement par le chef de service, puis diffusion.	Cadre supérieure du pôle Médecin chef de pôle	04/01/16		31/12/16		Règlement intérieur validé.  Relecture régulière des documents.	Réalisé  En cours
2.2	Structurer, formaliser et faire connaître les pratiques d'accueil des urgences obstétricales par filière.	Formalisation de l'accueil des urgences obstétricales. Diffusion des protocoles et évaluation des pratiques de prise en charge.	Médecin chef de service obstétrique Médecin chef de service des urgences	04/01/16		30/06/16		Accueil des urgences obstétricales formalisé et validé. Définition de critères d'évaluation des pratiques en regard des protocoles.	A réaliser
2.3	Continuer à développer la bonne intégration des nouveaux arrivants et évaluer la progression des compétences.	Mise à jour des fiches de poste et développement de l'accompagnement des nouveaux arrivants (simplifier le support d'évaluation et de suivi).	Cadre Sage femme	04/01/16		31/03/16			En cours
3.1	Sécuriser la prise en charge des nouveaux nés (aide à la décision de césarienne).	Achat d'un lecteur de lactates.	Cadre Sage femme	15/12/15	30/11/15	31/01/16	01/03/16	Utilisation du lecteur de lactates	Réalisée (écrire la procédure d'utilisation en

# Visite de certification

du 26/09/16 au 30/09/2016

- Préparation avec les équipes
- 4 points info au cours de l'année :
  - avec état d'avancement du compte qualité
  - avec des rappels sur « le patient traceur »
- Planification de la visite

**CERTIFICATION V2014  
POINT INFO N°4**

**Visite des experts de la HAS**

**Du 26 au 30 septembre 2016**, le secteur sanitaire de notre établissement fera l'objet d'une évaluation sur les 3 sites hospitaliers par 5 experts de la Haute Autorité de Santé.

Il s'agit de notre 4<sup>ème</sup> visite de Certification, les 3 précédentes ayant eu lieu en 2004, 2008 et 2012.

**Déroulement de la visite**

Les experts de la HAS rencontreront, au minimum, le directeur, le directeur des soins, le président de la CME, la ou les personnes en charge de la démarche qualité et gestion des risques, les pilotes des thématiques obligatoires et éventuellement les pilotes des thématiques facultatives retenues par le GH70 (cf. page d'accueil Argos).

Les experts réaliseront des évaluations de pratiques professionnelles avec la méthode du patient traceur (cf. page d'accueil Argos).

Les experts effectueront des observations et interrogeront les professionnels rencontrés lors des visites ciblées.

**Être vigilant sur :**  
(liste non exhaustive)

- ✓ La sécurisation des armoires à pharmacie (réserve maintenue lors de la visite de certification 2012).
- ✓ La fermeture des portes de tous les locaux (déchets, lingerie, salle de soins...).
- ✓ Le respect de la confidentialité et de l'intimité des personnes (fermeture des portes des chambres, fermeture systématique des sessions sur les ordinateurs, rangement des dossiers patients papier...).
- ✓ Le désencombrement des issues de secours.
- ✓ Le signalement des vigilances et des événements indésirables.
- ✓ La mise à jour des documents (protocoles, mode opératoire...).
- ✓ L'accessibilité des documents (classiers thématiques).
- ✓ L'affichage actualisé et organisé.
- ✓ ...

Une check list des points pour lesquels une vigilance est nécessaire au quotidien sera adressée aux responsables de service (disponible prochainement sur Argos).

Contactez la Direction des Affaires Médicales, des Usagers et de la Qualité - poste 692.  
Consultez l'internet de l'établissement (Argos).



## Implication des équipes

- Vision pratico-pratique de la certification : travail préparatoire = auto Evaluation des Pratiques Professionnelles à grande échelle + interfaces
- Compte qualité : centralisation des actions et des thématiques
- Patient traceur
- Vie de tous les jours
- Communiquer +++ (point info qualité repris, réexpliquer en réunions informelles...)
- Faire du lien +++ entre la politique d'établissement, les interfaces, le vocabulaire de la HAS et le quotidien
- Stimuler le questionnement sur tout...

## La visite

- Préparation opportune : visite de la SHAM le 09 août 2016
- Compilation des éléments de preuve sur un mois et demi :
- Pilotes :
  - centraliser tous les éléments de preuve qui ont alimenté le compte qualité + les nouveaux éléments (docs finalisés depuis l'envoi du compte qualité, en lien avec les actions identifiées)
  - prioriser selon la criticité (= G x F x NM)
  - planifier les actions sur 3 à 4 ans
- Compiler tous les éléments de preuve : clé USB, docs papier, salle à disposition proche du terrain (être très pratique, gestion du temps)
- Quelques jours avant : excitation collective, inquiétude, stimulation...
- 1<sup>er</sup> jour de la semaine de visite, un expert visiteur pour la thématique salle de naissance :
  - Rencontre avec les pilotes,
  - Patient traceur,
  - Visite terrain des salles de naissances.

## Le patient traceur

- Présence de 6 femmes accouchées en maternité, ce lundi matin
- Choix rapide : ch 1069, étude du dossier (dossier anesthésie manquant)
- Entretien avec Mme.... Consentement expliqué et signé (EV + cadre)
  - Consultation pré anesthésie : info sur transfusion (dit ne pas avoir eu l'info)
  - Identitovigilance (dit n'avoir jamais eu à décliner son identité)
  - Visite de sortie par l'interne avec les explications (dit ne pas avoir d'explications)
- Ecart entre la traçabilité, les éléments de preuve et le « retour » de « Mme patiente traceur »
- Entretien avec l'équipe : organisation des interfaces, tenue du dossier
- Travail de l'expert visiteur (au cours des entretiens et ensuite : recherche de cohérence)

## Réactivité des équipes

- Visite de terrain l'après midi 14h00 à 16h00
- Vérification de la gestion documentaire
- Communication d'un document : le personnel sait le retrouver format papier ou gestion du support informatique, connaît la personne ressource
- Tour d'horizon affichage (observation : dernière version ex point info qualité...)
- Implication des équipes (recherche du dossier anesthésie)
- Temps de synthèse des experts/débriefing avec les équipes sur le déroulement de la journée : félicitations sur l'implication...

## Au cours de la semaine

- De 8h00 à 9h00 : bilan quotidien pour les binômes pilotes rencontrés la veille : restitution et réajustement sur les écarts constatés (possibles toute la semaine) : on peut supprimer les écarts
- Plusieurs visites sur le thème du médicaments : attention et réactivité soulignés : ex DPI en partie seulement, connaître tous les circuits du dossier

## Vendredi : le dernier jour

- Le matin :

- Restitution plénière à tous les pilotes des thématiques + équipe de direction, derniers réajustements possibles
- Rappel sur le questionnaire sur le compte qualité à la réunion d'ouverture le lundi : est il le PAQSS de l'établissement ?

seulement en partie : deviendra in fine le PAQSS de l'établissement : suivi des actions prioritaires (beaucoup de travail sur des actions non prioritaires ont alimenté le compte qualité et inversement des actions prioritaires n'y étaient pas)

- L'après-midi : bilan de la semaine

- plusieurs écarts constatés, sauf pour le bloc opératoire et les salles de naissances
- pas d'échanges, pas de réajustements possibles
- tous les réajustements à partir de ce moment là seront étudiés dans 4 ans

## La suite

- Semaine suivante CME extraordinaire : réfléchir aux écarts constatés sans attendre le pré rapport (2 mois) : rapport 6 mois après,
- EPP : établissement engagé dans un plan d'action sur 4 ans
- Compte qualité permet la continuité pour éviter l'essoufflement
- Secteur sans écart = fierté pour toute l'équipe
- Difficulté à mobiliser/très fort investissement : juste milieu
- Attention « Une personne qui porte tout » : valoriser le travail du groupe pluridisciplinaire (W +++ communication : cellule qualité)
- Compte qualité = autoévaluation et PAQSS + suivi par l'HAS

## A ce jour

- Pré-rapport rendu en 2 mois théoriquement : compter 6 mois en pratique
- 1 mois pour répondre aux remarques
- Continuer le travail sur la cartographie :
  - À partir des analyses thématiques : extractions des risques a priori, des actions : travail « inséré » dans la cartographie
  - Reprise et suivi des actions en cours
- Les écarts du rapport seront réinjectés, priorisés dans le compte qualité.

## Conclusion

- Formalisation de tableaux de bord, identification de responsables, d'outils d'évaluation, priorisation : rigueur, écrits, traces toujours insuffisantes
  - Impact sur les équipes : permet de faire du lien, de donner du sens aux pratiques, de suivre l'évolution des actions
  - Impact sur les pratiques : RMM, EPP à grande échelle, SHAM, ARS, HAS, certification
  - Regard extérieur permet d'ajuster le niveau du risque : minimisé, surévalué
  - Difficultés : gestion des versions des documents : identification et date des fichiers (évolution vers un dossier partagé)
  - Logistique documentaire : doc A3 en couleur
- Cartographie = Centralisation outil managérial global, permet d'alimenter le compte qualité

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

LA MOTTE

et

LE LAC DE VAIVRE  
ET MONTOILLE

