



Journée REQUA

27 avril 2023

Jeudi 27 avril 2023

Invitation à témoigner REQUA



- **Fondation Arc-en-Ciel** – acteur privé à but non lucratif, une gouvernance bénévole, des statuts validés en Conseil d'Etat, des racines fortes...
- Un développement progressif qui fait émerger un acteur présent dans plusieurs segments du système de santé :
 - Le champ du handicap,
 - L'hébergement médicalisé de personnes âgées dépendantes,
 - Le domicile,
 - Les établissements de santé (soins de suite et de réadaptation).
- Une organisation en **Pôles, un siège** qui pilote.



275 lits, 147 places, 450 salariés

- Affections de l'appareil locomoteur
- Affections du système nerveux
- Accueil de patients EVC-EPR
- Cardiologie
- Pneumologie
- Polyvalent oncologie médicale
- Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition
- Affections de la personne âgée polypathologique

Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Bretegnier (CMPR)

14 rue du Docteur Gaulier
70400 **Héricourt**
Tél. 03 84 46 56 56

106 lits en hospitalisation complète et
50 places en hospitalisation de jour



Centre de Réadaptation Cardiaque et Pneumologique de Franche-Comté (CRCPFC)

« **La Grange-sur-le-Mont** »
BP 104 - 39110 **Pont d'Héry**
Tél. 03 84 53 16 16

96 lits de soins de suite et de réadaptation
et 79 places en hospitalisation de jour



Clinique Médicale Brugnon Agache (CMBA)

14 rue des écoles
70100 **Beaujeu**
Tél. 03 84 67 77 00

73 lits en hospitalisation complète
et 10 places en hospitalisation de jour



Le Pôle Santé

La Démarche Qualité



- ❖ Avant 2018 : 3 établissements, 3 cultures, 3 démarches Qualité, 3 certifications
 - CMPR Héricourt : visite certification mars 2015
 - CRCP : visite certification octobre 2015
 - CMBA : Visite certification avril 2017 ... une base solide sur laquelle s'appuyer.
- ❖ 2018 : réflexion collective au sein de la Fondation
 - Réaffirmation de l'organisation énoncée lors du précédent Projet Associatif (les Pôles, et le « Faire Fondation »)
 - Enoncé des Orientations Stratégiques de la Fondation 2019-2023
- ❖ Juin 2019 : décision de structurer la démarche Qualité au niveau du Pôle Santé
 - ↳ Identification d'un Directeur Qualité, d'une Equipe Qualité, de Référents/Pilotes de thématiques, d'instances de Pôles (CME, CLIN, CLAN, CLUD, ...), un programme Qualité Gestion des Risques de Pôle, un outil INTRANET et de gestion documentaire.
 - ↳ Proposition à l'HAS d'une seule certification pour les trois établissements



2019 ... asseoir une organisation

- Structuration d'une Direction transversale Qualité Gestion des Risques avec six collaborateurs : définitions d'emplois, formation (DU/Master) nominations...
- Politique Qualité gestion des risques : orientations stratégiques, objectifs, gouvernance... y compris de la démarche qualité
- Instances communes : règlements intérieurs, formalisation unique, nominations
- Nominations 12 pilotes thématiques en binômes avec les qualitiens + membres des groupes de travail associés en lien structuration Manuel V2014
- Livraison outil INTRANET intégrant un module de gestion documentaire et de gestion des EI : pôle Santé en test de déploiement au profit Fondation toute entière
- Définir organisation de gestion documentaire Fondation (nouvel outil) : circuit documentaire complet automatisé (plus de papier)



2020 ... COVID en mars

- Organisation de la reprise documentaire des 3 anciennes GED au profit du nouvel outil et reprise du stock (tri 10000 documents)
- Paramétrage outil INTRANET : début déploiement, difficultés architecture technique informatique, formation de tous les professionnels
- Evènements indésirables : module de gestion, formulaire unique, harmonisation, protocoles EI, EIG, annonce dommage, formation méthode ORION...
- Harmonisation questionnaires de sortie et automatisation + déploiement E.Satis
- Création et animation de 5 modules de formation : démarche qualité, risque a priori, risques a posteriori, nouveaux entrants, outil INTRANET (agenda associé)
- Création outils de communication : 1FOQUAL, INCOLLABLES, FORUM
- Livraison manuel V2020 : appropriation équipes, 5 méthodes
- Veille documentaire : REQUA, SOFGRES, FORAP...
- RETEX lié au COVID



2021/2022 ... multiplication des partages

- PAQS commun du pôle Santé : chaque thématique alimente son plan d'actions
- Pilotes prennent leur place et vont à la rencontre des autres établissements : harmonisation des pratiques
- Création politique IDENTITO, politique développement durable, politique PECM
- Protocoles majeurs : restriction des libertés, gestion de la douleur, risques suicidaires, directives anticipées et personne de confiance, vigilances, médicaments à risques, précautions standard et complémentaires, contentions
- Définir règles d'affichage : méthode observation déployée avec équipes de terrain
- Prise en charge fonctionnelle par la DQGR des projets HOPEN, SUN-ES, OSIS, INS, Messagerie sécurisée, DMP, MSsanté, cartographies applicatives, DPI en lien avec DSI Fondation
- Déploiement démarche éthique : atelier de cheminement éthique, outil
- Evaluations : Mesure Culture Sécurité, visite de risques hygiène, PACTE, E.Learning 10 thématiques, INTERDIAG Médicaments, Développement durable (REQUA)



2022 ... un report de 6 mois

OCTOBRE 2022



CHAPITRE 1 :

98%

93,7%

CHAPITRE 3 :

93%

CHAPITRE 2 :

90%

Résultats de la certification de l'établissement

TOUT VOIR

LE PATIENT

LES ÉQUIPES DE SOINS

L'ÉTABLISSEMENT

L'ÉTABLISSEMENT
93/100

LE PATIENT
98/100



LES ÉQUIPES DE SOINS
90/100

Résultats par objectifs



1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	94 %	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	73%
1.2. Le patient est respecté	99 %	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	84%
1.3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
1.4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	98%	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	98%
2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	87%	3.4. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	87%
2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%	3.6. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
		3.7. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

Légende : Inférieur à 20 % / 21% à 40% / 41 à 60% / 61% à 80% / Supérieur à 81%

11 Critères impératifs



Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100 %
Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100 %
Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96 %
Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100 %
Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	99 %
Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	84 %
L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	100 %
La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	97 %
La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	89 %
La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'établissement	94 %
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	87 %



Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

Critères		
2.4-01	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	21%
2.4-02	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	58%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	75%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins	84%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	79%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%



Actions mises en œuvre ... impératif 2.4.04



Éléments d'évaluation	
Professionnels	Parcours traceur
<ul style="list-style-type: none"> Les EIAS dont les presqu'accidents sont déclarés et partagés. L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc. Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – <i>Association of Litigation and Risk Management</i>). L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS dont les presqu'accidents est suivi. 	

SCORE 84%

- Formation cadres aux **méthodes d'analyse** (ORION)
- Nouvel **outil de déclaration Intranet automatisé** sans papier, garantissant suivi et retour au déclarant, et l'accès analyse par le déclarant, avec cotation (F/G/M), formulaire unique, lien direct avec pilote thématique (retour aux instances possibles)
- Organisation des **CALFEI** (cellules d'analyse locales des fiches d'évènements Indésirables), alimentation PAQ
- Intégrer dans circuit d'analyse **CREX** et instance de pôle pour partager (**CRE**), suivi du PAQ
- Protocoles** : gestion des EI, guide opératoire des déclarations, déclaration EIG, annonce dommage
- Communication** associée : Incollable, schéma synthèse circuit traitement

... au final insuffisant

Ce qui a manqué...



- **Présence professionnels aux CALFEI** : membres trop souvent cadres et difficulté à mobiliser les équipes pour y participer, partager manière d'analyser et capacité d'accompagner les professionnels dans cette dynamique en redonnant toujours le sens (pourquoi fait-on cela ?).
- **Temps d'échanges en équipe** sur les analyses EI mais plus largement sur toutes les évaluations, pour donner du sens à celle-ci, regarder les résultats par équipes, et les plans d'actions associés intégrés au PAQ.
- Faire **parcours traceur sur ce critère** au delà des traceurs ciblés effectués avec le REQUA sur chaque site (d'ailleurs les TC EIG effectués au moment de la certification se sont très bien passés)

Verbatim du rapport public : repérer les éléments concernant l'objectif analysé



analysées en CDU et CME. L'accès du patient à son dossier est facilité. La politique qualité-sécurité des soins est déclinée en actions concrètes, la CME est associée, l'harmonisation des pratiques est en cours. De nombreux groupes de travail sur diverses thématiques impliquent 130 professionnels (EPP chute, EPP douleur...). Cette politique est retrouvée dans les orientations et valeurs de l'établissement. L'exploitation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins est à consolider à l'échelle de l'établissement. Les modalités, pour chaque site, afin de contribuer à prévenir les passages évitables aux urgences des personnes âgées sont à formaliser.

- « Exploitation des indicateurs de qualité et de sécurité de soins (IQSS) à consolider à l'échelle de l'établissement »

dépendance iatrogène est effective. Les équipes évaluent leurs pratiques, des actions issues de ces évaluations sont mises en œuvre (analyse des chutes, jeu « chutopolis » par exemple). Les événements indésirables associés aux soins sont source d'actions d'amélioration. Les résultats cliniques ne sont pas systématiquement analysés par l'équipe et, de ce fait, ne se traduisent pas des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés. L'appropriation par les professionnels de santé de la démarche globale qualité et sécurité des soins, démarche issue de la fusion de 2019 est hétérogène. La crise sanitaire a ralenti la démarche de regroupement

- « Les résultats cliniques ne sont pas systématiquement analysés par l'équipe et, de ce fait, ne se traduisent pas des plans d'actions d'améliorations dont les effets sont mesurés »
- « L'appropriation par les professionnels, issue de la fusion 2019, de la démarche qualité est hétérogène »



ANOMALIE OBSERVEE

Les IQSS nationaux :

- plusieurs équipes rencontrées n'ont pas été en mesure de les citer,
- Lorsqu'on les nomme, la notion d'affichage est exprimée mais les résultats de l'établissement, sur les différents indicateurs ne sont pas connus, e.Satis n'est pas connu de tous.
- Il n'existe pas encore d'analyse de ces résultats par les équipes concernées et donc pas de participation à la mise en place d'actions
- Au détour de trois parcours traceurs (un dans chaque établissement) l'appropriation par les professionnels de santé de la démarche QSE est hétérogène
- Même si certains professionnels peuvent mobiliser des indicateurs IQSS et des EPP, les plans d'actions ne sont ni connus ni partagés au cours de réunion formalisées sur la thématique Qualité Gestion des risques

RISQUE GENERE

- L'absence d'appropriation par l'ensemble des acteurs de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, génère le risque de limitation de l'implication des équipes dans leur capacité à identifier les axes de progrès pour leurs prises en charge et de concevoir collectivement les actions d'amélioration à mettre en place.
- Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

ANALYSE COORDONNATEUR

- La fusion des établissements a été réalisée en 2019, la première CME commune s'est réunie début 2020.
- Certaines équipes rencontrées n'étaient pas en mesure de citer des indicateurs.
- La crise sanitaire et la problématique des ressources rares (médecins et soignants) ont eu pour impact de retarder le travail commun. 130 professionnels sont impliqués dans des groupes de travail qui se réunissent à nouveau .
- Les éléments pour améliorer cette connaissance des indicateurs, et permettre l'analyse des résultats sont réunis.

Notre perception interne ... pôle Santé



- **Contexte d'établissement** à prendre en compte : fusion 3 démarches de certification, culture d'établissement, problématique de recrutement, turnover associés, pandémie, épuisement => au final seulement 2 ans de travaux en commun, relativement peu au regard de l'enjeu mais content d'être arrivé jusque là.
- **Interprétation « anomalie » : dysfonctionnement majeur ou démarche en cours**, être dans une dynamique de construction à trois sur 4 sites différents d'une démarche Qualité unique : certes insuffisant mais permanence de volonté, maintien de l'implication (130 pers, instances...).
- **Effort de communication réel** : explication V2020 à tous les salariés, création journal qualité, Incollables, FORUM (2j avec documents synthèses remis), E. Learning, rencontre qualité/équipes de terrain, déploiement méthode Observation sur le terrain, Création et programmation modules de formation QUALITE, binôme pilotes/qualiticien sur chaque thématique.
- Il nous a semblé percevoir un « **décalage** » entre le rapport public, nos résultats et la création d'une fiche « anomalie » focalisée IQSS bien que la problématique soit plus large sur maîtrise par les équipes du lien entre Evaluation et PAQS.

Notre perception interne ... indicateurs



- **Focalisation IQSS** suspendus 2 ans, dans contexte livraison derniers relevés en 2020 sur données 2019 (COVID) puis septembre 2022 pour données 2021 (rappel notre certification en octobre 2022). Malgré évolution très favorable des résultats en 2019 et 2021. Malgré liste de nos 70 évaluations diverses et variées non différées (REQUA, CPIAS, OMEDIT, FORAP)... Malgré mise à disposition via INTRANET et cadres et présentations dans chaque instance des résultats.
- **E.Satis** depuis 2021 en SSR seulement et hors HDC (questionnement quelles équipes ?) présentés aux CDU, à disposition équipes dans INTRANET
- **Toutes les équipes interrogées** à l'occasion des parcours, patients traceur, audits système, n'ont pas toujours su citer des actions concrètes en lien avec les groupes de travaux, instances ou même de leur propre réflexion d'équipe (IQSS commentés en équipe...)
- **Contradiction** entre volonté construire PAQS suffisamment complets des actions locales de chaque service, de toutes les instances (4/500lignes) et visibilité claire et synthétique : outil inadapté à ce jour et que montrer ? Les synthèses ne semblent pas toujours suffisantes.



2023 ... points d'amélioration

- Réflexion sur la manière de communiquer indicateurs (70 évaluations par an) au plus près des professionnels de terrain, exploitation plus systématique des TdBs livrés
- Associer régulièrement tous professionnels aux analyses EI et autres évaluations, à la lecture des résultats et décisions des plans d'actions associés
- Faire percevoir les liens entre ces évaluations et les plans d'actions concrets qui impactent l'équipe de terrain
- Identifier dans les équipes leurs propres plans d'actions (projet de service), mieux tracer, mieux suivi, savoir les contextualiser dans un ensemble plus vaste de pôle
- Conforter rôle des référents et acteurs des instances comme porteurs d'information et de communication au sein de leur équipe (équipes opérationnelles : douleur, chute, hygiène, médicaments...)
- Favoriser toutes les démarches d'analyse effectuées pour et avec les équipes : PACTE, indicateurs locaux...

Encore devant nous... pour corriger notre faiblesse



2023 ... points d'amélioration

- Accentuer présence de la Qualité au plus près du terrain pour expliquer, accompagner les cadres de proximité dans les explications nécessaires et les liens PAQS/Evaluations, présence qualitiens dans toutes réunions encadrement locales
- Renouveler membres des instances (pas toujours les mêmes) et groupes de travail et les associer plus encore en accentuant le rôle des pilotes pour porter leur thématique à la rencontre des équipes des différents sites
- Intégration dans outil INTRANET un module PAQS performant, rendant plus visible par les équipes de leurs actions
- Associer plus encore les CDU/usagers et développer toutes les démarches qui facilitent l'implication patient : patients experts... etc.



2023 ... et bien au delà

- Encore et toujours l'AFFAIRE DE TOUS, porté par tout l'encadrement
- Travail d'EQUIPE : réorienter communication, travaux, implication, rôles référents
- CADRE de proximité : primordial sa capacité à faire les liens au regard de toutes les informations (nombreuses... trop nombreuses ?) mises à dispositions
- OUTILS adaptés claires, simples et faciles à utiliser
- Donner toute sa place aux PATIENTS et USAGERS dans la démarche globale (malgré critère avancé à 83%)
- Maintenir culture du RISQUE : cartographie... au regard des nouveaux outils d'évaluation et méthodologie de la certification elle-même proche du terrain

... prochaine certification octobre 2026



Aujourd'hui ...

le temps de l'échange et des questions