

Positionner la qualité au plus près du terrain

1 Conforter la dynamique qualité du CHU, certifié A en première intention en 2019

Le CHU Grenoble Alpes est engagé dans une démarche active d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des soins. Le développement de la culture qualité et de la gestion des risques a été placé et continuera d'être placé au cœur des priorités de l'établissement comme un axe indispensable pour atteindre ses objectifs de performance au service des patients.

Cet engagement s'est concrétisé en 2019, par une certification A du CHU Grenoble Alpes par la Haute Autorité de Santé (HAS) après la visite de certification des experts visiteurs (version 2014 de la HAS).

La stratégie et l'ambition de la direction de la Qualité et de la Gestion des risques sont d'accompagner au plus près les acteurs de terrain dans l'amélioration des pratiques, contribuant ainsi à une prise en charge de qualité des patients.

2 Missions

Le précédent projet d'établissement a défini les orientations stratégiques de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques en rappelant les acquis et les axes à améliorer. A l'issue de cette période, et en lien avec les conclusions de La Haute Autorité de Santé force est de constater que des points forts ont été confortés mais il subsiste des axes d'amélioration concernant la démarche de management de la qualité et des risques.

Direction Qualité et Gestion des Risques (DQGR)

La Direction Qualité et Gestion des Risques a subi une réorganisation en 2021 qui a permis à tous les pôles de disposer d'un ingénieur qualité référent et de s'appuyer également sur un technicien qualité responsable notamment du logiciel qualité et des formations liées à ce logiciel (gestion documentaire, signalement, gestion des PAQSS, gestion des CR de CREX/RMM).

Au niveau institutionnel, le Directeur Médical de la DQGR, a intégré le CODIR en étant également membre à titre consultatif à la CME, permettant ainsi un lien au niveau de la gouvernance.

Deux membres de l'équipe de la DQGR ont été retenus par la HAS comme expert visiteur.

La DQGR s'est également recentrée sur la gestion des risques ; le versant usagers étant sous la responsabilité de la Direction des Affaires juridiques et des relations avec les usagers tout en maintenant un lien privilégié avec la CDU et la commission des plaintes complexes.

Comité de Pilotage Qualité et Risque (COPIL Qualité)

Le COPIL GDR se réunit régulièrement pour analyser les actions menées dans le domaine de la qualité, réajuster la politique et prendre connaissance des résultats (indicateurs, inspections réglementaires, suivi de la démarche de certification, définition des priorités). Le COPIL GDR s'appuie sur l'expertise et les actions menées par les comités spécialisés et structures transversales (CLAN, CLUD, CLIN, hémovigilance, COMEDIMS) ainsi que sur les commissions thématiques de la CME et le service d'évaluation médicale (indicateurs nationaux IFAQ).

Plus récemment, ont été intégrés au COPIL deux référents médicaux qualité et deux cliniciens représentants la CME, avec une volonté d'aborder en COPIL des problématiques de terrain issue de signalements d'évènements indésirables sous forme de retour d'expérience.

Logiciel qualité

Le logiciel QUALNET a permis de regrouper les principales données concernant la qualité dans le même outil informatique (gestion documentaire, informatisation du circuit des évènements indésirables, recensement des plans d'actions qualité et formalisation du PAQSS, gestion des alertes sanitaires).

Toutefois l'ergonomie de l'outil et en particulier les modalités de signalements d'évènements indésirables (EI) doivent évoluer afin de faciliter l'accès au signalement pour le déclarant et améliorer la gestion de l'évènement indésirable pour les effecteurs responsables du suivi de l'EI.

Evaluations des Pratiques Professionnelles

L'EPP se développe par le déploiement des retours d'expérience (CREX, RMM et staff EPP).

Des CREX sont actifs dans différents services, la plupart suivis par un membre de la DQSP. Parallèlement, les réunions de morbidité-mortalité et les réunions de concertation pluridisciplinaires en place depuis plusieurs années ont consolidé leur fonctionnement qui est supervisé par la commission EPP de l'établissement. Le taux de praticiens engagés dans une démarche EPP est d'environ 75 %.

Les structures transversales du CHU-GA déploient un important dispositif d'audits et de visites de risque sur les thèmes qui les concernent (douleur, identification, hygiène, pratiques transfusionnelles, circuit du médicament).

A l'occasion de la publication du nouveau référentiel de certification de la HAS publiée en novembre 2020, les modalités d'évaluation des pratiques ont été élargies et les méthodes du patient traceur (déjà en place depuis la version précédente de la certification), parcours traceur, traceur ciblé, audit système ont été déployés.

Démarche qualité externe

Plusieurs démarches qualité externe sont engagées par plusieurs secteurs de l'établissement et les personnels concernés y consacrent une énergie considérable. On peut citer les accréditations COFRAC du Laboratoire de biologie médicale, le renouvellement de l'accréditation JACIE pour la greffe de cellules souches hématopoïétiques, qualification pour l'utilisation des CAR T Cells, renouvellement de la certification ISO9001 pour la DRCI, engagement du Département Biomédical certification ISO9001, engagement dans la certification ISO 50001 concernant le management énergétique pour la Direction des Services Techniques.

Toutefois, et malgré ces différentes organisations, l'analyse du bilan de ces dernières années a conduit à identifier des domaines où des progrès étaient encore attendus, pour attester de l'excellence, en améliorant la traçabilité des actions et en renforçant la sécurité par des organisations à parfaire.

Aussi, ce nouveau projet d'établissement 2022-2026 définit les orientations stratégiques de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques.

3 Axes prioritaires

Dans une perspective de continuité des actions entreprises, le CHU s'est fixé pour principaux objectifs :

- Former : promouvoir et renforcer la qualité des signalements effectués,
- Piloter : diffuser des tableaux de bord d'indicateurs pertinents pour les services,

- Valoriser : démarches d'évaluation, de certification, d'inspection, d'accréditation et de labélisation
- Echanger : faire participer les usagers dans les retours d'expérience,
- Partager : développer une culture qualité partagée sur le territoire.

C'est en se basant sur ces axes forts et structurants que la Direction de la Qualité et gestion des Risques doit poursuivre son travail auprès des équipes soignantes, techniques et administratives.

Axe 1 : Promouvoir la culture qualité et sécurité des soins

La culture de la qualité et sécurité est un ensemble de valeurs, de connaissances, de comportements et de pratiques, individuelles et collectives qui tendent à faire de la qualité et de la sécurité des prises en charge une priorité.

Dans le domaine de la santé, cette culture de la sécurité est un élément primordial pour mener de manière efficace des actions d'amélioration de la sécurité du patient.

Il est maintenant clairement établi que la cause des événements indésirables qui surviennent chez le patient est rarement liée au manque de connaissances des professionnels de santé. Le plus souvent ils sont le fait de défauts d'organisation, de coordination, de communication et d'absence de vérification liés à un manque de culture de sécurité commune.



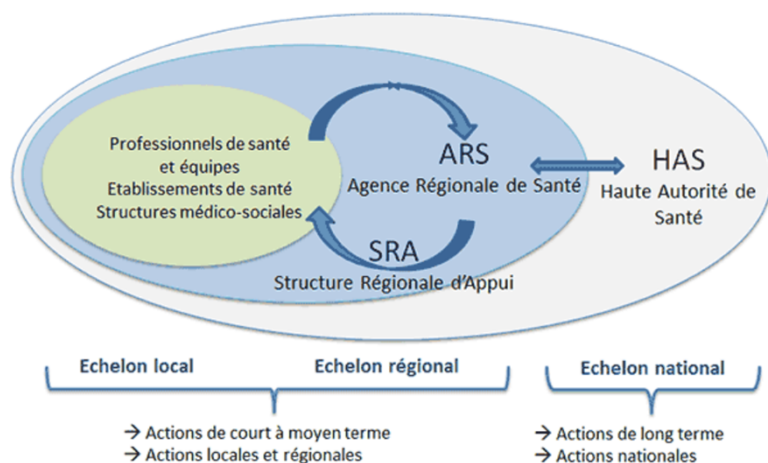
En conséquence, les objectifs de la direction qualité gestion des risques est de :

- **Sensibiliser** les professionnels au **signalement des événements indésirables** en s'appuyant sur la charte de confiance validée par la direction générale, la CME et la direction des soins.

En effet, un professionnel s'impliquera davantage s'il réalise son signalement sans crainte de sanction. Le signalement doit être factuel et sans jugement afin d'établir un climat tourné vers l'amélioration et non punitif. Cependant, ce principe ne peut s'appliquer dans les cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

- **Améliorer la pertinence** du signalement des événements indésirables et notamment des Evènements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS).

Tous les événements indésirables méritent d'être analysés afin de comprendre les raisons de leur survenue et de trouver la façon d'éviter qu'ils se reproduisent et particulièrement les EIGS. Un événement indésirable grave (EIGS) est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent. Les événements graves sont déclarés afin de développer un partage d'expériences aux niveaux régional et national. Le décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIGS précise l'obligation de déclaration de ces EIGS et les modalités de déclaration à l'agence régionale de santé (ARS) puis la transmission par celle-ci à la HAS.

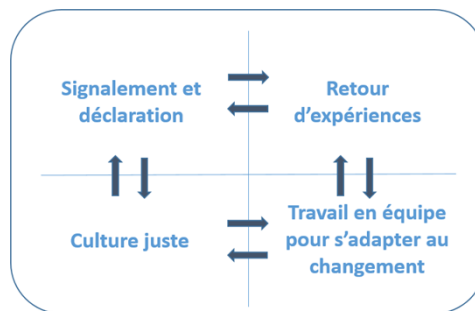


La coordination des acteurs dans la gestion des EIGS (site internet HAS)

- **Evaluer la culture sécurité** (culturomètre). Le partage d'un ensemble de valeurs communes plaçant la sécurité du patient au centre des pratiques fonde le concept de culture de sécurité des soins. L'acquisition de cette culture par tout professionnel conditionne l'application des méthodes de gestion des risques et leur donne du sens. Le recueil des perceptions des professionnels sur des thèmes importants (travail d'équipe, soutien du management, apprentissage par les erreurs) permettra d'identifier des forces et des points d'amélioration.

- **Améliorer la traçabilité et le suivi** des actions correctives et préventives en les intégrant au plan d'actions qualité sécurité des soins des pôles ou de l'établissement. L'analyse approfondie des événements graves permet de proposer des actions correctives. Afin que l'évènement ne se reproduise pas, il est nécessaire de mettre en place ces actions. Le suivi de leur mise en œuvre est nécessaire et permet aux professionnels émetteurs des signalements de percevoir l'utilité du signalement. L'outil de suivi et de traçabilité de ces actions est le Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS).

Les composantes de la culture sécurité :



Au CHUGA, la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé à la culture qualité et sécurité des soins se fait par :

- Une formalisation via des procédures accessibles à tous sur le logiciel de gestion documentaire
- Une sensibilisation des équipes de terrain par les ingénieurs qualité référents de pôle (réunion qualité, interventions en bureau de pôle)
- Des outils de communication (Article qualité dans le flash info avec la fiche de paie / Journal interne dédié à la qualité « L'instant Qualité »)
- Des retours d'expériences lors d'instances (COFIL qualité / Bureau de pôle)
- Une valorisation et une communication autour des démarches qualités des services de l'établissement via le logiciel qualité Qualnet (CR de REX, PAQSS, résultats d'EPP)

- Un outil de signalement d'évènement indésirable ergonomique et fiable : la direction qualité gestion des risques travaille sur un projet de refonte du formulaire de signalement des évènements indésirables, en incluant les utilisateurs. Le but est de faciliter la déclaration et le traitement des fiches afin d'en augmenter le nombre et la pertinence

Axe 2 : Piloter la qualité des soins au plus près des acteurs de terrain

Pour être efficace, le pilotage de la qualité doit s'appuyer sur le management de proximité (binôme cadre paramédical/médical) pour suivre les démarches engagées sur le terrain et valoriser les bonnes pratiques.

Il est indispensable de permettre aux professionnels de s'approprier la démarche qualité et d'en tirer des enseignements.

C'est en objectivant la manière dont les prises en charge sont menées que l'on peut agir sur leur efficacité d'un point de vue médical. Les pistes d'amélioration de la qualité des prises en charge et de leur performance se trouvent le plus souvent dans l'amélioration de l'organisation (recherche de l'efficacité organisationnelle) et des pratiques.

Les tableaux de bord sont donc au service du management et des professionnels. Ils sont formalisés, validés, connus de tous et servent à **communiquer** sur les résultats, les points forts et les axes d'améliorations de chaque service. Ils sont alimentés par des indicateurs.

Un **indicateur de qualité et de sécurité des soins** est un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace.

Les sources de données des indicateurs peuvent être :

- Le dossier du patient : qualité de la lettre de sortie, évaluation de la douleur
- Questionnaire / enquête établissement à visée du personnel hospitalier,
- Enquête satisfaction patient,
- Les bases de données nationales PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), indicateurs nationaux obligatoires (ICSHA, e-satis, niveau de certification HAS, CAQES)
- Des démarches spécifiques à chaque service, qu'il s'agisse de démarches a priori et/ou a posteriori, ayant un lien fort avec la stratégie du service, répondant aussi aux attentes d'amélioration de la part des professionnels.

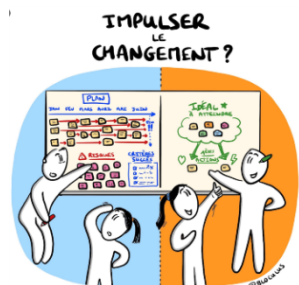
Ex : Résultats et actions à mettre en œuvre suite aux audits, enquêtes de satisfaction, patients traceurs, Staff EPP, RMM, CREX, Cartographies des risques liés aux parcours de soins élaborées par les professionnels.

L'affichage des tableaux de bord dans les services de soins permet une meilleure appropriation des professionnels et un meilleur suivi de la démarche qualité.

Axe 3 : Evaluation, Certification, Accréditation, Inspections, Labélisation

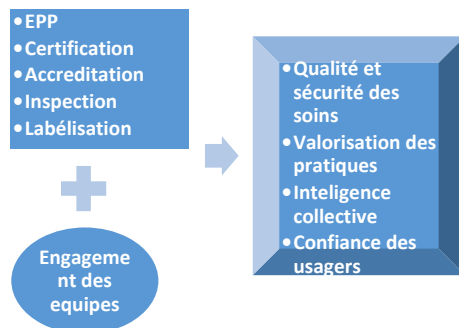
L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est un outil essentiel de la démarche qualité. Sa finalité est l'amélioration continue des pratiques de soins et de la performance des organisations.

Les certifications, accréditations, inspections et labélisations, constituent le socle du dispositif externe de mesure de la qualité. Elles sont un levier majeur pour atteindre l'excellence en s'appuyant sur le respect



des standards nationaux et internationaux. Ces démarches permettent de valoriser l'engagement des professionnels, le développement de l'intelligence collective. Elles confortent le lien de confiance avec les usagers et l'équité d'accès aux soins.

Amélioration continue des pratiques de soins et de la performance des organisations



Nos objectifs :

1- Développer l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en particulier l'analyse de la pertinence et des résultats des pratiques au sein des équipes de soins :

Le CHUGA vise à poursuivre les actions déjà engagées et à développer de façon prioritaire la culture de la pertinence. Pour ce faire, les professionnels mobilisent les méthodes validées par l'HAS. Il s'agit non seulement des EPP/Développement Professionnel Continu (DPC), des Revues de Concertation Pluri professionnelles (RCP) , des Revues Morbidité Mortalité (RMM), des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins, des Indicateurs de pratiques cliniques, mais également des revues de pertinence des pratiques, des exploitations de bases de données, registres, observatoires.

L'établissement vise également pour objectif de développer le partage d'expériences à travers notamment la traçabilité des démarches engagées dans un support unique. Ceci grâce au logiciel de gestion documentaire institutionnel.

L'établissement entend développer l'autonomisation des équipes, des sous commissions et groupes de travail. Il vise également à s'assurer que l'ensemble des actions d'améliorations déployées par les équipes soient intégrés au fil de l'eau et suivi à l'aide du Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Il s'agit de ne plus subir mais devenir acteur et promoteur en développant des démarches innovantes et spécifiques d'évaluation « Mon CHUGA ». C'est la transition progressive d'une logique de moyens à une logique de résultats.

2- Poursuivre la démarche de certification HAS :

En septembre 2019, le CHUGA a été certifié « A » par la Haute Autorité de Santé.

A travers la nouvelle itération de la certification des établissements de santé baptisée « certification pour la qualité de soins », plus proche du terrain, le CHUGA entend :

- développer l'engagement des patients ;
- développer la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat ;
- développer le travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques ;
- Poursuivre son adaptation aux évolutions du système de santé.

Le CHUGA vise à atteindre le plus haut de niveau de certification HAS, une certification avec mention « Haute Qualité des soins ».

3- Développer les démarches d'accréditation spécifiques, les certifications ISO et les labélisations :

Le CHUGA vise à poursuivre les actions engagées notamment l'accréditation JACIE pour les secteurs d'hématologie, la certification ISO à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, l'accréditation COFRAC pour le Laboratoire de Biologie Médicale et à développer :

- les démarches d'accréditation spécifiques notamment l'accréditation COFRAC au sein de l'imagerie médicale ;
- la certification qualité « Qualiopi » pour L'organisme de formation continue et de Développement Professionnel Continu du CHUGA (dénommé « CHU Formateur »), ainsi que tous les instituts de formation initiale gérés par le CHUGA
- les démarches d'accréditation médicales
- les certifications ISO en particulier au sein des services supports (ex : biomédical, blanchisserie, restauration) ;
- les labélisations en particulier au sein des services de soins avec notamment le déploiement du Label « Hospitalité ».

Pour atteindre l'excellence dans ces démarches.

4- Optimiser l'organisation, le suivi des inspections et leurs articulations avec le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins :

Le CHUGA vise à faire des obligations réglementaires et contractuelles des opportunités d'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge. Pour ce faire, il entend mettre en place, un tableau de bord de suivi des inspections, accessible aux directeurs et chefs de pôle, en vue de l'amélioration de la coordination des acteurs concernés pour la préparation et le suivi des PAQSS issus de ce type d'inspections.

5-Poursuivre l'évaluation interne et externe du secteur médico-social dans le cadre de la nouvelle réglementation (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) :

Le CHUGA vise à faire de cette démarche un levier d'amélioration de la prise en charge des patients/résidents.

6-Impliquer les professionnels et atteindre les plus hauts niveaux de performance dans ces démarches :

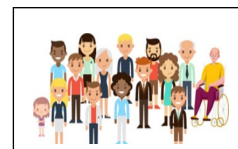
Le CHUGA vise à favoriser l'adhésion des professionnels à la démarche qualité notamment à travers la communication des objectifs et des indicateurs qualité, la promotion des démarches pluri-professionnelles, l'information et la formation régulière. L'implication des acteurs de terrain étant le moteur de l'excellence.

Axe 4 : Placer l'utilisateur au cœur des dispositifs d'amélioration des pratiques

La place des usagers est un facteur clé de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des parcours de soins. Les représentants d'usagers sont présents dans les instances du CHU et dans la démarche de certification HAS et s'engagent de plus en plus directement auprès des professionnels dans une démarche partenariale où leur "expérience patient" est précieuse.

Le CHU s'engage à renforcer leur place dans les réflexions sur le parcours et l'organisation des soins.

Poursuivre la dynamique collaborative engagée avec les usagers



Les retours d'expérience (RETEX) constituent des outils de choix pour l'analyse d'un dysfonctionnement dans une prise en charge. Les méthodes relatives aux RETEX font trop souvent l'impasse sur la participation des usagers alors que cette participation est parfaitement légitime et source de bénéfices individuels et collectifs. Ce recours aux RETEX est particulièrement justifié quand il s'agit de s'interroger sur les parcours de soin et/ou d'accompagnement et leur coordination.

Préparer- Collecter- Analyser-Proposer-Organiser-Partager



Pour cela il est retenu de :

- Impliquer les représentants des usagers en participant au Comité de Pilotage Qualité du CHU Grenoble Alpes
- Favoriser la participation des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité, l'élaboration de documents d'information destinés aux patients (livret d'accueil, fiches d'informations...), la conception de questionnaire de satisfaction
- Poursuivre les collaborations engagées avec les patients experts notamment au travers de leur implication dans les programmes d'éducation thérapeutique
- Associer les patients aux démarches d'amélioration des parcours : recueil de leur expérience lors du déploiement de nouveaux parcours de soins, intégration aux groupes de travail pluri-professionnels
- Impliquer et renforcer le lien avec les usagers dans l'évaluation des pratiques professionnelles à travers leur participation aux méthodes de la HAS : **Patient traceur, Parcours traceur**

La méthode du patient traceur basée sur une rencontre entre le patient et un professionnel de santé extérieur à la prise en charge vise à recueillir la perception du patient au plus près de sa prise en charge (recueil de ses suggestions et d'éléments factuels tels que l'évaluation et le soulagement de la douleur, l'information reçue, la vérification de son identité...)

- Améliorer la qualité de l'écoute du patient et de son entourage
 - en participant à des expériences patient, améliorer le parcours du patient et de son entourage par immersion (AMPPATI) afin de mieux prendre en compte le vécu du patient pour améliorer la qualité des soins
 - Mesurer, par des indicateurs, l'amélioration rapportée par le patient, de son état de santé à la suite d'une prise en charge (PROMs : Patient Reported Outcomes Measures)
 - Dégager des actions d'amélioration issues des synthèses des enquêtes de satisfaction patient (e-satis)
 - Promouvoir le déploiement d'outils de mesures de la satisfaction patient périodiques et ciblés

Axe 5 : Politique Qualité Territoriale

Issue de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), la communauté hospitalière de territoire a été remplacé en 2016, par les Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) dont l'objectif est la coordination de la prise en , avec pour charge commune et graduée du patient, formalisé dans un projet médical partagé, avec pour finalité de renforcer la complémentarité entre les acteurs et d'optimiser la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un parcours de soins.

Elle permet aux établissements publics de santé de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines organisations.

Une définition partagée des parcours de soins contribue à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Cette démarche structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

Poursuivre le développement d'une culture qualité commune
Enjeu : Fédérer les acteurs autour de la prise en charge territoriale des patients

Toutefois et suite à la crise sanitaire liée à la COVID 19, de nombreuses expériences ont permis de mettre en exergue que ce périmètre était trop restrictif, et qu'il fallait envisager de proposer des démarches territoriales incluant tous les établissements de santé du sanitaire mais aussi la ville et le médico-social.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé se sont donc ouverts aux autres établissements du bassin Sud Isère et ont proposé de formaliser une politique qualité territoriale en créant un réseau qualité de territoire « Qual'Isère », dont les missions sont de :

- Impliquer tous les établissements de santé du Sud Isère : CHU, CH, Cliniques MCO, SSR.
- Rédiger une charte de fonctionnement validée par chaque établissement
- Formaliser une politique qualité de territoire
- Echanger entre les différents membres du réseau
- Partager et faciliter les stratégies de mise en œuvre de la Certification
- Promouvoir la culture positive de l'erreur et les démarches qualité au sein du territoire :
 - Encourager le signalement d'évènement indésirable,
 - Partager collégalement l'analyse d'évènements indésirables
 - Déployer des retours d'expérience inter établissements,
 - Créer des commissions de territoire,
 - Réaliser des patients ou parcours traceurs inter-établissements.
- Proposer des axes de travail partagés sur le territoire (audits, protocoles)
- Formaliser et suivre des plans d'actions communs
- Participer collégalement à la définition de parcours de santé sur l'ensemble du territoire

Sur le versant médico-social, il existe 2 filières gériatriques sur le Sud Isère ; des travaux ont été initiés en lien avec la crise sanitaire ; il existe certains dispositifs comme les équipes mobiles en hygiène et il sera important de pouvoir mettre en place un dispositif permettant de coordonner une démarche qualité partagée sur les EHPAD du Sud Isère.

Enfin, le renforcement des liens ville-hôpital est un autre enjeu de la qualité de la prise en charge des patients. En effet, force est de constater qu'une mauvaise préparation de sortie, de mauvaises transmissions entre professionnels peuvent avoir de graves conséquences pour l'usager.

Aussi, il sera important de poursuivre la mise à disposition d'une lettre de liaison exhaustive pour chaque patient, le développement de la conciliation médicamenteuse et l'utilisation du Dossier Patient Informatisé.

De plus, le développement de réseaux de professionnels sera également un atout dans la coopération ville-hôpital en proposant notamment de construire collectivement sur les territoires des prises en charge adaptées et innovantes des patients au sein des parcours de santé en proposant la réalisation de patient traceur en lien avec la médecine de ville.

La politique qualité définie par le CHU Grenoble Alpes repose sur l'engagement et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels et s'organise autour d'axes généraux inscrits dans les orientations stratégiques de l'établissement.