



Centre hospitalier Mémorial Saint-Lô

Pôle Urgences-Réanimation

UF anesthésie

715 rue Dunant

50009 Saint lô

Charte staff Qualité (version du 10/04/2008)

Préambule :

Dans le cadre de la démarche qualité de l'hôpital mémorial Saint Lô, l'UF Anesthésie met en place une gestion des risques.

Le but de la démarche qualité instituée dans l'UF est

- Garantir à chaque patient la prestation d'anesthésie-réanimation nécessaire à une procédure chirurgicale qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale
- Au moindre risque iatrogène,
- Pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins
- au meilleur coût pour un même résultat

Article 1

Sur la base du **volontariat** (gestion des personnels volontaires en annexe 3), les personnels de l'UF d'anesthésie s'engagent à déclarer les événements indésirables, incidents et accidents survenues dans leur pratique, cette déclaration fait l'objet d'une étude visant à améliorer la prise en charge des patients (cf. annexe 4 mode de déclaration).

Article 2

Le Staff qualité :

- Se réunira une fois par trimestre ou sur convocation lorsque cela sera nécessaire en fonction des déclarations d'incident ou d'accident.
- Adaptera la méthodologie employée en fonction de l'ordre du jour suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (cf. annexe 1).
- La coordination de la démarche est assurée par les intervenants en annexe 2. La coordination est à la disposition des signataires pour toute aide méthodologique.
- Pour chaque séance sera déterminé un modérateur interne ou externe à l'UF en fonction de ses compétences, pourront être invités tout intervenant intéressé ou utiles au débat.
- Les équipes ayant pris en charge le patient sont chargées de la présentation descriptive et bibliographique.
- Dans le cadre de présentation de prise en charge selon des recommandations et /ou de formations, le praticien formé ou informé assure la présentation
- A l'issue de la séance les actions d'améliorations font l'objet d'un consensus, la mesure de leur efficacité est définie.
- Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu, dans lequel pour les accidents et incidents les intervenants et les patients sont anonymisés.

Article 3 :

Les praticiens adhérents à cette charte s'engagent à mettre en œuvre les décisions collégiales adoptées et à mesurer leurs efficacités.

Article 4 :

La présente charte fait l'objet d'une déclaration à la sous commission FMC EPP de la CME de l'hôpital Mémorial Saint Lô pour prise en compte de la FMC des praticiens et auxiliaires médicaux volontaires selon les recommandations de la HAS et des Ordres concernés, est communiquée à la direction qualité du Centre Hospitalier Mémorial Saint Lô.

Elle est disponible en salle de réveil, intégrée au classeur des feuilles de déclaration des événements indésirables.

- Annexe 1 -

La méthodologie employée en fonction de l'ordre du jour suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé

L'audit clinique

Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact.

L'audit clinique ciblé (ACC)

L'audit clinique ciblé (ACC) est une méthode d'évaluation des pratiques, de première intention, qui permet à l'aide d'un **nombre limité de critères**, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer.

Le chemin clinique (CC)

Le chemin clinique (CC) est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Le CC, décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution.

Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable.

La maîtrise statistique des processus (MSP)

L'amélioration des processus est à la base de l'amélioration de la qualité.

La MSP utilise une démarche processus.

Les résultats d'un processus sont variables.

Cette variation peut être due à :

- des causes « communes », fréquentes, aléatoires, structurelles, inhérentes au processus étudié ;
- des causes « spéciales », irrégulières, inhabituelles et pour lesquelles une étiologie peut être retrouvée.

Un système ou processus qui n'est soumis qu'à des causes communes est dit « maîtrisé », il est alors prédictible et modélisable.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité s'attache à la diminution de la variabilité des résultats du processus. Pour cela il est indispensable d'identifier le type de causes présentes afin de prendre des décisions adaptées et efficaces. Il faut d'abord dépister les causes spéciales qui rendent le processus imprévisible.

Ensuite on peut diminuer la variabilité résiduelle due aux causes communes, si celle-ci est trop importante, en modifiant le processus lui-même.

La MSP permet l'identification du type de comportement d'un indicateur : prédictible (causes communes) ou non prédictible (causes spéciales).

Elle nécessite des outils spécifiques dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La démarche d'amélioration de la qualité (cycle de type PDCA de Deming) fait partie intégrante de la MSP.

L'outil dont se sert la MSP pour diagnostiquer le comportement de l'indicateur est constitué par la carte de contrôle ou de suivi de l'indicateur (associée au journal de suivi).

La carte de contrôle est spécifique d'un indicateur.

Cette carte comporte une ligne centrale et deux limites (une inférieure et une supérieure). Ces 3 lignes sont calculées selon les formules mathématiques validées en vigueur (annexe 2 et normes Afnor et ISO).

Les valeurs de l'indicateur sont reportées chronologiquement sur cette carte.

Le franchissement d'une limite manifeste la présence d'une cause spéciale.

L'évolution de l'indicateur à l'intérieur des limites manifeste un comportement stable, maîtrisé, soumis seulement à l'influence de causes « communes ».

La revue de mortalité morbidité (RMM)

La revue de mortalité morbidité (RMM) a pour objectif l'analyse de tous les décès et de certains accidents morbides prédéterminés ou non, au sein d'un service. L'analyse se fait avec l'ensemble des médecins du service, la participation d'autres membres de l'équipe est la règle dans certains services.

L'objectif est de :

- porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
- s'interroger sur le caractère évitable de l'événement (morbide ou léthal) ;
- rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge.

La revue de pertinence des soins

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

Le staff-EPP

Il s'agit d'une démarche entre professionnels qui associe successivement :

1. une revue de dossiers préalablement sélectionnés de manière explicite par l'équipe et qui fait émerger un questionnement sur des domaines variés (modalités de prise en charge, diagnostic, traitement, pronostic, iatrogénie, qualité et efficacité des soins, cas clinique, etc.) ;
2. une revue bibliographique sélectionnant les meilleures références (niveau de preuve) qui permettent d'apporter des réponses aux questions posées par la revue de dossiers ;
3. une discussion entre professionnels lors d'une réunion appelée staff-EPP afin d'apprécier la validité, l'utilité et l'applicabilité des références sélectionnées pour répondre aux questions posées. Pour cela on utilise une démarche médicale basée sur les preuves (Evidence Based Medicine ou EBM) qui intègre les meilleures références disponibles couplées à l'expertise des praticiens et tenant compte des choix des patients ;
4. des actions d'amélioration et de suivi sont alors mises en place selon des modalités explicites (rédaction/actualisation de protocoles, chemin clinique, audit, suivi d'indicateurs, enquête de satisfaction patient, etc.).

- Annexe 2 - Les coordinateurs de cette démarche

Dr El Baroudi Saïd responsable de l'UF
Dr Gauneau Pascal DU gestion de la qualité dans les établissements de santé
Le secrétaire de séance est Mme Roussel Françoise cadre IADE.

* * * * *

- Annexe 3 - Les personnels volontaires

Pour chaque séance il est constitué une feuille d'émargement.
La participation aux séances est récapitulée et constitue la liste des personnels volontaires.

* * * * *

- Annexe 4 - Fiche de déclaration des incidents et accidents

Cette fiche fait l'objet d'une mise à jour en fonction des observations au cours des staffs qualité.

Il est envisager de l'informatisée dans le cadre d'un intranet via le poste informatique prévu dans le bureau des médecins anesthésistes, et/ou de la salle de réveil.

Elle est disponible sur l'ordinateur du bloc opératoire à l'adresse : c : //mes documents/anesthésie/....., ou en forme papier dans le classeur disponible dans la salle de réveil.

Validée le 10/04/2008 lors du staff EPP

Le comité de coordination :
Dr El Baroudi Saïd
Dr Gauneau Pascal
Mme Roussel Françoise cadre IADE