

Politique Qualité

Gestion des Risques

Intégrer la Qualité et la Gestion des Risques
dans les pratiques professionnelles

Centre Hospitalier Charles Perrens

Novembre 2022


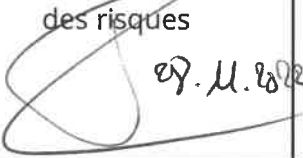
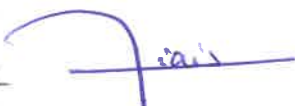


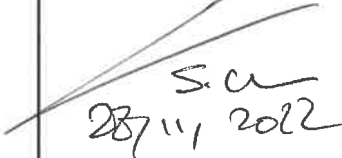
	Rédaction	Validation	Approbation
Nom : Fonction : Date : Visa	G. LELIEVRE Ingénieure Qualité Gestion des Risques  24/11/22	H. LABRUNIE Directrice des usagers, de la qualité et de la gestion des risques  27.11.2022	T. BIAIS Directeur 28/11/2022 
Nom : Fonction : Date : Visa	Dr B. LASSERE Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins 25.11.2022 	M. FLOREAN Coordonnateur général des soins le 28. M. 2022 	Dr S. GARD Président de la CME  28/11/2022

Table des matières

Introduction	3
I. Cadre réglementaire	4
II. Acteurs du système de management Qualité Gestion des Risques	5
II. 1. Pilotage institutionnel.....	5
II. 2. Pilotage opérationnel	5
III. Objectifs stratégiques de la politique Qualité, Gestion des Risques	6
III. 1. Pérenniser la démarche Qualité et Gestion des Risques au-delà des visites de certification	6
III. 2. Décloisonner les pôles médicaux, administratifs et logistiques en développant une démarche transversale	6
III. 3. Mettre en place un management par la qualité au niveau des pôles	6
III. 4. Prendre en compte les évolutions réglementaires, les problématiques de santé publique et de développement durable	7
III. 5. Prendre en compte les évolutions structurelles du groupement de territoire	7
III. 6. Maitriser les risques	7
✓ Prévenir les risques associés aux soins.....	7
✓ Prévenir les risques professionnels.....	7
✓ Prévenir les risques liés aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).....	7
✓ Prévenir les risques numériques	8
III. 7. Promouvoir l'engagement et l'implication du patient et de ses proches tout au long de son parcours de sa prise en charge.....	8
IV. Mise en œuvre	8
V. Communication.....	8
VII. Évaluation au travers d'indicateurs de réalisation et de suivi.....	9
VIII. Glossaire	9



Introduction

Les orientations de la politique Qualité Gestion des Risques définies ci-après s'inscrivent de manière pérenne dans le management de l'établissement.

La prévention et la gestion des risques associés aux soins sont des enjeux majeurs des pratiques médico-soignantes. Le projet médical 2020-2024 est organisé pour cela autour de 3 orientations stratégiques :

- Prolonger l'adaptation de l'offre de soins et développer les activités, dans le respect du double virage, ambulatoire et inclusif ;
- Promouvoir l'ouverture de l'hôpital Charles Perrens sur la ville et son territoire et renforcer la démocratie sanitaire ;
- Renforcer la fonction de recours de l'établissement, la recherche et l'innovation.

La politique QGR est donc portée par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et conduite par cette instance, au travers notamment du Comité Risques et Qualité (CRQ).

La politique Qualité Gestion des Risques de l'établissement met en lien le Projet d'Etablissement, le Programme d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), les risques identifiés au sein de l'établissement, l'expression des patients et les enjeux de la certification dans le cadre d'une démarche complémentaire, à la fois descendante et ascendante, qui engage la direction de l'établissement.



I. Cadre réglementaire

La politique qualité de l'établissement est définie en conformité avec les textes réglementaires suivants :

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et au territoire.
- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Etablissement dans les établissements publics de santé (notamment articles L.6144-1, L.6144-2, L.6144-2-1, L.6144-2-2) ;
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les Evénements Indésirables Associés aux Soins dans les établissements de santé (Article L.6111-2) ;
- Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les Evénements Indésirables Associés aux Soins dans les établissements de santé ;
- Circulaire DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ;
- Circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé ;
- Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des Evénements Indésirables Graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ;
- Le référentiel HAS « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins » version 2023 organisé en 3 chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement.
- Décret n°2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

Et au règlement intérieur de la CME octobre 2016.

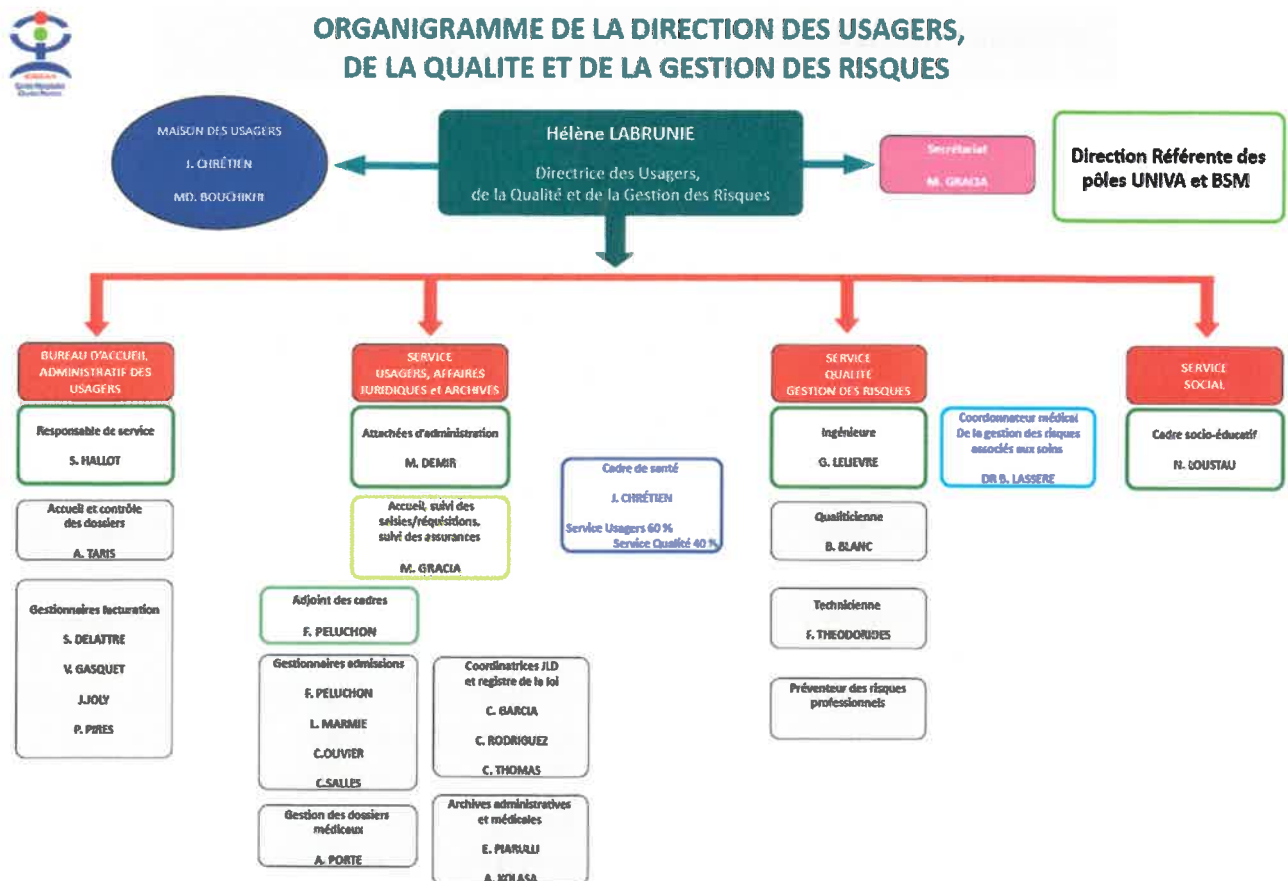


II. Acteurs du système de management Qualité Gestion des Risques

II. 1. Pilotage institutionnel



II. 2. Pilotage opérationnel



Novembre 2022



III. Objectifs stratégiques de la politique Qualité, Gestion des Risques

III. 1. Pérenniser la démarche Qualité et Gestion des Risques au-delà des visites de certification

- Répondre à la démarche d'amélioration continue concrétisée via l'actualisation régulière du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) et la prise en compte des risques identifiés par l'établissement ;
- Coordonner le réseau de référents Qualité et Gestion des Risques, des pilotes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), des pilotes de groupes de travail, en cohérence avec l'action des référents et correspondants des différents domaines de risques ;
- Maîtriser le processus de gestion documentaire via la plateforme de Gestion Électronique des Documents (GED) ;
- Acculturer les professionnels à la qualité et à la sécurité des soins et déployer annuellement des campagnes de communication ;
- Recueillir et analyser les indicateurs nationaux et locaux ;
- Poursuivre et actualiser annuellement un programme global d'audits et enquêtes internes ;
- Pérenniser la démarche d'évaluation en utilisant les traceurs sur l'ensemble des pôles ;
- Poursuivre les démarches d'EPP et favoriser la mise en place de nouvelles EPP, les faire connaître aux professionnels et informer la CME sur leurs évolutions ; En faire le bilan annuel.
- Développer une culture de la pertinence et de l'évaluation tout au long du parcours de prise en charge du patient.

III. 2. Décloisonner les pôles cliniques, administratifs et logistiques en développant une démarche transversale

- Pérenniser l'approche par thématique auprès des professionnels ;
- Accompagner les pilotes / référents dans la conduite des groupes de travail dans l'élaboration des plans d'action et la mise en œuvre des actions ;
- Poursuivre la contractualisation interne permettant la définition d'objectifs et le suivi d'indicateurs (contrats de pôle).

III. 3. Mettre en place un management par la qualité au niveau des pôles

- Implanter une gestion de la qualité et des risques de proximité en renforçant la démarche de gestion des risques ;
- Pérenniser la communication auprès de l'encadrement de proximité afin de renforcer son implication dans l'acculturation à la qualité-sécurité des soins, et l'information descendante auprès des équipes ;
- Développer l'évaluation de la pertinence des actes et des prises en charge (EPP, audits) dans tous les pôles, en impliquant les professionnels ;
- Mettre en place des référents QGR à deux niveaux : dans les pôles (un binôme de cadre de santé et dans chaque unité (le binôme cadre de santé et responsable d'unité).
- Contribuer à la définition d'objectifs Qualité Gestion des Risques dans les projets de pôles et évaluer leur mise en œuvre à l'aide d'indicateurs qualité ;
- Utiliser les résultats des indicateurs pour l'actualisation des projets de pôles.



III. 4. Prendre en compte les évolutions réglementaires, les problématiques de santé publique et de développement durable

- Développer les alternatives à l'isolement/contention et prendre en compte les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et les instructions réglementaires ;
- Développer la traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire, la mise en place d'outils d'évaluation, et poursuivre la sensibilisation des professionnels sur cette thématique ;
- Optimiser la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs ;
- Développer le dépistage des troubles nutritionnels pour les populations cibles ;
- Repérer les addictions et proposer une aide au sevrage ;
- Repérer les troubles de la déglutition et prévenir les fausses routes ;
- Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance ;
- Promouvoir une politique de développement durable et de sobriété selon quatre axes : social, environnemental, énergétique et économique.

III. 5. Prendre en compte les évolutions structurelles du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

- Développer les analyses de causes inter-établissements dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Alliance Gironde ;
- Favoriser la mise en place d'EPP inter-établissements particulièrement au sein du GHT ;
- Participer aux groupes du GHT dans la perspective de mise en place d'actions communes.

III. 6. Maîtriser les risques

✓ Prévenir les risques associés aux soins

- Poursuivre les Analyses Approfondies des Causes (AAC) ;
- Poursuivre le déploiement des Comités Retour Expérience (CREX) ;
- Respecter les bonnes pratiques à toutes les étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation, transport, stockage et administration) ;
- Identifier et maîtriser l'utilisation des médicaments à risque ;
- Maîtriser le risque infectieux : connaître et appliquer les règles relatives à l'hygiène des mains, aux précautions standards et complémentaires ;
- Maîtriser la gestion des urgences vitales.

✓ Prévenir les risques professionnels

- Poursuivre l'acculturation autour de l'évaluation des risques professionnels et du Document Unique d'Évaluation des Risque Professionnels (DUERP) ;
- Impliquer l'encadrement médico-soignant, technique et administratif dans la prévention des risques professionnels.

✓ Prévenir les risques liés aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

- Organiser annuellement la réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (Dispositifs ORSAN, Plan blanc) ;
- Réaliser un exercice annuel et analyser le RETour d'EXpérience associé (RETEX) ;



✓ Prévenir les risques numériques

- Formaliser et diffuser les conduites à tenir en cas d'incident / d'attaque (contact du référent de la sécurité du numérique, mise en œuvre des procédures dégradées...)
- Communiquer à l'ensemble des professionnels les mesures de de prévention des risques numériques (mots de passe régulièrement changés...)

III. 7. Promouvoir l'engagement et l'implication du patient et de ses proches tout au long de son parcours de sa prise en charge

- Recueillir et analyser la satisfaction et l'expérience du patient par différents outils : questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction, plaintes et réclamations ;
- Recueillir l'expression du patient par la méthode du patient traceur ;
- Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits (participation aux EPP, informations en Commission Des Usagers (CDU)...).
- Encourager le patient à devenir acteur de sa prise en charge ;
- Favoriser et prendre en compte l'expertise patients (patients expert, médiateurs santé pairs, ...)

IV. Mise en œuvre

La déclinaison de cette politique est assurée par un Programme d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

Le PAQSS est défini sur la base d'une approche par thématiques mise en lien avec les 15 objectifs du référentiel de certification. Ce programme prend en compte les politiques nationales et les exigences de la HAS. Il prévoit la mise en œuvre des actions nécessaires pour répondre aux engagements fixés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'établissement (CPOM) en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

Le PAQSS est un document qui centralise, garde en mémoire et permet le suivi des différentes actions d'amélioration mises en œuvre au sein de l'établissement à la suite d'audits, d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, de recueil d'indicateurs, d'instances, de groupes de travail, de la visite de certification, de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), des Analyses Approfondies des Causes (AAC), etc...

Pour l'ensemble des actions composant ce programme, un ou des pilote(s) sont nommés et un délai de réalisation est fixé. Ce programme est assorti d'indicateurs de réalisation et de suivi.

V. Communication

Cette politique est soumise aux différentes instances de l'établissement. Présentée sous cette forme actualisée, la politique Qualité Gestion des Risques est diffusée aux professionnels et publiée dans la plateforme de Gestion Électronique des Documents et sur l'intranet du CHCP.



VII. Évaluation au travers d'indicateurs de réalisation et de suivi

Diverses modalités d'évaluation de cette politique Qualité Gestion des Risques sont mises en œuvre :

- Actualisation annuelle des contrats de pôle (avec annexe Qualité Gestion des Risques) signés dans les pôles cliniques et médico-techniques et leur niveau de réalisation ;
- Nombre de secteurs (logistiques et techniques notamment) engagés dans une démarche qualité de type ISO ;
- Evolution des Indicateurs Sécurité des Soins (IQSS) ;
- Taux de satisfaction des patients (questionnaire de sortie, enquête de satisfaction...)
- Taux de mise en œuvre des actions et suivi des indicateurs du PAQSS ;
- Nombre de signalements d'Événements Indésirables, d'Analyses Approfondies des Causes et de déclaration à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- Nombre de CREX, de traceurs, d'audits et enquêtes, d'EPP.
- Suivi des indicateurs GED (nouveaux documents, document révisés).

VIII. Glossaire

CAOEI	Cellule Opérationnelle d'Analyse des Evènements Indésirables associés aux soins
CAEINS	Cellule Opérationnelle d'Analyse des Evènements Indésirables non liés aux soins
CDU	Commission Des Usagers
CFMC	Commission Formation Médicale Continue
CHCP	Centre Hospitalier Charles Perrens
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIV	Cellule d'IdentitoVigilance
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CMDMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CME	Commission médicale d'établissement
CRQ	Comité Risques et Qualité
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSST	Cellule Santé et Sécurité au travail
CTE	Comité Technique d'établissement
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DUQGR	Direction des Usagers, Qualité Gestion des Risques
EIAS	Evènement Indésirable Associés aux Soins
EIG	Evènement Indésirable Grave
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
GED	Gestion Electronique des Documents
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IQSS	Indicateurs Qualité Sécurité des Soins
PAQSS	Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins
RETEX	RETour d'EXérience



