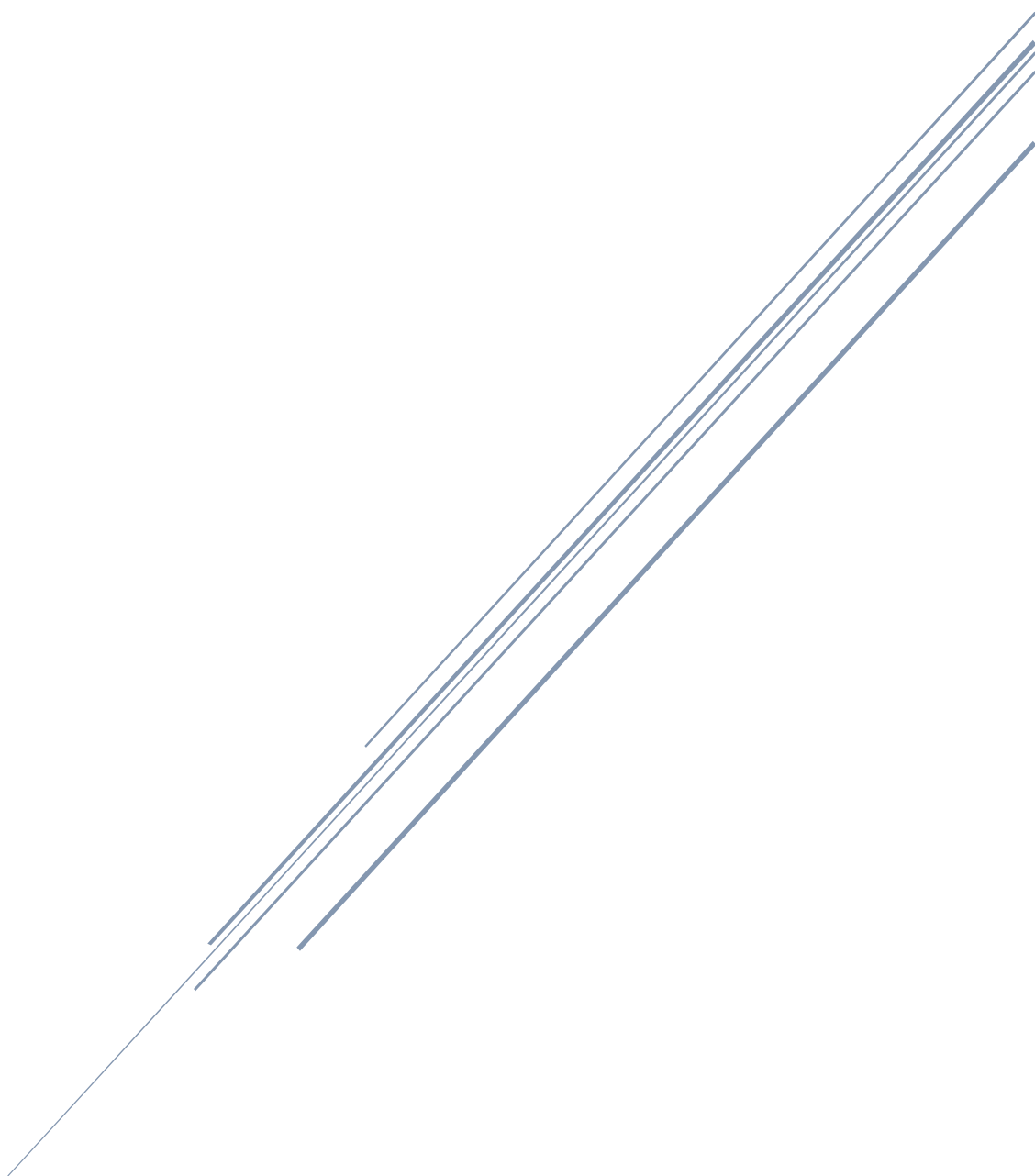


# POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES 2017-2022

*Annexe PE 2017 -2022*



Fondation Bon Sauveur d'ALBY  
Juillet 2017

# SOMMAIRE

|                                                       |              |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| Charte d'engagement                                   | Page 1 à 4   |
| I – Evolution de la démarche 2000-2016                | Page 5 à 6   |
| II- Gouvernance et organigramme                       | Page 7 à 8   |
| III Le suivi des certifications                       | Page 9 à 21  |
| IV Les résultats V2014 et le suivi                    | Page 22 à 24 |
| V Le PAQSS 2017 -2022                                 | Page 25 à 22 |
| VI Le renforcement de la culture de sécurité          | Page 28 à 29 |
| Annexe 1 Rôles et missions des Comités et Commissions |              |

# Charte d'engagement Qualité 2017-2022

## Contexte

---

La Fondation Bon Sauveur d'Albi a été reconnue d'utilité publique en 1982 et gère plusieurs établissements dans le secteurs sanitaire et médico –social.

Au sein de la Fondation, le Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet est un établissement sanitaire de santé privé d'intérêt collectif dont la mission est de dispenser des soins de santé mentale à la population adulte et infanto-juvénile du nord du département du Tarn. Réglementairement il est soumis aux procédure de certification des établissements de santé visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique conduite par la Haute Autorité des Santé (HAS)

Le secteur médico social est soumis à l'obligation de mise en oeuvre de l'évaluation externe énoncée dans le Code de l'action sociale et des familles (article I 312-8).Le décret 2007-975 du 16 mai 2007 précise différents éléments concernant la nature et le déroulement de l'évaluation externe. L'organisme évaluateur doit avoir l'agrément de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux ANESM : l'annexe 4 de la circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

La Fondation s'engage à développer une politique de responsabilité sociétale environnementale par une gestion économique efficiente, des établissements socialement intégrés et écologiquement respectueux

## Orientations de la politique qualité gestion des risques

---

La Fondation Jamet oriente sa politique qualité gestions des risques vers le développement de la culture de sécurité de sécurité, le respect des droits et le bien-être de l'usager

Elle s'engage à répondre aux orientations et directives des tutelles et aux exigences réglementaires propres à ses activités. Elle répond à la politique de santé définie pour le territoire en veillant à la mise en application du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens défini avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Afin de mesurer régulièrement le niveau des prestations qu'elle propose, la Fondation s'implique fortement dans les démarches qualité gestion des risques réglementaires en lien avec les cycles de la certification HAS, des évaluations externes ANESM, des démarches volontaires de type ISO.

## Objectifs qualité gestions des risques communs à l'ensemble des activités

---

Pour l'ensemble des établissements les valeurs communes reposent sur :

- Une attention particulière au respect des droits des usagers avec un engagement fort de chaque professionnel
- Le développement de la culture de sécurité par :

- ↳ la poursuite du soutien institutionnel au signalement des événements indésirables
- ↳ les apports conceptuels pour :
  - pour identifier les typologies d'échecs des démarches et le niveau de maturité de des démarches
  - pour développer le retour d'expérience (REX)
  - pour poursuivre l'approche processus
- Le développement du travail en équipe
- La promotion de la qualité de vie au travail
- Le recours régulier à l'évaluation afin de mesurer la qualité, la sécurité des soins
- Le développement du « tout numérique » avec l'utilisation d'une gestion électronique des documents

Afin de concourir à l'amélioration continue des services apportés à la population, les établissements mettent en place, en fonction de leur organisation définie un contrat (conventions, pôles, secteurs, services) qui énonce les engagements pris en matière d'amélioration de la qualité et gestion des risques. Ces indicateurs mesurent l'application de ces contrats.

## **Objectifs de la politique qualité gestion des risques des établissements medico sociaux**

---

- Le projet d'établissement
- Garantie des droits individuels et collectifs
- La personnalisation de l'accompagnement
- L'accompagnement de l'usager permettant la promotion de son autonomie, de sa qualité de vie, de sa santé et de sa participation sociale
- Le Cadre de vie
- La Sécurité et Gestion des risques
- L'établissement dans son environnement
- L'organisation générale de l'établissement

## **Objectifs spécifiques de la politique qualité gestion des risques du CHSPJ**

---

Dans le cadre de la démarche qualité gestion des risques instaurée, la politique adoptée vise à concentrer les efforts sur

### **L'optimisation des soins dans le cadre parcours du patient et de sa prise en charge**

- L'accueil du patient et la continuité des soins,
- Le fonctionnement intra-service,
- Le fonctionnement interservices,
- La complémentarité avec les partenaires extérieurs (soins de premiers recours, les autres établissements sanitaires et médico sociaux, le GHT)

**La qualité et la sécurité des soins, et en particulier :**

- La liberté d'aller et venir
- L'organisation de la prise en globale des patients (somatique, psychiatrique) intégrée à son parcours
- Le projet thérapeutique individualisé (projet de soins personnalisé)
- La prévention du risque suicidaire
- La prévention de la violence
- La prise en charge médicamenteuse et la prévention du risque iatrogène
- La prise en charge de la douleur et de la souffrance
- La prévention du risque infectieux

**La bonne tenue du dossier patient****Le développement et le suivi des évaluations**

- Les évaluations des pratiques professionnelles
- La méthode patient traceur
- L'approche processus, les cartographies, les cartographies des risques à priori, la réévaluation du PAQSS en lien avec les cartographies des risques
- La méthode PACTE (programme d'amélioration continu du travail en équipe)
- Les visites de risques
- L'audit processus
- La mise à jour du compte qualité HAS

**Le suivi des IQSS (indicateurs qualité sécurité des soins)****Les autres indicateurs (seuils d'alerte)****Engagement de la direction des établissements concernant les moyens à fournir**

---

La direction de l'établissement poursuit son engagement à mettre à disposition les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique qualité gestions des risques, au déploiement des objectifs et à l'amélioration continue du système de management par la qualité gestion des risques.

## **I – Evolution de la démarche 2000-2016**

### **1.1 Le contexte évolutif de la démarche Cf.annexe 1**

---

La démarche qualité a été initiée à la Fondation Bon Sauveur d'Albi en 1995, au travers d'une expérience franco-canadienne d'évaluation avec l'A.P.A.Q.U.E.S.M...

Sur les années 1997 à 2000, les principaux travaux menés ont été :

- l'évaluation de la qualité du dossier patient,
- l'évaluation de l'organisation de la sécurité et la prévention des incendies,
- la mise en œuvre d'un système d'évaluation du personnel,
- l'auto-évaluation en vue de la première visite de certification qui s'est déroulée en mars 2000.

C'est par la mise en place d'un service qualité et la nomination d'un responsable, que la Fondation a pérennisé la dynamique à partir de 2002.

La culture de l'évaluation interne s'est développée à partir de 2003 (audits, Évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP), suivi et préparations des visites de certification pour le secteur sanitaire, mise en œuvre des évaluations internes et externes pour le secteur medico sociaux)

A compter de fin 2009, sous l'égide du nouveau directeur des établissements, une série de restructurations organisationnelles a été mise en place .L'objectif in fine étant le management par la qualité et la gestion des risques de l'ensemble des structures sanitaires et médicosociales

Ces re organisations ont conduit le rattachement du service qualité, hygiène, gestion des risques, au directeur des établissements en 2013.

Depuis, les objectifs de la démarche sont de créer une vision stratégique, décloisonnée, transversale et d'ancrer au cœur de l'institution une véritable culture de la qualité et de la sécurité, irriguant tous les secteurs d'activités, valorisant à la fois les efforts de chacun et le travail en équipe.

Cette volonté repose sur un socle structuré, comprenant des objectifs clairs et connus de tous.

## **1.2 BILAN QUADRIENNALE de la POLITIQUE QUALITE GESTION des RISQUE 2013- 2014-2015-2016**

---

Le bilan quadriennal de la politique qualité gestion des risques et de ses modalités de pilotage validées par la direction générale et la CME en 2013 au regard des textes ci-dessous :

- La loi de modernisation de notre système de santé janvier 2016
- La Loi Hôpital Santé Territoire
- Décret 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé.
- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves
- Décret 2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé
- Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- 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.

Indiquent des forces et des faiblesses

### **Les forces :**

L'ensemble des comités commissions groupes EPP, groupe de travaux, l'implication des personnes ressources et expertes dans leur domaine mandatés par le Directeur des établissements en lien avec le bureau de la CME montre leur bon fonctionnement dans la durée. A cela s'ajoutent le Comité de revue de dossier (CREDO), les directoires de pôle qui comportent systématiquement une thématique qualité gestion des risques avec les suivis des indicateurs. Des décisions stratégiques peuvent être prises.

Le réseau des référents qualité sécurité des soins (cadres de proximité), est quant à lui le socle du développement de la démarche qualité et gestion des risques sur le terrain, au plus proche des usagers. Les référents qualité sont les garants de la culture qualité et gestion des risques et de la vie de la démarche qualité dans les différents services.

Tous s'impliquent, de manière active et pérenne, dans les réflexions sur les démarches qualité de prise en charge du patient à la CME, au sein du Comité de pilotage Qualité, de la sous-commission CME pilotage des EPP ainsi que dans les différents comités et groupes de travail représentés ci-dessous.

L'implication du Directeur des établissements dans le management par la qualité depuis 2013 sa participation aux différents comités de pilotage (qualité, gestion des risques), aux comités opérationnels, ses visites terrain participent aussi développement de la culture de sécurité.

### **Les faiblesses :**

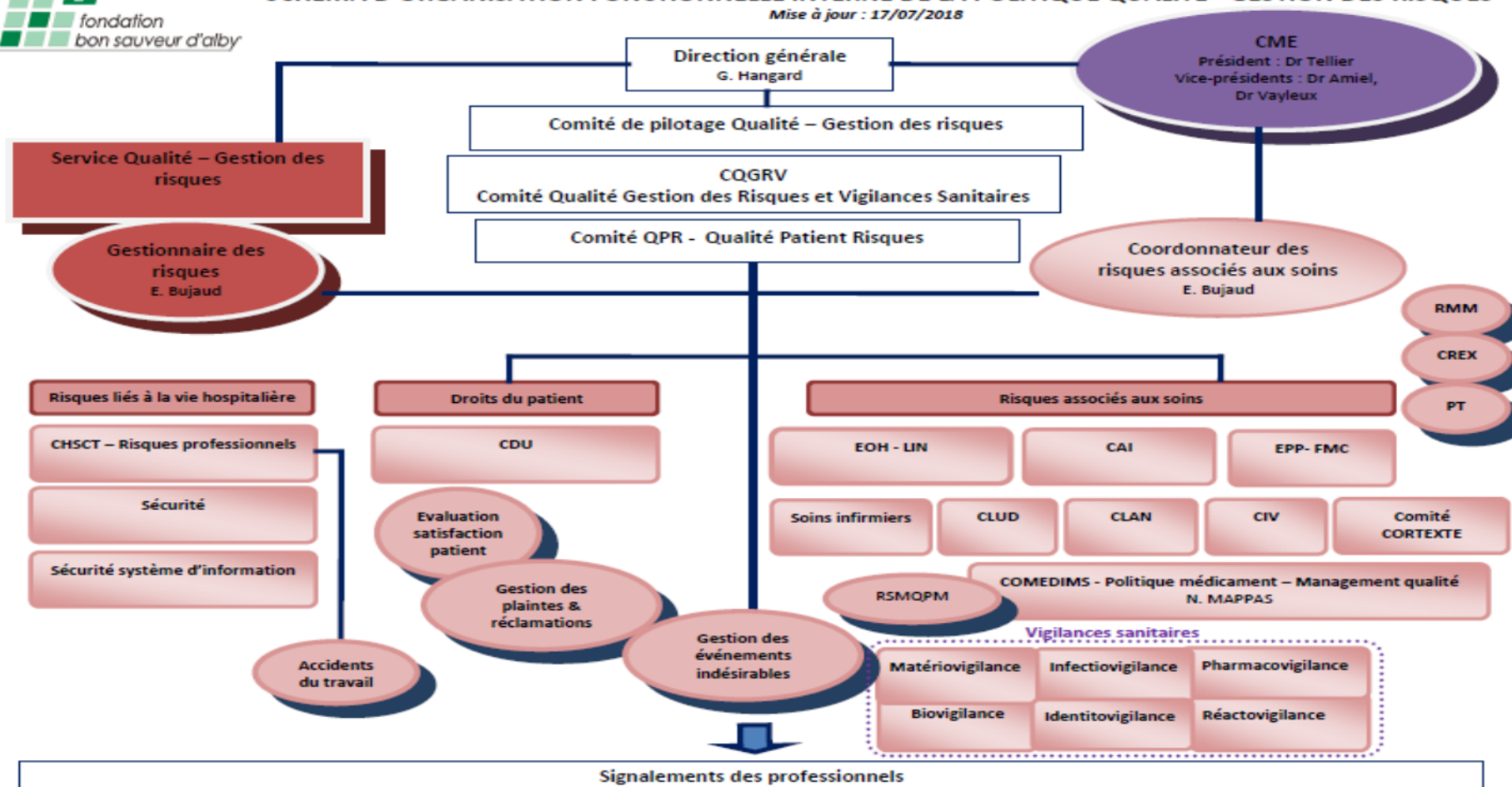
Selon les comités les acteurs peuvent avoir des difficultés pour participer

## II – GOUVERNANCE ET ORGANIGRAMME QUALITE GESTION des RISQUES 2017- 2022



### SCHEMA D'ORGANISATION FONCTIONNELLE INTERNE DE LA POLITIQUE QUALITE - GESTION DES RISQUES

Mise à jour : 17/07/2018





## **2.1Axes 2017-2022 Comites – Commissions**

*Cf. annexe 1 les rôles et missions des différents comités, commissions*

### **a- Organisation :**

Afin d'améliorer les taux de participation de certains comités ou commissions :

Mettre en œuvre une suppléance, des présidents avec les vice- présidents et autres membres

### **b- Les évolutions concernant le Copil qualité gestion des risques et vigilances sanitaires**

Développer au sein du comité :

- **les risques liés au système d'information (sécurité informatique) :**  
L'établissement étant en pleine évolution concernant le numérique élargir le comité à la sécurité informatique (cadre de la cybercriminalité)

## **C- La gestion des événements indésirables**

Lors de la mise en œuvre des nouvelles applications dans le logiciel « Blue Medi Santé » , inclure les formulaires réglementaires concernant l'ensemble des vigilances sanitaires .L'objectif étant la traçabilité informatisée pour l'établissement

### **c- Formation**

Prévoir la formation des vigilants à l'utilisation du logiciel BMS (blue Medi Santé)

### **III– Le suivi des certifications HAS V1 à la visite V2014 du CHSPJ**

#### **3-1 Le suivi-V1-V-V2010**

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière introduit la l'accréditation et la certification au sein du système de santé français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisent les visites de certification sur la base du manuel de certification. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé tous les 5 ans.

Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé concernant.

- Le niveau des prestations et soins délivrés aux patients,
- La dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements

La première visite V1 d'accréditation de l'établissement a eu lieu en 2000, suivi d'un contrôle sur certains critères en 2002. La deuxième visite V2 s'est déroulé en 2005, la troisième V2010 en 2010. *Voir les résultats ci-dessous*

**La V2014 s'est déroulée en mars 2015 .Les modalités de préparation, d'investigation ont été très différentes des 3 premières.**

## HAS Suivi accréditation certification V1 –V2-V10 2000-2010

| V1 1 <sup>er</sup> e ACCREDITATION 2000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | V1 VISITE CIBLEE Juin 2002                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | V2 ACCREDITATION Sept 2005                                                                                                                                                                                                                                             | V2010 ACCREDITATION Mai 2010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1<sup>er</sup> acte 4 recommandations</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer l'information et les réflexions avec le patient sur les bénéfices et les risques des traitements</li> <li>2. Formaliser les responsabilités médicales des unités fonctionnelles et au sein des structures intersectorielles</li> <li>3. Engager une politique assurant la confidentialité de la transmission des informations concernant le patient</li> <li>4. Renforcer une politique globale de vigilance sanitaire prenant en compte la sensibilisation et la formation des professionnels</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>2 réserves :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser le circuit du médicament depuis la prescription initiale, la dispensation par le pharmacien jusqu'à l'administration</li> <li>2. Mettre en assurance qualité la procédure de stérilisation</li> </ol> | <p><b>2<sup>ème</sup> acte</b></p> <p><b>Objectif : lever les 2 réserves</b></p> <p>Au vu des éléments fournis et des constatations faites par les experts-visiteurs, le Collège de l'Accréditation a décidé de lever les réserves et a invité l'établissement à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.</p> | <p><b>2 recommandations</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veiller au respect de l'intimité et de la dignité des patients</li> <li>2. Renforcer la mise en œuvre d'une gestion de la disponibilité des lits adaptée à chaque prise en charge</li> </ol> | <p><b>7 recommandations</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gestion documentaire</li> <li>2. fonction « gestion des risques »</li> <li>3. gestion des événements indésirables,</li> <li>3. information du patient en cas de dommage lié aux soins,</li> <li>4. prise en charge de la douleur,</li> <li>5. prise en charge et droits des patients en fin de vie,</li> <li>6. identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge,</li> <li>7. prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.</li> </ol> <p>En juillet 2011, la HAS reçoit le dossier de suivi de l'établissement précisant les plans d'actions mis en œuvre dans le cadre du suivi des 7 recommandations afin de les faire lever lors de la prochaine visite de certification V2014</p> |



### 3.2 La préparation de la certification V 2014

En juin 2013 lors du Comité de pilotage qualité gestion des risques, le Directeur des établissements demande qu'une mesure de l'ensemble des travaux effectués depuis la dernière visite de certification V2010 soit effectuée. Le comité de pilotage a validé la mise en place d'une démarche d'autoévaluation de l'ensemble du référentiel V2010 et des critères associés.

Les réunions de travail organisées du 04 septembre au 15 novembre 2013 ont été pilotées par la responsable qualité coordonnateur des risques avec la collaboration selon les thématiques des personnes ressources, les comités, commissions, les professionnels du terrain (après appel à candidature)

| Nombre de critères évalué | Nombre de réunions | Nombre de participants |
|---------------------------|--------------------|------------------------|
| 91                        | 45 (1h30)          | 141                    |

En octobre 2013, le Comité de pilotage qualité gestion des risques prend connaissance de la priorisation des travaux à mener en lien avec les recommandations V2010 et les résultats de l'autoévaluation est mise en œuvre et validée par le comité de pilotage depuis septembre.

Les nouvelles modalités de la V2014 sont alors présentées au Comité de pilotage

La HAS déploie auprès de tous les établissements de santé engagés dans la procédure un système de gestion informatisée de la procédure de certification. Il s'agit d'une plateforme sécurisée appelée SARA® (Saisie des Autoévaluations et des Rapports de certification).

La HAS met à disposition un nouvel outil appelé « Compte qualité » Ce dernier est une innovation de cette certification : il doit participer à rendre la procédure de certification plus continue et va constituer, pour la Haute Autorité de santé, l'outil de pilotage de la démarche de certification de chaque établissement. Il contribue à réunir dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins d'un établissement de santé. Ce document manuel sera mis à disposition des établissements entre janvier et juillet 2014 sous format .doc . Chaque établissement devant le remplir. Ce compte comportera : le sommaire, le pilotage de la démarche, l'analyse des risques des processus. Dans un deuxième temps l'outil sera informatisé sur la plateforme SARA

#### a- Le Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS novembre 2013)

Il est découpé en 5 axes prioritaires puis chapitres et thématiques (49 fiches actions) en lien avec les résultats de l'autoévaluation conduite dernier semestre 2013, le bilan des événements indésirables, la gestion des réclamations et plaintes le suivi des programmes des différents comités et commissions, le suivi des EPP et évaluations.

- ⇒ **AXE 1 Le management et le développement de la culture qualité**
  - ⇒ Chapitre 1 Le management
  - ⇒ Chapitre 2 Le développement de la culture qualité et gestion des risques
- ⇒ **AXE 2 L'amélioration continue de la qualité des soins**
  - ⇒ Chapitre 1 Gestion des données du patient
  - ⇒ Chapitre 2 Prise en charge particulière
  - ⇒ Chapitre 3 Prise en charge médicamenteuse
  - ⇒ Chapitre 4 Gestion des fonctions logistiques

- ⇒ **AXE 3 La sécurité et la gestion des risques**
  - ↗ Chapitre 1 Management global de la gestion des risques
  - ↗ Chapitre 2 Gestion des événements indésirables
  - ↗ Chapitre 3 Prévention des risques professionnels et la qualité de vie au travail
  - ↗ Chapitre 4 Prévention des événements indésirables graves et des événements sentinelles
  - ↗ Chapitre 5 Prévenir les risques liés aux vigilances et favoriser l'appropriation des bonnes pratiques
- ⇒ **AXE 4 Le parcours du patient**
  - ↗ Chapitre 1 Spécificité des services et gestion des lits
  - ↗ Chapitre 2 Accueil admission
  - ↗ Chapitre 3 Prise en charge du patient
  - ↗ Chapitre 4 Préparation de la sortie du patient
  - ↗ Chapitre 5 Continuité des soins au PIJ
- ⇒ **AXE 5 Le respect des droits des patients**
  - ↗ Chapitre 1 Expression des usagers (plaintes, réclamations, satisfaction)
  - ↗ Chapitre 2 Droit et information du patient
  - ↗ Chapitre 3 Dommage lié aux soins
  - ↗ Chapitre 4 Promotion de la bientraitance
  - ↗ Chapitre 5 Vie affective et sexuelle
  - ↗ Chapitre 6 Prise en charge et droits des patients en fin de vie

**La priorisation des travaux a concerné les plans d'action en lien avec les recommandations de la V2010 voir page 10**

**Le suivi des évaluations des pratiques professionnelles voir liste ci-dessous**

|                                                                                                                               |       |                                                                                                            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                            |       | EPP -                                                                                                      |       |
| 1. Mise en chambre d'isolement thérapeutique et contention en psychiatrie                                                     | Dr Pr | 5. Réunions de synthèse et continuité des soins                                                            | Dr P1 |
| 2. Prévention du risque suicidaire                                                                                            | Dr M  | 6. Évaluation de la douleur, chez l'adulte lors d'un séjour hospitalier temps plein                        | Dr Pl |
| 3. Le lien avec le médecin traitant dans la prise en charge du patient admis à temps complet – le courrier de sortie (IPAQSS) | Dr V  | 7. Dépistage des troubles nutritionnels lors d'un séjour hospitalier temps plein                           | Dr Je |
| 4. Le lien avec le médecin traitant dans la prise en charge du primo-consultant suivi en ambulatoire                          | Dr A  | 8. Continuité de la prise en charge des patients dans le cadre d'une panne informatique du dossier patient | Dr A  |
|                                                                                                                               |       | 9. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé                                            | Mme M |
|                                                                                                                               |       | 10. Prise en charge des patients en fin de vie                                                             | Dr G  |
|                                                                                                                               |       | 11. Trouble de la déglutition et fausses routes                                                            | Dr Or |
|                                                                                                                               |       | 12. Etude à priori des risques de maltraitance                                                             | Dr V  |
|                                                                                                                               |       | 13. Etude des risques à priori dans de la prise en charge médicamenteuse                                   | N M   |
|                                                                                                                               |       | 14. Evaluation de la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie                    | Dr Or |
|                                                                                                                               |       | 15. Prévention des chutes                                                                                  | Dr D  |
|                                                                                                                               |       | 16. Parcours de l'adolescent                                                                               | Dr K  |
|                                                                                                                               |       | 17. Objectifs et modalités thérapeutiques en hôpital de jour                                               | Dr R  |
|                                                                                                                               |       | 18. Prise en charge de la violence (en 2017)                                                               | Dr T  |

**Le suivi des indicateurs qualités sécurités des soins (IQSS)**

### 3.3 Certification HAS: les évolutions de la V1 à la V 2014

« La procédure de certification n'est pas une fin en soi. Elle doit être comprise par tous comme un levier de management pour évaluer et améliorer les organisations et les pratiques en gestion des risques associés aux soins notamment »

*HAS mars 2012 La sécurité des patients des concepts à la pratique*

| ANAES<br>Manuel d'accréditation<br>V1 et V1 bis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAS<br>Manuel de certification<br>V2 et V2007                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HAS<br>Manuel de certification<br>V2010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Certification 2014<br>Manuel de certification<br>V2010 inchangé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exigences d'organisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une gestion des risques peu globalisée</li> <li>- des états de synthèse sur la sécurité</li> <li>- la mise en place d'une démarche qualité</li> <li>- quelques références spécifiques sur la gestion des risques</li> </ul><br><b>GDR ciblée sur les vigilances sanitaires, le risque infectieux, le risque transfusionnel...</b> | <b>Exigences des résultats</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Identification et analyse a priori et a posteriori</li> <li>.Recherche de hiérarchisation avant traitement et gestion des crises</li> <li>.Plans d'urgence et de gestion des risques exceptionnels</li> <li>.Coordination des vigilances au sein du programme global de GDR</li> <li>.Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)</li> <li>.Renforcement de l'évaluation de la qualité du service rendu au patient</li> </ul> | <b>Exigences renforcées pour la gestion des risques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Pratiques prioritaires (PEP)</li> <li>.Focus sur les secteurs à risque majeurs</li> <li>Analyse des risques gestion des EI-EIG</li> <li>.Gestion préventive des risques</li> <li>.Extension des EPP</li> <li>.Obligation de mise en œuvre de RMM</li> <li>.Mise en place des check- list</li> <li>.Indicateurs de résultats</li> <li>.indicateurs de pratiques DPC</li> </ul> | Visite personnalisée en fonction du profil de risque<br><br><b>-Implication des professionnels de terrain</b><br><b>-Visite adaptée aux spécificités de l'ES</b><br><b>-Etude en situation concrète d'un séjour de patient</b><br><b>Observation des interfaces et collaborations interdisciplinaires lors de la prise en charge</b><br><b>-Entretiens avec des patients</b><br><b>-Compte qualité</b><br><b>-deux approches pour la visite:</b><br><b>Patient traceur Audit de processus</b> |

### Au fil du temps....

Passage d'une organisation de la gestion des risques (gestion des risques, programme gestion des risques GDR ...) au management par la gestion des risques (gestion a priori, a posteriori)

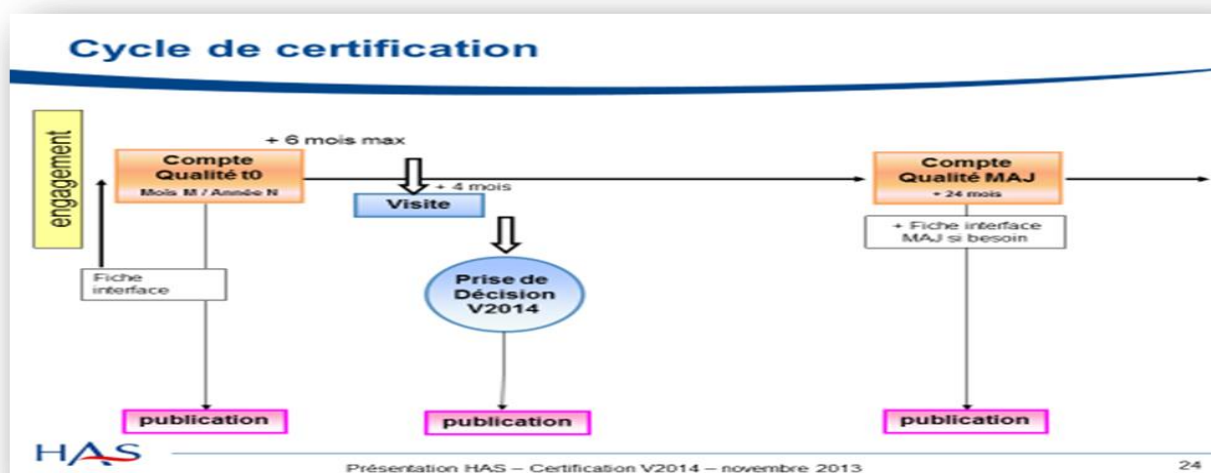
### 3.4 Contexte et modalités de la certification V2014

L'enjeu de la V2014 : Agir sur les cultures hospitalières pour aller plus loin  
Faire que le management par la qualité irrigue les organisations ;  
Renforcer une approche par processus et par thématique de risques pour « parler » davantage aux professionnels de santé avec une attention portée aux points critiques de la prise en charge du patient ;  
Favoriser le lien avec le DPC des professionnels de santé et avec la reconnaissance de démarches d'équipes comme facteurs clé de succès pour impliquer des publics demeurés sceptiques.  
Pour une démarche plus naturelle et continue visant à évaluer la maturité du système de management de la qualité et des risques de l'ES

### 3.5 Le Cycle de la certification V2014







### 3.6 Le compte qualité

#### Une démarche plus continue

##### **Le Compte Qualité, nouvel outil de valorisation et de suivi du dispositif de gestion des risques**

- > RV plus réguliers entre la HAS et chaque établissement pour ouvrir un cycle pérenne
- > Suppression de l'autoévaluation comme élément obligatoire de la procédure

##### **La visite, organisée tous les quatre ans pour**

- > Fonder la décision de la HAS
- > Evaluer la réalité des prises en charge et des systèmes de management qualité et gestion des risques

## Définir ses priorités d'amélioration

### Méthode d'évaluation

- > Basée sur l'identification et une analyse de ses risques par thématique par l'établissement de santé
- > En fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- > En fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP...

### Résultats

- > Une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- > Une déclinaison en plans d'action

- De façon à mettre en évidence ses propres dispositifs de maîtrise et ses opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins

## Le pivot de la certification

### Le Compte Qualité sert la certification

- > Il permet une alimentation régulière de la base de connaissance de chaque établissement pour permettre un pilotage plus fin des besoins d'évaluation externe et définir le programme de visite
- > Néanmoins, le programme de visite peut inclure une thématique n'ayant pas été analysée par l'établissement dans son Compte Qualité
- > Il est adressé à la HAS tous les 2 ans

### Son analyse pour

- > Objectiver que l'établissement s'est engagé à mettre en place des actions d'amélioration
- > Organiser ainsi une visite personnalisée
- > S'assurer du suivi des décisions

## En deux parties

### Thématique transversale

#### Les engagements de l'établissement en matière de management de la démarche qualité et gestion des risques

- > Engagement, pilotage et management opérationnel
- > Présentation des résultats d'évaluation (données)
- > Analyse et plans d'actions (= de priorisation)

- Dans le cadre de la certification V2014, l'établissement doit, à minima, présenter à la HAS une analyse sur les thématiques rattachées à des critères PEP (pratiques exigibles prioritaires) liées à son activité et aux trois thématiques : « qualité de vie au travail » « gestion du système d'information » « gestion des équipements et produits au domicile du patient : HAD »

### 20 autres thématiques

#### L'établissement travaille sur les thématiques liées à son activité

- > Présentation des résultats d'évaluation (données)
- > Analyse via une approche par l'identification des risques et plans d'actions (= de priorisation)

## Les 21 thématiques

### Management

Management stratégique, gouvernance  
Qualité de vie au travail  
Management et gestion de la qualité et des risques  
Gestion du risque infectieux

### Fonctions support

Gestion des ressources humaines  
Gestion du système d'information  
Gestion des ressources financières  
Fonctions logistiques (déclinées en sous-rubriques)  
Gestion des équipements et produits au domicile du patient (\*)

### Prise en charge du patient

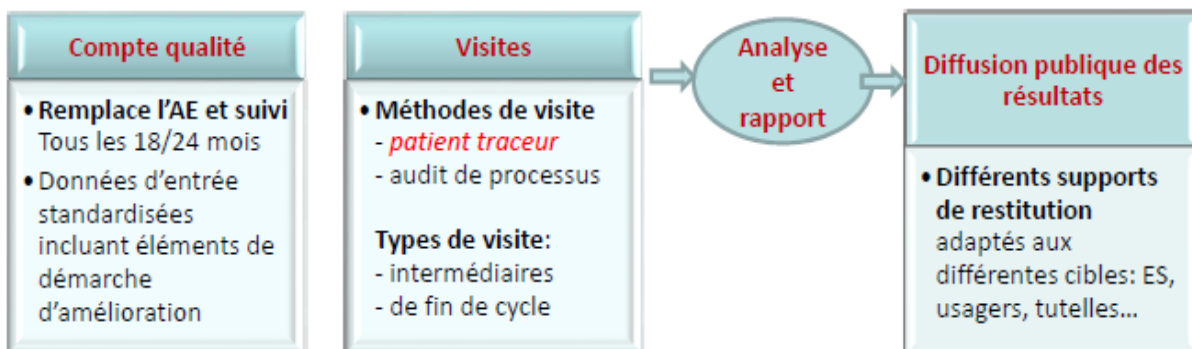
Droits des patients  
Parcours du patient  
PEC de la douleur  
PEC des patients en fin de vie  
Gestion du dossier du patient  
Identification du patient  
PEC médicamenteuse  
PEC du patient aux urgences et soins non programmés (\*)  
**Biologie médicale**  
**Imagerie**  
Management de la PEC du patient au bloc opératoire (\*)  
Management de la PEC dans les secteurs à risque (\*) : Endoscopie, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Imagerie interventionnelle, Salle de naissance  
**Dons d'organe**

(\*) : selon les activités des établissements

En vert : les thématiques obligatoires du Compte Qualité

Le CHSPJ n'est pas concerné par les thématiques ( processus ) en lien avec les autorisations administratives ci-dessous:

- PEC du patient aux urgences et soins non programmés
- Laboratoire et imagerie
- PEC du patient au bloc opératoire
- Dons d'organe



### 3.7 Les nouvelles méthodes d'évaluation développées

#### a- Le patient traceur

##### Définition du patient traceur :

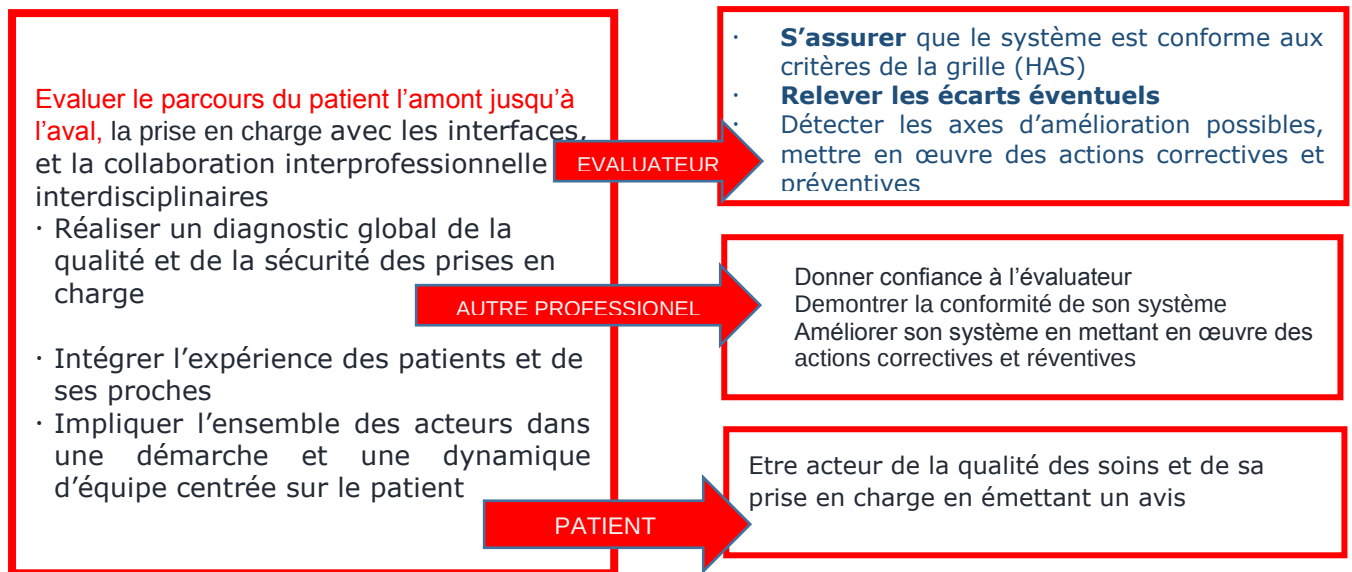
- La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire:
- Permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration prend en compte l'expérience du patient et de ses proches

##### A partir d'un séjour d'un patient on évalue :

Les processus de  
soins  
Les organisations  
Les systèmes

Qui s'y rattachent

## Les objectifs méthode patient traceur



## Choix du patient

- Patient dont la prise en charge est préférentiellement
- **complexe** et qui a traversé **différentes unités**
- Dont la prise en charge a nécessité **l'intervention de différents professionnels**, internes ou externes à l'unité
- Idéalement **proche de la sortie**
- Patient **informé** et **consentant**
- **Rencontre des proches possible avec consentement**
- 

### b- L'audit processus

Une méthode d'évaluation de la réalité de l'activité des établissements de santé

Concernant les différentes thématiques décrites page 17, la méthodologie appliquée est celle décrite ci-dessous

| Sous étapes          |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P<br>Prévoir         | Définition de la politique :<br>- Identification des besoins / analyse des risques<br>- Identification des objectifs d'amélioration<br>- Identification des mesures de traitement des risques |
|                      | Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités, ressources, gestion des interfaces                                                                                                  |
|                      |                                                                                                                                                                                               |
| D<br>Mettre en œuvre | Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle                                                                                                                                 |
|                      | Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...                                                                                                                        |
|                      | Effectivité de la mise en œuvre (dont traçabilité)                                                                                                                                            |
| C<br>Évaluer         | Évaluation du fonctionnement du processus                                                                                                                                                     |
|                      |                                                                                                                                                                                               |
| A<br>Agir            | Mise en place des actions d'amélioration                                                                                                                                                      |
|                      | Communication sur les résultats                                                                                                                                                               |

### Étape 1

Rencontre du ou des « pilotes » de la thématique



### Étape 2

Vérification de la mise en œuvre sur le terrain

## 3.8 La préparation et visite de certification V2014

Des 2014 le comité de pilotage prend connaissance des nouvelles modalités de la visite de certification .Les pilotes des processus ou thématiques sont nommées. L'ensemble des éléments de preuve sont collectés (responsable qualité et pilotes) et préparés pour les experts visiteurs HAS, la visite étant prévue en mars 2015.

En parallèle le 1<sup>er</sup> compte qualité est mis à disposition des établissements par la HAS sous format informatique en format .doc.

La responsable qualité a préparé le compte qualité, chaque pilote a validé l'analyse des risques et les plans d'actions. L'ensemble du document a été validé par le comité de pilotage, la CME, le directeur des établissements.

Le compte qualité manuel a été transmis à la HAS le 1<sup>er</sup> octobre 2014, 6 mois avant la visite de certification. Les autres documents nécessaires ont été placés sur la plateforme SARA.

La méthode patient traceur a été mise en œuvre également. Un patient traceur conduit à l'UMD, un en filière fermée, un en filière ouverte, un en unité d'hospitalisation complète des adolescents, un au CAPS.

**La visite a eu lieu du 09 au 13 mars 2015 (4 experts visiteurs)**

**Les processus audités :**

1. Le management qualité gestion des risques,
2. la prise en charge médicamenteuse,
3. le parcours patient
4. le dossier du patient
5. les droits des patients

#### IV LES RESULTATS V2014 et LES MODALITES de SUIVI

En novembre 2015, l'établissement a reçu le rapport de certification comportant les axes d'amélioration à mettre déclinés en points sensibles (PS) ou non-conformité (NC). Le PAQSS a alors été réajusté afin de maîtriser au mieux les risques, l'établissement n'a pas contesté.

En décembre 2015, le CHSPJ a reçu un courrier de la HAS lui demandant une obligation d'amélioration à mettre en œuvre dans les 6 mois suivants et compte qualité supplémentaire à créer concernant les 3 non-conformités (NC) ci-dessous.

| PAQSS PRIORISE en 2016 et SUIVI 2017 - 2018                        |                                                                                                                                       |                            |                |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|
| Thématique                                                         | PAQSS                                                                                                                                 | Compte Qualité<br>à 6 mois | CPOM 2018-2023 |
| DROIT DES PATIENTS<br>1. La liberté d'aller et venir<br>NC         | Procédures validées en CME du 02/02/2016<br><br>Audit Suivi par indicateur<br><br>Projet architectural dans un 2 <sup>ème</sup> temps | Oui                        | Oui            |
| PARCOURS PATIENT<br>2. Bilan somatique à l'entrée du patient<br>NC | Fiche de poste des somaticiens revue en CME du juin 2016<br><br>Convention hôpital d'Albi<br><br>Audits et résultats                  | Oui                        | Oui            |



|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|
| PARCOURS PATIENT<br>3. Traçabilité de la douleur NC                                                                                            | Indicateurs mensuels mis en place et suivi en CLUD, référents qualité sécurité des soins                                                                                                                                                                                                                | oui                  | Oui |
| LE PAQSS SUIVI et PRIORISE (NC) 2016 – 2017...                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |     |
| PARCOURS PATIENT<br>La continuité de la prise en charge médicale NC                                                                            | La sous-commission de la CME valide en lien avec le médecin chef et la DRH l'organisation des astreintes.<br><br>La direction diffuse à l'ensemble du CHSPJ les tableaux d'astreinte médicale (psychiatres et des généralistes autant que de besoin)<br><br>Suivi par indicateurs si dysfonctionnements | cartographie interne | Oui |
| Le projet de soins n'est pas toujours formalisé et tracé, il n'a pas été retrouvé de projet de soins associant le patient lors de la visite NC | Le groupe de travail a élaboré le projet du PTI (PSP) informatisé dans le DPI .En cours de validation par la société CAPCIR ,il sera présenté à la CME d'octobre puis déployé                                                                                                                           | cartographie interne | Oui |
| La traçabilité de l'administration médicamenteuse NC                                                                                           | L'établissement déploie les portables informatiques dans les différentes unités de soins permettant l'application de la règle des 5 B – cartographies Archimed prévues<br><br>La méthode PACTE est en cours sur 1 unité de soin et a choisi l'administration des traitements comme plan d'amélioration  | cartographie interne | Oui |

# **LE SUIVI PAQSS POUR LES POINTS SENSIBLES SUIVI 2017 - 2018**

| Thématique                                                                                                                                                                                         | PAQSS                                                                                                                                                                                              | CQ à 6 mois                             | CPOM 2018-2023 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|
| <p><b>DROIT DES PATIENTS PS</b></p> <p>L'appropriation des soignants de l'organisation du recueil du consentement éclairé le cas échéant de refus de soins n'est pas complète</p>                  | <p>Formations droit des patients</p> <p>Procédures validées QUIZZ d'appropriation semaine de sécurité novembre 2018</p>                                                                            | <p>cartographie des risques interne</p> | <p>Oui</p>     |
| <p><b>DROIT DES PATIENTS PS</b></p> <p>La confidentialité des données nominatives sur l'interface informatique</p>                                                                                 | <p>Action immédiate de l'encadrement afin que les postes informatiques soient fermés dès fin de l'utilisation</p> <p>Raccourcissement du temps de veille</p> <p>Memo de rappel</p>                 | <p>cartographie des risques interne</p> | <p>Oui</p>     |
| <p><b>DROIT DES PATIENTS PS</b></p> <p>Le respect des droits des patients n'es pas évalué (les experts non pas retrouvé de documents formalisés relatifs à l'évaluation du droit des patients)</p> | <p>Document d'information a été rédigé par le droit des patientes et validé en CDU 2016 .La check Liste d'accueil dans les unités de soins prévoient le respect des droits des patients.</p>       | <p>cartographie des risques interne</p> | <p>Oui</p>     |
| <p><b>DROIT DES PATIENTS PS</b></p> <p>les résultats relatifs aux droits des patients ne font pas l'objet d'une diffusion aux partenaires de l'établissement</p>                                   | <p>Une enquête de réseau conduite auprès des partenaires et présentée à l'auditorium à l'ensemble des partenaires</p>                                                                              | <p>cartographie des risques interne</p> | <p>Oui</p>     |
| <p><b>PARCOURS PATIENT PS</b></p> <p>L'identification des patients à risque suicidaire n'est pas réalisée dans toutes les situations</p>                                                           | <p>Les derniers audits (grille HAS) indiquent de bons résultats, ils ont été transmis sur le compte qualité supplémentaire .L'Epp prévention du suicide poursuit les travaux</p>                   | <p>CQ à 6 mois</p>                      | <p>Oui</p>     |
| <p><b>PARCOURS PATIENT PS</b></p> <p>Le dépistage des troubles nutritionnels n'est pas systématiquement repéré dans toutes les unités</p>                                                          | <p>Le suivi indicateur IMC indique une valeur &gt; 80%.Les derniers résultats IPAQSS validé conforte ces résultats .l'effort reste à poursuivre si les patients séjournent de plus de 21 jours</p> | <p>CQ à 6 mois</p>                      | <p>Oui</p>     |

**LE SUIVI PAQSS POUR LES POINTS SENSIBLES SUIVI 2017 - 2018**

| Thématique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PAQSS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CQ à 6 mois                      | CPOM 2018-2023 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| DOSSIER PATIENT PS<br>La nouvelle procédure de communication du dossier patient est à valider                                                                                                                                                                                                                                                  | Améliorer l'organisation de la communication des dossiers aux patients (délais indicateurs) et formaliser la procédure en septembre 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | cartographie des risques interne | Oui            |
| DOSSIER PATIENT PS<br>Le délai pour l'accès aux dossiers de moins de 5ans et de plus de 5 ans n'est pas conforme                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | cartographie des risques interne | Oui            |
| DOSSIER PATIENT PS<br>L'établissement n'a pas mis en place d'organisation en routine lui permettant de connaître les personnes accédant au dossier informatique du patient sans que ceci soit en lien avec sa prise en charge                                                                                                                  | Le DIM a mis en place un système de requête informatique du suivi des dossiers traversés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | cartographie des risques interne | Oui            |
| DOSSIER PATIENTS PS<br>L'archivage des dossiers n'est pas conforme aux bonnes pratiques (archivage par nom d'usage)                                                                                                                                                                                                                            | Le plan d'action est en cours (révision de la procédure) pour validation en CME d'octobre 2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | cartographie des risques interne | Oui            |
| MANGEMENT QGDR PS<br>Le parangonnage à développer                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Le parangonnage est mis en œuvre indicateurs et épidémiologie LIN , ICSHA et autres IQSS.Projet de partager les enquêtes de satisfaction avec d'autres établissements psychiatriques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | cartographie des risques interne | Oui            |
| MANGEMENT QGDR PS<br>"La gestion documentaire n'est pas connue de tous les professionnels, la mise en place de la gestion documentaire sur le système intranet étant récente, les professionnels interrogés ont précisés aux EV ne pas toujours trouver facilement le document recherché.<br><br>2.La gestion documentaire n'est pas évaluée." | Le COPIL système d'information a validé en 2017 :<br><br>Le changement de logiciel et de moteur de recherche des documents. L'utilisation du module de GED du logiciel "B M S" et de son moteur de recherche intégré faciliteront ces fonctionnalités .La mise en oeuvre est prévue au dernier trimestre 2018 après formation des personnes ressources. L'évaluation de l'utilisation de la GED est intégrée au logiciel.<br><br>Une enquête de satisfaction destinée à l'ensemble des utilisateurs et concernant | cartographie des risques interne | Oui            |

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                                | l'intranet et la gestion documentaire a été conduite en juin 2017. Les résultats qualitatifs ( plus de 200 répondants ) corroborent la décision du COPIL SI à savoir la demande de mise à disposition d'une GED plus performante et d'un moteur de recherche puissant.                 |                                  |     |
| PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE PS<br>'outil de prescription informatique n'est pas accessible en dehors du réseau et ne permet pas de prescriptions à distance | Tout prescripteur a accès au DPI depuis son bureau .Il peut prescrire si urgence vitale pour un patient connu et régulariser la situation dans un 2 eme temps. Les portables informatiques des équipes mobiles son équipes clef 4 G . la saisie des éléments sur Cortexte est possible | cartographie des risques interne | Oui |

## V- LE PAQSS 2017-2022

### 5.1 Le suivi du compte qualité supplémentaire :

En attente des résultats, les travaux de suivi inscrit le PAQSS »parcours patient » issu de l'analyse des risques de la cartographie se poursuivent

### 5.2 La préparation du compte qualité suivant

Le PAQSS issu des cartographies 2017

- Management qualité gestion des risques
- Prise en charge médicamenteuse
- Droit des patients
- Prise en charge de la douleur
- Dossier patient
- Parcours patient
- L'identitovigilance
- Le risque infectieux

Sont en cours (programmés) :La sécurité des biens et des personnes, le système d'information, la qualité de vie au travail, la fin de vie

**L'objectif est de finaliser l'ensemble du PAQSS au regard des thématiques ou processus pour mars 2018**

### 5.3 La méthode d'évaluation des risques, cartographies, PAQSS :

La Méthode PDCA pour chaque thématique regroupant les critères du référentiel HAS a été utilisée , en lien avec les recommandations HAS, les événements indésirables, les plaintes , les résultats audits et patients traceurs .Les grilles ont été créés et uniformisée par la R qualité, le PAQSS est issu de l'analyse et priorisé cf exemple ci –dessous. Le pilote et copilotes participent aux travaux, le PAQSS est argumente en comité QPR et validé en Comite depilotage qualité

|              |                |               |                                                              |         | Evaluation du risque                                                                                            |                                              |                                                |                                                         |
|--------------|----------------|---------------|--------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Id. critères | Etapas du PDCA | Sous-étape    | Description du critère                                       | Acteurs | F                                                                                                               | G                                            | C                                              | Niveau de maîtrise<br>(à compléter par l'établissement) |
|              |                |               |                                                              |         | Quelle est la probabilité de survenue de cette défaillance, ce dysfonctionnement au sein de mon établissement ? | Quelle serait la gravité de la conséquence ? | Quelle serait la criticité de la conséquence ? |                                                         |
| C1           | Planifier      | Politique 14a | Une politique définie les règles de tenue du dossier patient | DIM     | 1                                                                                                               | 2                                            | 2                                              | 3 - On a organisé                                       |

| PAQSS Dossier du patient - 2017<br>(Dernière mise à jour : Comité QPR du 22/05/2017) |                                  |             |                 |                                    |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------------|------------------------------------|-------------------|
| Objectif(s)<br>Quels sont les objectifs à atteindre ?                                | Pilote(s)                        | Début prévu | Échéance prévue | Modalités / Indicateurs de suivi   | Etat d'avancement |
| Réviser la cartographie DPA DPI tous les 2 ans.                                      | Elizabeth Bujaud<br>Dr Dabrowski | mai-17      | mai-19          | Le suivi compte qualité date envoi | en cours          |

## a- Les échelles utilisées sont celles de la HAS

### Echelle de fréquence / vraisemblance

| Classe de vraisemblance | Intitulé générique      | Données quantitatives | Données qualitatives             |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| V1 (F)                  | Impossible à improbable | < 1 fois en 5 ans     | Jamais vu                        |
| V2 (F)                  | Très peu probable       | 1 fois par an         | Vu 1 fois dans ma carrière       |
| V3 (F)                  | Peu probable            | 1 fois par mois       | Vu dans d'autres établissements  |
| V4 (F)                  | Probable                | 1 fois par semaine    | Survient dans l'établissement    |
| V5 (F)                  | Très probable à certain | 1 fois par jour       | Vécu dans mon secteur d'activité |

### Echelle de gravité

| Niveau   | Description synthétique de la gravité                                                                                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | Gravité mineure : conséquences mineures sans impact/préjudice pour nos patients (ex : retard simple)                                                                             |
| Niveau 2 | Gravité significative : incident avec préjudice temporaire pour nos patients (surveillance, retard avec désorganisation de la prise en charge, changement de traitement)         |
| Niveau 3 | Gravité majeure : incident avec impact pour nos patients (report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire) |
| Niveau 4 | Gravité critique : conséquences graves pour nos patients (ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)            |
| Niveau 5 | Gravité catastrophique : conséquences très graves pour nos patients (invalidité permanente, séquelles graves, décès)                                                             |

### Echelle Maîtrise de Risque

| Niveau   | Description synthétique du niveau de maîtrise                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue |
| Niveau 2 | On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs                                                       |
| Niveau 3 | On a organisé : organisation en place sans évaluation                                                            |
| Niveau 4 | On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions                                |
| Niveau 5 | On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces                           |

Dia

G

Cat

I

I

Si

I

## Matrice de criticité et niveau de maîtrise

### L'application SARA propose une matrice permettant une hiérarchisation des risques

Elle est fondée sur une échelle à 5 niveaux (la plus fréquemment utilisée en termes de gestion des risques) pour la fréquence, la gravité et le niveau de maîtrise

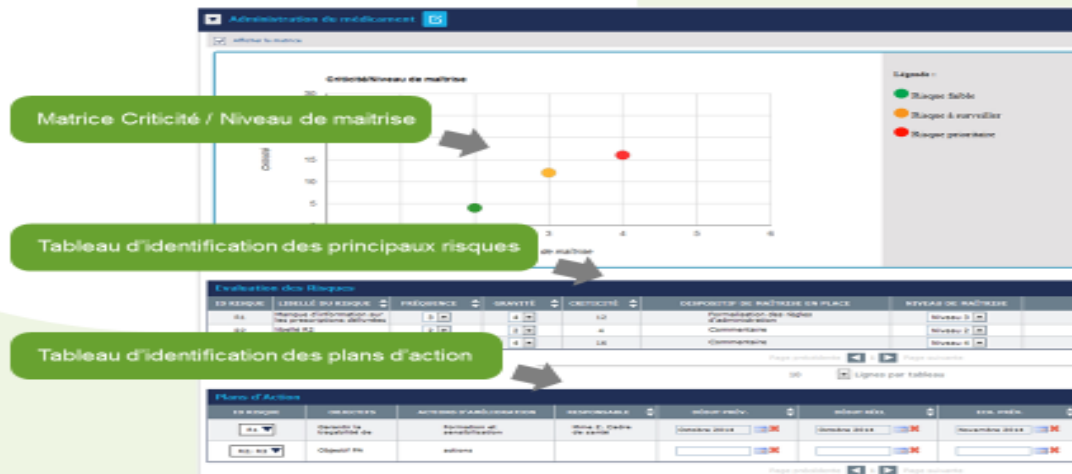
### Son utilisation permet de bénéficier de toutes les fonctionnalités de l'application

- > Visualisation des résultats
- > Suivi standardisé apportant un langage commun
- > Utilisation simple d'un outil appropriable par tous
- > Identification facilitée des actions à mettre en place

## Rubrique « Données »

- Pour chaque thématique, une rubrique « Données »
- présente de façon structurée les indicateurs et
- résultats d'évaluation
- - saisie par l'établissement de ses indicateurs,
- résultats d'évaluation et EPP
- - reprise automatique des précédentes décisions
- HAS & des indicateurs IQSS

## Rubrique « Analyse & plans d'action »



Le compte qualité électronique SARA est alimenté par la responsable qualité en collaboration avec le pilote nommé. Les échanges fréquents avec le HAS sont d'une grande aide.

## VI LE RENFORCEMENT DE LA CULTURE DE SECURITE POUR AMELIORER LA QUALITE DES SOINS.

### Définition la culture de sécurité des soins:

Il existe plusieurs définitions de la culture de sécurité. Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) est la suivante :

« La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins ».

### La sécurité du patient : quelle définition ?

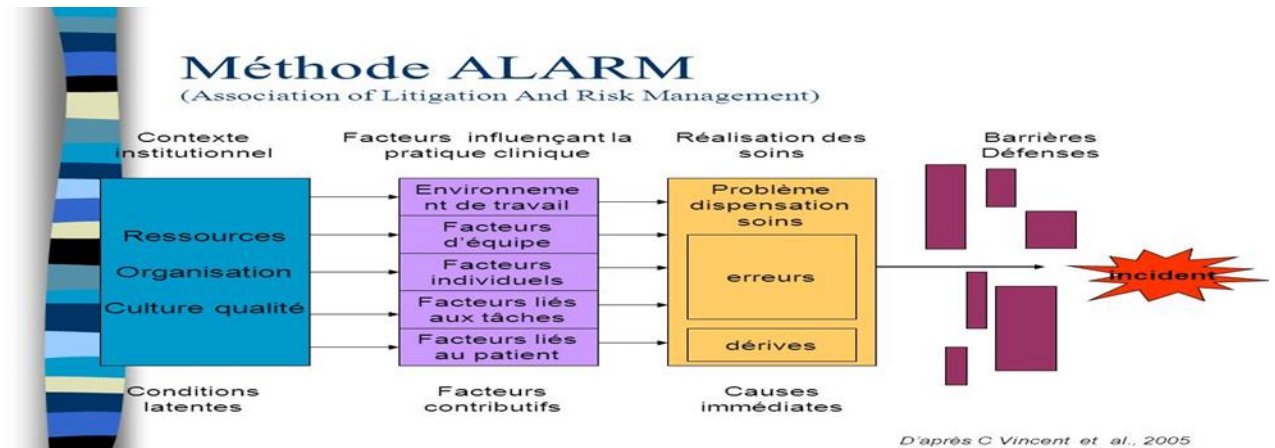
Elle est étroitement liée à la notion de qualité des soins, elle se définit comme la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient avec l'objectif de diminuer la survenue d'évènement indésirable associé aux soins (EIAS), de récupérer (« échappée belle » selon les mots d'usage québécois ) ou en atténuer les conséquences.

### 6.1 La méthode patient traceur

Promouvoir le déploiement de la méthode en formant un petit groupe de soignants et échanger sur nos pratiques avec le CH MARCANT et Ste MARIE en 2018 -2019

## 6.2 CREX – METHODE ALARM

L'établissement a fait le choix de la méthode d'analyse Alarm (Association of litigation and risk management). L'analyse a posteriori aide à mieux identifier les zones de risques et à mobiliser les équipes pour éviter qu'ils ne se reproduisent. C'est une méthode d'analyse systémique



Développer les REX inter établissements ( sanitaire, medico sociaux)

## 6.3 Les nouveaux outils pour développer la culture de sécurité

### a- PACTE Le programme d'Amélioration Continu du Travail en Equipe

L'établissement a initié un programme à Charles Brault depuis septembre 2016  
**PACTE se décline en 3 phases :**

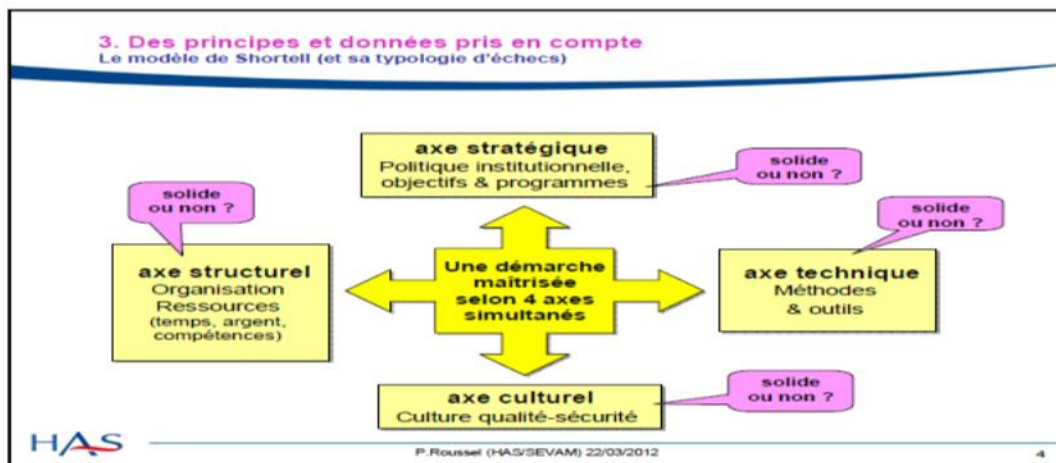
- **Le diagnostic** : analyse du fonctionnement de l'équipe pour identifier d'éventuels points faibles et définir les points d'amélioration à mettre en oeuvre dans la suite de la démarche. Réaliser une enquête sur le niveau de culture de sécurité ET CRM-santé (*Crew Resssource Management Santé*).
- **La mise en oeuvre** : déploiement des méthodes et outils dans le service selon 4 axes (communication, dynamique d'équipe, implication du patient et gestion des risques).
- **L'évaluation** : suivi et mesure des changements, bilan.

**L'objectif 2019-2022 est d'initier un nouveau programme par an .**

### b- Matrice de shortell

Evaluer la maturité de l'organisation selon les 4 dimensions du modèle de « Shortell »





### c- Initier les visites de risques

Selon la méthode HAS dans les services fermés

## Conclusion

Le rapport de certification V2014 liste les thématiques

- parcours patient,
- droit des patients,
- prise en charge médicamenteuse,
- dossier patient
- management qualité gestion des risques

**et les actions prioritaires du PAQSS 2017-2022 à mettre en œuvre.**

S'ajoutent :

- La promotion de la bientraitance
- La promotion de la déclaration des événements indésirables et leur traitement
- La sécurité informatique

## ANNEXE 1 LE CONTEXTE EVOLUTIF DE LA DEMARCHE

### CHAPITRE I HISTORIQUE et SUIVIR de la DEMARCHE QUALITE GESTION des RISQUES

#### A-Évolution des moyens et structuration 1982-2016

Étapes majeures de structuration des démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, et évolution des moyens associés :

| Date            | Structures / moyens                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1982            | Transformation du CHS en CHSCT chargé des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail                                                                                                                                                     |
| 1997            | Création de la première structure décisionnelle transversale : le comité de pilotage de la qualité                                                                                                                                                                  |
| Mars 1999       | Mise en place de la Commission de Conciliation                                                                                                                                                                                                                      |
| Juin 1999       | Mise en place de la Commission Douleur                                                                                                                                                                                                                              |
| 2000            | Mise en place du premier outil de la démarche globale de gestion des risques : la fiche de signalement des événements indésirables                                                                                                                                  |
| 2000            | Création du COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles), rendu obligatoire par décret du 26 décembre 2000                                                                                                                              |
| 19 février 2001 | Création du comité des vigilances, chargé de coordonner et rendre opérationnelles les vigilances réglementées (pharmacovigilance, matériovigilance, infectiovigilance)                                                                                              |
| 30 mars 2001    | Le CLIN créé dans le cadre du décret du 6 décembre 1999, met en place son équipe opérationnelle d'hygiène le 30 mars 2001                                                                                                                                           |
| Octobre 2001    | Acquisition d'un premier logiciel DISPORAO pour la gestion du circuit du médicament                                                                                                                                                                                 |
| Septembre 2002  | Création du service qualité et nomination d'un responsable qualité doté d'un secrétariat, chargé de piloter le programme annuel d'amélioration de la qualité, au regard des résultats de la visite d'accréditation de mars 2000 et de la visite ciblée de juin 2002 |
| Novembre 2002   | Constitution de groupes de travail qualité thématiques pour la mise en œuvre du premier programme institutionnel global d'amélioration de la qualité                                                                                                                |
| 2003            | Acquisition d'un logiciel, Cortexte, d'informatisation du dossier patient gérant également le circuit du médicament (remplacement de DISPORAO)                                                                                                                      |
| Mai 2003        | Constitution d'une équipe d'auditeurs internes                                                                                                                                                                                                                      |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Septembre 2003            | Création d'une Direction des Usagers et de la Qualité (DUQ).                                                                                                                                                                                                        |
| Décembre 2003             | Mise en place du CLAN                                                                                                                                                                                                                                               |
| Mars 2004                 | Le Comité des vigilances est élargi pour intégrer la gestion des risques. Il devient le Comité de Vigilance et de Gestion des Risques chargé de définir un programme global de gestion des risques à partir du recensement semestriel des différentes déclarations. |
| Mars 2004                 | Clarification des différents circuits de déclaration et création d'une procédure de signalement d'un risque ou d'un événement indésirable                                                                                                                           |
| Mars 2004                 | Élaboration d'une typologie des risques professionnels                                                                                                                                                                                                              |
| 2005                      | La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) succède à la commission de conciliation                                                                                                                                   |
| Janvier 2005              | Mise en place d'une Cellule de crise avec élaboration d'une procédure pour son déclenchement                                                                                                                                                                        |
| Mars 2005                 | Mise en place du Comité d'Usagers                                                                                                                                                                                                                                   |
| Septembre 2005            | Formalisation du rôle et des missions de chaque correspondant de vigilances                                                                                                                                                                                         |
| Juin 2006                 | La CME instaure une sous-commission chargée des EPP (évaluation de pratiques professionnelles)                                                                                                                                                                      |
| Septembre 2006            | Acquisition du logiciel BLUE MEDI pour déployer et formaliser les circuits d'information Qualité - Gestion des risques                                                                                                                                              |
| 1 <sup>er</sup> juin 2008 | Nomination de la Directrice des Usagers en tant que gestionnaire des risques                                                                                                                                                                                        |
| Janvier 2009              | Mise en place d'une cellule opérationnelle gestion des risques                                                                                                                                                                                                      |
| Mai 2009                  | La Direction des Usagers et de la Qualité (DUQ) devient la Direction des Usagers, de la Qualité et des Risques (DUQUARIS)                                                                                                                                           |
| Juin 2009                 | Validation par le conseil d'administration de la Fondation de la politique globale Qualité et Gestion des Risques.                                                                                                                                                  |
| Janvier 2010              | Mise en place du Comité de Pilotage qualité gestion des risques                                                                                                                                                                                                     |
| 2009-2010                 | Préparation de la visite de certification V 2010                                                                                                                                                                                                                    |
| Mai 2010                  | Visite de certification HAS                                                                                                                                                                                                                                         |
| Octobre 2010              | Mise en place d'un comité de pilotage spécifique au secteur médico-social                                                                                                                                                                                           |
| Novembre 2010             | Présentation aux instances des nouveaux axes Qualité – Risques –2011-2015 suite au rapport de certification                                                                                                                                                         |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 <sup>ème</sup> trimestre 2011 | La D.U.QUA.RIS est restructurée (suite à la visite de certification) avec l'identification d'un responsable par domaine : Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers. Le service change de dénomination, il devient service Q.P.R., Qualité – Patients – Risques, rattaché au Secrétaire Général. |
|                                 | Intégration des indicateurs QPR dans les directoires de pôle                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mars 2012                       | La directrice des soins est nommée coordonnateur des risques liés aux soins et est envoyée en formation                                                                                                                                                                                                   |
| Avril 2012                      | La commission douleur est restructurée et devient le CLUD                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Septembre 2012                  | Le comité Q.P.R est structuré,<br>1. le service Droit des Usagers reste sous le lien hiérarchique du Secrétaire Général,<br>2. le service Qualité et Gestion des Risques est rattaché à la Direction des Soins Infirmiers, qui devient Direction des Soins, de la Qualité et de la Prise en charge (D.S.) |
| Juillet 2013                    | Le service Qualité et Gestion des Risques est rattaché au directeur général,. Il est intégré dans la stratégie générale de l'établissement dans le cadre d'un management par la Qualité.                                                                                                                  |
| Août 2013                       | La politique Qualité et gestion des risques est révisée, le Programme Qualité et sécurité des risques liés aux soins est restructuré.                                                                                                                                                                     |
| Octobre 2013                    | Le directeur général des établissements nomme officiellement la responsable qualité coordonnateur des risques associés aux soins, l'organigramme de direction est alors modifié (le coordonnateur est en lien hiérarchique directe avec le Directeur des établissements)                                  |
| Janvier 2014                    | Les réunions des référents qualité sécurité des soins (cadres de proximité) deviennent mensuelles .Elles sont co animées la responsable qualité C risques et le directeur des soins .Les cadres de pôles intègrent les réunions                                                                           |
| Septembre 2014                  | L'infirmier hygiéniste équivalent temps plein est nommé et attaché hiérarchiquement au coordonnateur des risques .Le service qualité gestion des risques devient le service qualité hygiène gestion des risques                                                                                           |
| Septembre – octobre 2014        | Audit patients traceurs (1filière fermée, 1filière ouverte, 1UMD, 1psychogériatrie)<br>Audit processus pour finaliser le compte qualité                                                                                                                                                                   |
| Novembre 2014                   | Envoi du 1 <sup>er</sup> compte qualité élaboré par la Responsable qualité à la HAS après validation par le Copil qualité                                                                                                                                                                                 |
| Novembre 2014                   | Evaluation externe du CSDA, des 2 CAMPS sans préconisation                                                                                                                                                                                                                                                |
| Mars 2015                       | Visite de certification V2014                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Mars 2015                       | Evaluation externe de la MAS sans préconisation                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Octobre 2015        | Réception de rapport de certification V2014 pas de contestation de l'établissement                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fin Décembre 2015   | Réception de l'obligation d'amélioration à mettre en œuvre sur 6 mois et compte qualité supplémentaire concernant cette obligation d'amélioration concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liberté d'aller et venir</li> <li>- le bilan somatique d'entrée</li> <li>- la traçabilité de l'évaluation de la douleur</li> </ul> |
| Janvier à juin 2016 | Mise en œuvre d'un PAQSS priorisé et suivi d'indicateurs- Elaboration du compte qualité supplémentaire électronique et transmission à la HAS sur la plateforme SARA                                                                                                                                                                           |
| Octobre 2016        | Evaluation externe de l'EAID sans préconisation                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## B - Principaux travaux menés de 2006 à 2009

### B-1 La démarche qualité

Suite à la première et seconde visite de certification HAS (Haute Autorité en Santé) de 2004 -2005, les programmes d'actions ont été renforcés

**Les 3 axes stratégiques du programme qualité 2006 – 2009** ont été renforcés et ont concernés :

- Le lien avec les correspondants externes : les médecins du Tarn Nord
- Les droits et l'information des patients : La bientraitance,

maltraitance, la sexualité en institution, l'éducation aux questions de santé, le recueil du consentement, l'analyse bénéfices-risques, la personne de confiance, la satisfaction des usagers, les plaintes et réclamations

- La gestion documentaire Qualité : l'amélioration de la bonne tenue des classeurs « papier »

**Les enquêtes, audits internes ou cliniques et EPP ont complété ce programme**

### B-2 La gestion des risques :

**La Politique d'identification des risques a reposé sur :**

- Le développement et/ou l'amélioration des méthodes et outils de signalement et d'analyse des risques
- Prévention des risques professionnels : en lien avec le CHSCT
- Suivi et gestion des situations de violence dans la pratique de soin :
- Prévention et gestion des situations de maltraitance

- Travail sur fugues de patients sous contrainte
- Plan pluriannuel de travaux de sécurisation des accès aux services
- Prévention du suicide (sécurité environnementale)
- Renforcement de la sécurité des soins dans le cadre des urgences vitales
- Circuit du médicament
- Prévention du risque de légionnelle :
- Prévention du risque incendie
- Mise en place des règles d'identitovigilance

- Prévention du risque de panne électrique généralisée

- Prévention du risque de panne informatique

### **B-3 Organisation du système d'information et des outils de gestion**

#### **Deux axes majeurs:**

1- La structuration des fonctions de gestion des risques par la formation des membres du CVGR et élaboration d'une politique globale Qualité et Gestion des Risques de la Fondation validée par le conseil d'administration en juin 2009

2- Le déploiement et la formalisation des circuits de l'information (le logiciel Blue Medi)

## **C– Evolution depuis 2009 -2013: Vers un management par la qualité**

### **C-1 Les réorganisations**

En 2011, conformément au décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et la circulaire du 18 novembre 2011 un coordonnateur des risques associés aux soins est nommé.

Fin 2011, l'identification d'un responsable par domaine, Qualité, Gestion des Risques et Droits des Usagers est mis en œuvre. Le service a changé de dénomination, il devient service Q.P.R., Qualité – Patients – Risques, rattaché au Secrétaire Général.

Les liens fonctionnels entre le Directeur des Etablissements, le Président de la CME, le Bureau des Entrées et le Coordonnateur des Risques associés aux soins sont formalisés. En juin 2012, les cadres des unités de soins deviennent les référents qualité-sécurité, En septembre 2012, la responsable du droit des usagers est nommée

- le service Droit des Usagers est en lien hiérarchique avec le Secrétaire Général,

- le service Qualité et Gestion des Risques est rattaché à la Direction des Soins Infirmiers qui devient Direction des Soins de la Qualité et de la Prise en charge (D.S.)

En octobre 2012, une responsable hygiéniste est nommée, puis elle prend le poste responsable qualité à mi-temps (secteur medico social) en complément du deuxième mi-temps responsable qualité (secteur sanitaire)

Sous l'égide du Directeur des établissements en 2013, les missions du :

- Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques (COFIL qualité gestion des risques)
- Comité qualité, gestion des risques et des vigilances (CQGRV)
- Comité qualité patient risques (QPR)

sont modifiés en lien avec la politique de gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013 (rattachement hiérarchique du service qualité gestion des risques au Directeur des établissements)

## **C-2 La Démarche qualité**

Les axes politiques majeurs et objectifs opérationnels pour les années 2011-2013 sont réajustés suite à la visite de certification et concernent le développement :

- Les questionnaires de satisfaction
- Les évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont développées
- Les indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)
- Les autres évaluations Bonnes pratiques d'hygiène en restauration et circuit du linge: L'admission du patient

La Gestion documentaire (2009-2010) la base documentaire est réactualisée dans trois domaines (logiciel blue Medi) :

- communication interne
- communication externe instances et groupes qualité :
- le classeur « procédures Hygiène » et le guide de tenue du dossier patient « Cortexte ».

En parallèle un dossier informatique intitulé « Gestion documentaire Qualité Sécurité » est créé en 2009

## **C-3 La gestion des risques**

Le programme annuel du Comité des vigilances et gestion des risques intègre les objectifs du programme du CLIN, le plan de prévention risques professionnels, les programmes des différentes vigilances sanitaires afin d'élaborer un programme pluriannuel commun. En 2012 ce programme évolue vers un programme global Qualité – Risques.

avec tous les acteurs concernés.

La sensibilisation des professionnels au signalement des événements indésirables est réalisée sous l'impulsion de la Direction afin d'encourager les professionnels à participer au développement de la culture de l'erreur constructive.

### **Les objectifs :**

- Faciliter une vision globale des actions à mener
- Disposer d'indicateurs de mesure de l'efficacité des plans d'actions.
- Permettre le suivi du programme d'action qualité sécurité des soins
- Mesurer l'atteinte ou pas des objectifs annuellement et prioriser les axes de travail pour l'année suivante en lien

Une charte de retour d'expérience et de sécurité a été diffusée dans laquelle la Direction s'engage dans une démarche non punitive des déclarations d'événements indésirables

Les retours d'Expérience (REx) ont été mise en œuvre à partir de 2013. Ils sont organisés en fonction du niveau de gravité des événements dans l'unité en lien avec les professionnels et le service qualité gestion des risques.

## **C-4 Les formations 2010-2012**

Les différents professionnels de la DUQUARIS ont suivi dans le cadre du plan de formation de l'établissement les formations

5 jours en 2010 pour des médecins, « Méthode et outils d'évaluation en santé » : 5 jours en 2011 pour 6 professionnels (médecins et soignants).



La technicienne en gestionnaire des risques a suivi une formation en alternance conduisant au diplôme Universitaire « Analyse et Gestion des Risques en Santé » en 2011, à l'université des Sciences Pharmaceutiques, Paris Descartes. Elle a par ailleurs suivie la formation « Cartographie des risques », au CNEH, en décembre 2012.  
En 2012 la directrice des soins nommée coordonnateur des risques associés aux

soins a suivi la formation « Coordonner les risques médicaux » dispensée par le CNAM en 2012

11 personnes membres de la CRU ont suivi la formation sur le rôle de la CRU avec information du patient en cas de dommage lié aux soins

Les membres du CHSCT ont été formés à la méthode de l'arbre des causes, en septembre 2012

## CHAPITRE II – LE MANAGEMENT PAR LA QUALITE DES 2013

### A- La politique et ses objectifs :

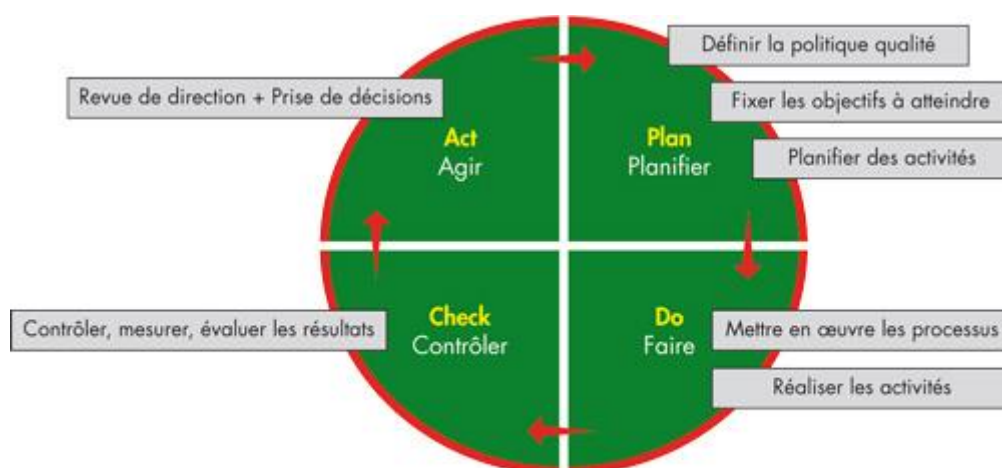
Un des axes fondamentaux du projet institutionnel prévoit que la Fondation engage les professionnels à rechercher l'excellence dans leur pratique en plaçant le patient ou le résident au cœur du dispositif de l'organisation de la prise en charge. La politique Qualité, Gestion des Risques et des vigilances s'intègre au projet institutionnel au travers du projet d'établissement dont elle

est une composante. Elle vise à développer le management par la qualité qui repose sur quatre axes: le patient ou résident au centre du dispositif, un dispositif managérial impliquant l'ensemble de l'encadrement, une démarche participative intégrant tous les professionnels et une démarche structurée continue reposant sur des méthodologies rigoureuses.

### B- Le développement de la culture Qualité en interne :

#### B-1 La démarche Qualité interne :

La mise en œuvre du management de la qualité va au-delà du simple contrôle de conformité, a posteriori, elle s'appuie sur une démarche en quatre temps, symbolisée par la Roue de DEMING :



Source : Réalisé d'après les documents AFNOR et ISO.

1. **Planifier** : établir les objectifs et les processus nécessaires pour fournir

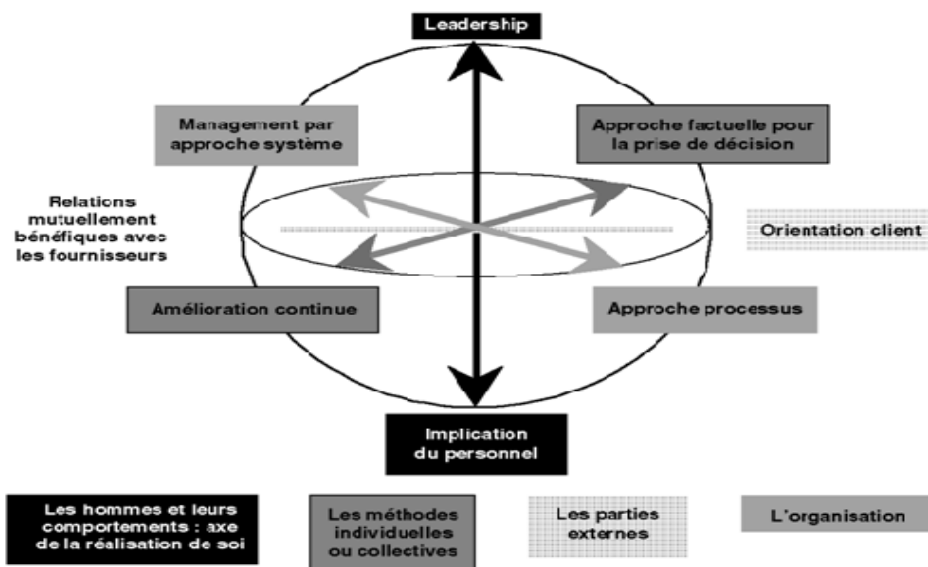


des résultats correspondant aux exigences des clients et aux politiques de l'entité.

2. **Faire** : mettre en œuvre tout ce qui doit être fait pour garantir, à priori, la satisfaction des exigences du client et la satisfaction des besoins de l'entité.

3. **Vérifier** : surveiller et évaluer les résultats obtenus ainsi que déterminer les actions à entreprendre pour résorber les écarts constatés, et
4. **Améliorer** : entreprendre les actions pour corriger les écarts ainsi qu'améliorer, de manière continue la qualité et la sécurité.

La démarche Qualité à la FONDATION s'est inspirée entre autre de 8 principes du Management par la qualité introduits par l'une des normes de type ISO



9000

1. **Ecoute du patient** : Le patient est considéré comme l'utilisateur des services de la Fondation. Il doit bénéficier de la meilleure prise en charge possible. L'organisation doit donc s'adapter pour fournir cette prise en charge, elle doit par ailleurs évaluer la satisfaction des patients afin d'améliorer la qualité de ses services.
2. **Leadership** : la forte implication de la direction et de l'encadrement dans la démarche qualité doit permettre de créer une culture et des valeurs partagées par tous les acteurs de l'hôpital. Des objectifs clairs et précis doivent être présentés.
3. **Implication du personnel** : elle passe par la sensibilisation, la mobilisation et la responsabilisation de tous. Il importe

de fixer des objectifs motivants, proches des préoccupations du terrain, de faire des évaluations régulières et de proposer un plan de formation pour faire évoluer chacun dans son métier.

4. **Approche processus** : L'approche processus est une méthode d'analyse qui consiste à décrire de manière méthodique un organisme dans le but d'optimiser son fonctionnement interne au bénéfice de ses clients, à savoir, les patients et usagers des services de la Fondation.
5. **Management par approche système** : L'idée de ce principe est de considérer que le fait de structurer et de documenter clairement les actions concourant aux objectifs de l'organisation permet d'améliorer

l'efficacité et l'efficience. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier dans un premier temps les dépendances existantes afin de réduire les conflits interprocessus et la duplication des activités. Ceci devant conduire à la formalisation d'un système de management par la qualité clairement documenté.

**7. Approche factuelle pour la prise de décision :** Les décisions efficaces sont basées sur l'analyse de données et d'informations tangibles. Ce principe consiste ainsi à prendre des décisions sur la base d'une analyse factuelle de l'information, corroborée par l'expérience et l'intuition. Selon cette approche, il sera plus facile a posteriori d'argumenter sur le bien-fondé d'une décision en faisant référence à des documents rendus accessibles. Cela permet notamment de donner les moyens à l'ensemble des parties prenantes de comprendre la manière dont les décisions sont prises.

**8. Relations mutuellement bénéfiques avec les adresseurs, les fournisseurs et les tutelles :** une relation mutuellement bénéfique améliore leur capacité à créer de la valeur. Les relations doivent ainsi être

**6. Amélioration continue :** Il s'agit donc de mettre sous contrôle les différents processus, puis, de façon cyclique, d'analyser leurs performances, de faire des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre. Cela se fait par le biais d'une revue régulière avec les responsables et avec des audits interne ou externes. L'évaluation du PAQSS est annuelle.

pensées de manière à concilier des victoires faciles à court terme avec des considérations plus prospectives. Pour ceci, il est nécessaire de comprendre les intérêts des partenaires, de définir clairement dans un contrat leurs obligations et d'évaluer régulièrement leurs performances.

## **B-2 L'évaluation des pratiques professionnelles :**

L'évaluation des pratiques professionnelles est une activité formelle et systématique destinée à identifier les écarts à une pratique de soins considérée collectivement comme optimale, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau a été introduit et que les mesures correctives sont effectives. Cette action doit être menée selon une méthodologie rigoureuse et les résultats doivent être mesurés.

## **B-3 Les évaluations externes : HAS, ANESM et autres certifications**

La Fondation est engagée dans trois procédures d'évaluation externes dont 2 obligatoires :

- La HAS pour le secteur sanitaire (Le CHSPJ)

- L'ANESM pour le secteur médico – social,

D'autres à l'initiative de l'établissement selon les services (blanchisserie, cuisine, autres services)

### **1. L'accréditation, la certification du CHSPH par la Haute Autorité de Santé (HAS) :**

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français. La certification est une procédure d'évaluation

externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) réalisent les visites de

certification sur la base du manuel de certification. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé tous les 5 ans.

Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

### **C-Le développement de la gestion des risques, des vigilances et de la gestion des crises**

La gestion des risques est un processus continu qui permet l'identification et l'analyse d'un risque ou d'une situation jugée à risque. Il implique la mise en place d'un plan action afin de diminuer la probabilité la fréquence de survenue et/ou la gravité.

Le programme de gestion des risques est développé suivant les recommandations

introduites par la Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 (*relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé et plus particulièrement*). Il prend en compte les propositions d'amélioration formulées par la HAS, et est élaboré à partir d'un bilan de l'existant. Il est intégré dans le PAQSS.



Ce programme a été élaboré selon la méthodologie suivante :

#### ⇒ **Identification des risques :**

Cette étape se construit sur la base de deux approches complémentaires d'identification du risque :

- Une approche d'identification des risques à posteriori : à travers la gestion des événements indésirables, les résultats de l'autoévaluation, les rapports des autorités publiques (l'inspection vétérinaire, du travail,...), les plaintes, les réclamations et les études nationales.
- Une approche d'identification des risques à priori (repérer le risque à partir d'une analyse de terrain) : à travers les visites de risques, les études de poste (évaluation des risques professionnels), les études de danger, les rapports d'audit, les études et enquêtes thématiques (enquête prévalence, ...).

#### ⇒ **Analyse de l'existant réalisée dans tous les secteurs de l'établissement**

Cette analyse permet d'identifier :

- Les acteurs impliqués dans la gestion des différents risques et dans les démarches d'amélioration de la sécurité,
- Les structures et les circuits existants,

#### ⇒ **Analyse des risques identifiés dans notre établissement**

Cette étape consiste à connaître le niveau de maîtrise de chaque risque identifié et à estimer, à l'aide de critères préalablement choisis, si le risque est résiduel ou s'il nécessite des actions de prévention. Elle est l'occasion de hiérarchiser les risques identifiés en fonction de leurs criticités et d'établir une cartographie des risques.

#### ⇒ **Elaboration de la cartographie des risques :**

A l'issue de l'analyse l'ensemble des risques à priori et à posteriori identifiés

dans l'établissement, sont hiérarchisés et représentés en fonction de leur criticité sur un graphique. Celui-ci fait

l'objet d'une actualisation biannuelle au regard des actions préventives et correctives menées.

#### ⇒ **Définition du plan d'actions de gestion des risques**

En fonction des différentes cartographies des risques, des actions correctives ou préventives sont définies et intégrées dans le PAQSS. Le choix du plan d'actions dépend de la criticité des risques évalués, de la faisabilité des actions et des contraintes politiques, budgétaires, sociales et réglementaires. Le plan d'actions de prévention et de gestion des risques s'articule avec les plans d'actions des structures internes de l'établissement telles que : le CLIN, le CLUD, le CHSCT, la CME, la CRUQPC et le CLAN.

#### ⇒ **Suivi et évaluation**

Chaque risque identifié fait l'objet d'une fiche détaillée qui récapitule :

- La définition du risque
- la criticité du risque (lorsque le risque a fait l'objet d'une évaluation),
- Les actions de prévention et correctives effectuées, en cours et à venir
- Les principales obligations réglementaires et les recommandations de la HAS

La démarche de gestion des risques repose sur une définition claire des responsabilités :

#### **a) Les responsabilités propres à l'encadrement :**

La direction et l'encadrement d'un secteur d'activité ont une responsabilité vis-à-vis des activités mises en œuvre. L'application de la réglementation et des procédures définies dans l'institution fait partie de cette responsabilité. La clarification des responsabilités consiste aussi à définir le rôle de chacun, ce qui doit se faire dans le

respect des compétences. Certaines activités requièrent des compétences adaptées. Des procédures d'organisation, des organigrammes, des fiches de fonction et de postes permettent de définir les missions de chacun, ce qui contribue à préciser les responsabilités.

#### **b) Les responsabilités de chaque professionnel :**

La pratique choisie au cas par cas par le professionnel résulte de l'analyse de la situation (problème posé) et de ses contraintes (urgence, effectifs et équipements disponibles), de la pratique idéale et de sa propre expertise. Dans la plupart des situations de travail, l'atteinte d'une performance acceptable (par soi, par ses pairs, par ses supérieurs hiérarchiques)

laisse de la latitude au professionnel. Il est important que chacun prenne conscience des risques liés aux écarts qu'il décide par rapport à la bonne pratique et fasse un travail personnel pour se mobiliser par rapport au risque (regard sur ses propres compétences, attitude active dans le retour d'expérience).

## **LES VIGILANCES**

Les vigilances sanitaires représentent une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont le signalement, l'enregistrement, le traitement et l'investigation des événements indésirables et incidents liés à l'utilisation de produits et biens thérapeutiques, ainsi que la traçabilité des produits et biens thérapeutiques et la réponse aux alertes sanitaires. Pour chaque vigilance, un

responsable (le vigilant) est nommé par le directeur sur proposition de la CME et un comité spécifique a été mis en place : Le comité qualité gestion des et des vigilances CQGRV.

Le traitement des alertes ascendantes et descendantes est défini pour chaque vigilance.

### **Cinq vigilances sanitaires sont mises en place:**

#### **a- Matéiovigilance**

La matéiovigilance a pour objet : la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux (stériles ou non) après leur mise sur le marché. La matéiovigilance comporte notamment le signalement, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention.

Pour mener à bien ses missions, l'ANSM est en contact avec :

-les correspondants locaux de matéiovigilance pour les alertes descendantes comme les retraits de lots ou

les alertes ascendantes quand l'établissement effectue les déclarations

-les fabricants de DM

-quiconque ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident : les utilisateurs et les tiers : tout professionnel soignant ou médicotéchniques constatant une anomalie lors de l'utilisation d'un DM (stérile ou non) a l'obligation d'effectuer une déclaration en ligne (EI informatisée) sur « Blue medi » en précisant bien le type de matériel, le n° de lot etc.... Il doit conserver le DM médical et son emballage (ne pas l'utiliser) le temps que le responsable de matéiovigilance le récupère pour enquête et déclaration

#### **b- Reactovigilance**

La réactovigilance a pour objet la surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic :

Par exemple : Les réactifs (bandelettes urinaires, bandelettes de dépistage de stupéfiants, les lecteurs de glycémie capillaire)

Le principe est identique à celui de la déclaration de matéiovigilance

Si le réactif est défectueux, il faut conserver le réactif l'emballage le temps que le responsable de la réactovigilance le récupère et bien effectuer la déclaration de l'incident sur « Blue Medi » ( le type, n° de lot etc..)

#### **c- Pharmacovigilance**

La pharmacovigilance est la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable, secondaire résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré... Elle repose sur :

Le recueil basé sur la notification spontanée des effets indésirables par les

professionnels de santé, les patients et associations agréées de patients et les industriels avec l'appui du réseau des 31 centres régionaux de pharmacovigilance. L'enregistrement et l'évaluation de ces informations



La mise en place d'enquêtes ou d'études  
 L'appréciation du profil de sécurité d'emploi  
 du médicament en fonction des données  
 recueillies  
 La prise de mesures correctives  
 (précautions ou restriction d'emploi, contre-  
 indications, voire retrait du produit) et la  
 communication vers les professionnels de  
 santé et le public  
 La communication et la diffusion de toute  
 information relative à la sécurité d'emploi  
 du médicament  
 La participation à la politique de santé  
 publique de lutte contre la iatrogénie  
 médicamenteuse

La pharmacovigilance s'appuie sur une base  
 réglementaire nationale et européenne

pour analyser les risques  
 La pharmacovigilance repose sur le  
 signalement, sans délai, par les  
 professionnels de santé (médecins,  
 infirmières, dentiste...), des effets  
 indésirables susceptibles d'être dus à un  
 médicament. Dès qu'ils soupçonnent un  
 lien, même s'il n'est pas certain, une  
 déclaration peut être effectuée auprès du  
 centre régional de pharmacovigilance.  
 Tout cas suspect ou avéré doit être saisi sur  
 « Blue Medi » « EI prise en charge  
 médicamenteuse. Le responsable  
 « pharmacovigilance » a pour mission de faire  
 suivre au CRPV de Toulouse toutes les  
 alertes ascendantes (les déclarations  
 internes) de suivre toutes les alertes  
 descendantes (retraits de lots...) et de tenir à  
 jour les différents indicateurs

#### **d- L'infectiovigilance**

L'infectiovigilance est l'obligation  
 réglementaire faite aux établissements de  
 signaler en interne, et éventuellement en  
 externe (aux autorités sanitaires et à l'ARLIN  
 aux CCLIN) certaines infections associées  
 aux soins dont les caractéristiques ont été  
 arrêtées par les CLIN de chaque  
 établissement (exemple infection à bactérie  
 hautement résistante, cas groupes de  
 gripes, de gales etc...)  
 L'infectiovigilance repose sur l'identification  
 dans l'établissement, d'infections associées  
 aux soins, particulièrement significatives par

leur caractère de rareté et/ou de gravité. Les  
 signalements bénéficieront d'une évaluation  
 spécialisée par l'équipe opérationnelle  
 d'hygiène (hygiénistes). Le correspondant en  
 infectiovigilance sera chargé d'un éventuel  
 signalement externe aux autorités sanitaires  
 Le but principal est de connaître les causes  
 de ces accidents de façon à mettre en place  
 une politique active de prévention et de  
 traitement de ces infections. Tout cas  
 suspect ou avéré doit être saisi sur « Blue  
 medi EI »

#### **e- Identitovigilance**

L'identito-vigilance consiste en l'organisation  
 et la mise en œuvre d'un système de  
 surveillance, de correction et de prévention  
 des erreurs et risques liés à l'identification du  
 patient. Les acteurs concernés sont:

- Tous les patients sans exception
- Tous les professionnels intervenant  
auprès et autour du patient
- Dans tous les secteurs, dans toutes  
les étapes de la prise en charge

Exemples : Mauvaise identité (problème  
d'orthographe), Informations erronées,

Soins inadaptés, Mélange de données d'un  
patient à un autre ou dispersion de données.

La cellule d'identitovigilance (CIV) a  
obligation de se réunir 4 fois/an avec pour  
obligation de suivre les indicateurs (nombre  
d'EI) les plans d'actions proposés etc..

**Objectif :** Passer de l'identité administrative  
à but de facturation à une culture  
d'identification clinique dans le cadre de la  
sécurité des soins. C'est à dire, positionner  
la définition de l'identité du patient comme la  
première étape de l'acte de soins

### III- LA GOUVERNANCE DU MANAGEMENT DE LA QUALITE

#### A. Les instances de pilotages

---

##### 1-La direction générale :

Garante de la qualité et de la sécurité des soins, elle s'appuie sur le comité de pilotage. Ses missions sont :  
Contribuer à la définition et à la mise en œuvre d'une politique de prise en charge de l'utilisateur permettant de garantir ses droits et d'atteindre les objectifs de qualité et de sécurité.

Garantir le développement et la dynamique de la démarche qualité et gestion des risques.  
Assurer le respect des réglementations concernant la prise en charge des usagers.

##### 2- La Conférence Médicale d'Etablissement

Elle participe à l'élaboration de la politique de santé au service des usagers, en particulier dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques associés aux soins, de l'accueil et de la prise en charge.

Elle approuve le plan d'action qualité et son rapport de suivi annuel.  
Elle valide les plans d'actions des EPP.  
Elle approuve le rapport annuel de la sous commission EPP.  
Elle donne son avis sur le plan de communication et le plan de formation

##### 3- Le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques :

Son rôle est de définir ou réajuster les orientations de la politique qualité et de gestion des risques, d'affecter les moyens matériels et humains nécessaires à sa mise en œuvre, de suivre les démarches de certification et de valider le compte Qualité de l'établissement. **Il est l'outil de** pilotage

et de management stratégique de la démarche d'amélioration de la qualité, des certifications et des évaluations externes : Il valide la gouvernance qualité sécurité des soins et les orientations de la politique qualité sécurité des soins déclinés dans les projets des établissements de la Fondation.

##### ➤ Composition :

- Le Directeur des établissements
- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Le Vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement
- Le Secrétaire général
- Le Directeur des soins ou un cadre infirmier
- Le directeur des ressources humaines
- Le Directeur des Services Economiques, travaux et Logistiques
- Le Directeur du CSDA si besoin
- Le directeur de la MAS si besoin
- Deux représentants des usagers
- Les Présidents du CLIN, CLAN, CLUD, sous COM des EPP...
- Un représentant du Comité d'entreprise

- Un représentant du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- Le coordonnateur des risques liés aux soins et service qualité/GDR

- Le responsable du Management de la Qualité et de la Prise en Charge Médicamenteuse

### **Missions :**

- Valide la politique Qualité gestion des risques
- Prend connaissance de l'organisation concernant les procédures de certification de l'établissement, par la HAS, l'ANESM et les autres certifications externes
- Pilote les démarches d'évaluation externes (ex : certification HAS, certification ANESM, certification ISO...) : Désignation des chefs de projets chargés de conduire les travaux dans les deux domaines, établissement du calendrier prévisionnel de réalisation des plans d'actions Qualité/GDR
- Valide l'évaluation annuelle du PAQSS et à sa réactualisation
- Veille à la cohérence entre le PAQSS , les recommandations formulées par la Haute Autorité de Santé, l'ANESM, les exigences réglementaires et les guides de bonnes pratiques
- Valide le compte qualité de l'établissement (le PAQSS)
- Prend connaissance des indicateurs et peut proposer des actions d'amélioration le cas échéant
- Valide la composition et l'organisation des groupes de travail et les outils d'amélioration proposés
- Impulse la dynamique qualité dans l'établissement. Il propose les plans de formation et une adaptation des besoins en ressources humaines
- Valide le plan de communication (certifications-évaluations externes)

### **Fonctionnement :**

Un minimum de deux à trois réunions annuelles

### **Objectifs :**

- Le COPIL QGR valide le bilan de réalisation du plan d'actions de l'année écoulée, les objectifs et le plan d'actions pour l'année à venir, proposé par la cellule Qualité/GDR. Il définit les actions à reporter ou à annuler.
- Le COPIL QGR prend connaissance du bilan d'étape du suivi des différents projets en cours et vérifie que les actions menées répondent aux objectifs.
- Les conclusions de chaque réunion du COPIL font l'objet d'un article sur l'intranet à l'attention de l'ensemble des personnels de l'établissement dans la lettre de l'hôpital.
- A la demande du Directeur des établissements il peut se réunir autant de fois que nécessaire pour prendre connaissance et valider toute décision en lien avec le management et le pilotage qualité des établissements



## **Le Service Qualité/GDR**

Placé sous la responsabilité hiérarchique du directeur des établissements, il se compose de 4 temps plein :

- une responsable qualité coordonnateur des risques associés aux soins
- une technicienne en gestion des risques
- un infirmier hygiéniste
- une secrétaire

La responsable qualité coordonnateur des risques,

- Rédige le projet de la politique Qualité gestion des risques, assure l'accompagnement méthodologique et le suivi du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, incluant l'évaluation des pratiques professionnelles
- Elabore les cartographies des risques en lien avec les pilotes nommés
- Tient à jour le compte qualité ,les autres données sur SARA

- Assure le suivi de certification,
- Prépare les réunions des différents comités et commissions .
- Etablit le bilan annuel qualité Hygiene gestion des risques

Le service est chargé de la gestion du système documentaire relatif à ces deux domaines. Il apporte également un soutien méthodologique à l'organisation et la réalisation des procédures de certification de l'établissement. Il suit l'ensemble des évènements indésirables, conduit les analyses de causes selon la gravité, teint à jour le logiciel BMS, tient à jour le document unique des risques professionnels

L'infirmier Hygiéniste à en charge l'ensemble du programme d'action de lutte contre les infections associées aux soins validé annuellement en CME , et le suivi des différents indicateurs

## **Le Comité Qualité / Gestion des Risques et Vigilances « CQGRV**

De composition pluri professionnelle et transversale, le CQGRV coordonne la gestion des risques et les vigilances sanitaires. Il permet la coordination, la mutualisation des données (démarches,

suivi indicateurs, ...) entre les différents acteurs (management, prise en charge des patients, qualité /risque, vigilances sanitaires, sécurité..)

### ***La composition :***

- Le Directeur des établissements
- Un médecin psychiatre (de la CME-EPP)
- Les vigilants sanitaires : (identito – matério – réactio – pharmaco – infectio )
- Le service qualité gestion des risques
- La responsable des droits des patients
- Un cadre de santé du secteur de soins adultes,
- Un cadre de santé du secteur de soins de pédopsychiatrie,
- Un responsable des services techniques
- Un chef de service de la MAS selon l'ordre du jour
- Un chef de service du CSDA selon l'ordre du jour

### ***Les missions principales:***

- Coordonne les vigilances les vigilances sanitaires.
- S'assure que chaque vigilant sanitaire présente ses indicateurs
- Coordonner la veille réglementaire sur l'ensemble des domaines : administratif, économique, sanitaire, technique.
- S'assurer que chaque acteur suit les évolutions réglementaires propres à son champ d'intervention et en assure la diffusion auprès de l'ensemble du personnel.
- Prend connaissance du bilan des événements indésirables et propose des actions afin de limiter les risques (maîtrise)
- assure la mise en œuvre des CREX et leur suivi
- Coordonne et programme la mise en place des actions correctives et préventives
- Prend connaissance du suivi PAQSS en lien avec les événements indésirables
- Valide des documents (procédures , protocoles ...) pour les documents en lien avec les organisations

### ***Son fonctionnement :***

Il se réunit 3 à 4 fois/an .Les comptes rendus de réunion validé sont à disposition dans l'intranet

### **La sous commission EPP de la CME**

Les principales missions de la Sous-commission EPP sont définies ci-après :

- Définition annuelle de la stratégie de développement de l'EPP dans l'établissement et évaluation de la bonne mise en œuvre de cette stratégie qui doit être :
  - conforme aux exigences posées par la réglementation dont la procédure de certification, les indicateurs généralisés et la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) ;
  - en adéquation avec les bonnes pratiques de prise en charge des patients, les orientations du projet médical et plus largement du projet d'établissement.
- Choix des thèmes d'EPP : nouvelles EPP à conduire et pérennisation des EPP déjà conduites ;
- Organisation des modalités de déploiement de l'EPP avec identification des personnes ressources ;
- Validation des Groupes de Projets EPP ;
- Définition des modalités de l'accompagnement méthodologique ;
- Suivi des démarches en cours par des bilans d'étape réguliers et définition des modalités de communication aux professionnels ;
- Evaluation de l'efficacité des EPP conduites.

### ***Responsabilités du coordonnateur de la Sous-commission EPP***

- agit sous l'autorité et sous la responsabilité du Président de la CME en lien avec le Directeur ;
- coordonne le déploiement de la Démarche EPP
- s'assure que les EPP sont déployées dans tous les secteurs d'activités
- accompagne les professionnels sur un plan méthodologique en lien avec le RAQ;

- organise les réunions de la Sous-commission EPP ;
- Valide l'ordre du jour et les comptes-rendus des réunions de la Sous-commission EPP en lien avec le service qualité
- S'assure de la centralisation les documents de preuve EPP – RMM (revues de morbi-mortalité) en lien avec le service qualité

- Valide le tableau de bord EPP de la H.A.S. ;
- S'assure que les CR de RMM et le compte-rendu annuel global des RMM sont tenus à jour
- établit le rapport annuel d'activité de la Sous-commission EPP.
- S'assure du suivi du DPC (médical)
- Valide les protocoles (méthodes EPP)

### **Responsabilités des Pilotes des Groupes EPP**

Le Pilote du Groupe EPP :

.agit en lien avec le Médecin coordonnateur de la Sous-commission EPP ;  
 .anime le Groupe EPP pluri professionnel voire pluridisciplinaire ;  
 .conduit les travaux du Groupe selon la méthodologie EPP : choix des référentiels et / ou recommandations, audits de pratiques, définition d'actions d'amélioration, mises en œuvre,

.Planifie le suivi du plan d'action avec le groupe en lien avec la responsable qualité  
 .organise la communication sur les travaux menés auprès des professionnels et instances concernés en lien avec le service qualité  
 .participe à la définition d'indicateurs de suivi ;  
 .évalue les besoins de formation en matière d'EPP des membres du Groupe voire plus largement des professionnels de son secteur d'activité en lien avec le service qualité .

### **C. Le pilotage en continu**

#### **Les référents qualité sécurité des soins :**

L'ensemble de l'encadrement des unités des soins service se réunissent au minimum tous les deux mois avec le service qualité.

Objectifs : suivi de travaux en cours, présentation des travaux validés pour mise en application et décision collective des modalités de mise en application : formation action, diffusion des documents, notes d'info

#### **Les correspondants hygiène (ICH et ASH).**

relais de l'EOH dans les services de soins sont amener à réviser les protocoles, procédures d'hygiène, participer aux enquêtes épidémiologiques, audits etc.. et en charge avec le responsable de l'unité de

#### **Les correspondants douleurs :**

Participent aux réunions de CLUD sont chargés en lien avec les responsables des unités de soins de l'application des bonnes pratiques en matière de lutte contre la douleur ( protocoles ) assurent les actions

#### **Les groupes de travail animés par le**

**chef de projet** sont chargés dans le cadre des plans d'actions de faire un état des lieux de l'existant selon les thématiques à traiter, de mesurer les écarts / aux bonnes pratiques, d'élaborer des documents qualité ou de proposer tout autre modalité afin de réduire les écarts/ bonnes pratiques (supports pédagogiques, des formations actions, des actions de sensibilisation..)

soins la mise en application des bonnes pratiques, la déclaration des IAS et les IN .Ils participent aux réunions de travail avec l'EOH

de sensibilisation à l'évaluation et la traçabilité de la douleur dans leur service. Ils peuvent être amenés à demander en réunion de CLUD des moyens supplémentaires pour mieux prendre en charge la douleur

### **Les auditeurs internes :**

Sont volontaires, formés et participent aux audits validés dans le plan d'audits annuel élaboré par le service qualité. Ils participent à

la réunion d'analyse et peuvent proposer des axes d'amélioration

## **2- Les Comités de retour d'expérience (CREX)**

Objectif : Il s'agit d'une démarche collective où la recherche de l'ensemble des causes, à partir d'une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs.

Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMED.

1. Choix collégial par le CREX d'un événement avec présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), R qualité C risques aux soins
2. choix d'un seul événement pour analyse –

3. Choix d'un pilote (formé à la méthode spécifique Orion® Alarm )
4. Présentation par le pilote de l'analyse l'événement choisi lors du CREX précédent
5. Choix des actions correctives et désignation du responsable de l'action et de son échéance
6. Suivi des actions correctives précédentes
7. Communication

Ils sont réunis systématiquement pour l'analyse des événements indésirables graves .Si l'urgence ou la gravité le rendent nécessaire, un débriefing est organisé

### **Les divers comités de l'établissement :**

Chaque structure ci-dessous participe aux actions d'amélioration de la qualité et participe aux actions de prévention et de gestion du risque à travers ses plans d'actions respectifs : Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN),

Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la sous- commission EPP

### **Le comité QPR**

Son rôle est de s'assurer du fonctionnement continu de la démarche qualité et de la gestion des risques et de prévenir tous dysfonctionnements. Il permet la coordination entre le service qualité et le service du droit des usagers (en charge des plaintes et réclamations) .Il se réunit 1 fois

par mois, plus souvent et à la demande d'un des membres si événements graves ou récurrents (EI ou plaintes ...)

## **Ses missions**

Gestion des risques à posteriori Bilan d'étape du programme actions (actions du PAQSS) en cours et planifié

### Réclamations et plaintes

Prend connaissance de toutes les plaintes et réclamation y compris les souhaits ou demandes des patients inscrits sur les enquêtes de satisfaction ou les mains courantes  
Analyse les plaintes et réclamations et propose une méthode d'analyse des causes

S'assure de l'intégration des plaintes, réclamation dans le système de déclaration des événements indésirables (traçabilité, criticité, plan action)  
S'assure que le suivi est présenté en CRU

### Evénements indésirables

Présentation de tous les EI du mois en cours, des plans d'actions

Pour les EI graves récurrents  
Suivi REX

### Point étape sur les actions du PAQSS

Travaux validés, en cours, non-initiés

- Le directeur des établissements
- Le service qualité
- Directeur de soins
- La responsable des droits des patients

### **Composition :**

## **D- La cellule de crise**

---

La cellule de crise est l'organe unique de décision et de coordination en cas de crise majeure nécessitant le déclenchement d'un plan d'urgence...

elle est confrontée. Selon la nature de l'événement, l'appel à des personnes expertes (interne ou externe) peut s'avérer indispensable

La cellule de crise doit être adaptée à chaque type de situation de crise à laquelle

## **IV- La mise en œuvre du management par la Qualité :**

**Le PAQSS : Les objectifs du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

- Pérenniser le suivi de la démarche qualité incluant avec le suivi de la démarche de certification
- Faciliter la lisibilité du suivi des actions (pilotage) lors des différentes

réunions : service qualité C QPR, référents qualité directoires de pôles, comités, commissions, encadrement..

- Nommer des pilotes par processus ou sous processus
- Eviter tout travail en doublon
- Permettre la fusion de groupes de travail (créer des synergies)
- Permettre un suivi par objectifs et indicateurs
- Permettre un ajustement des fiches actions en fonction des besoins de l'établissement (documents qualité manquants, ajustements de bonnes pratiques) ou des nouvelles circulaires, de la réglementation, des recommandations des sociétés savantes, résultats des évaluations
- Permettre la lisibilité des éléments de preuve en lien avec les actions menées
- Mettre à disposition de l'ensemble des salariés et du grand public un tableau de bord lisible

**Les tableaux de et indicateurs sont présentés et suivis lors de chaque commissions selon l'ordre du jour**

- Le tableau de bord des EPP
- Les indicateurs « HOPITAL NUMERIQUE »
- Les indicateurs nationaux qualités sécurité des soins IPAQSS et LIN

## **V- LES SUPPORTS A LA MISE EN ŒUVRE DU MANAGEMENT PAR LA QUALITE :**

### **A- La gestion documentaire**

---

« Un système documentaire est un ensemble structuré et organisé de documents de natures différentes » Norme AFNOR FD S 99-31

#### **Les objectifs de la gestion documentaire**

Formaliser par écrit les règles de fonctionnement et les pratiques professionnelles selon la procédure des procédures

Sauvegarder le savoir-faire.

Harmoniser les pratiques entre les différents acteurs réalisant entièrement ou partiellement une même tâche ou activité et les retranscrire dans le cadre des documents qualité validés

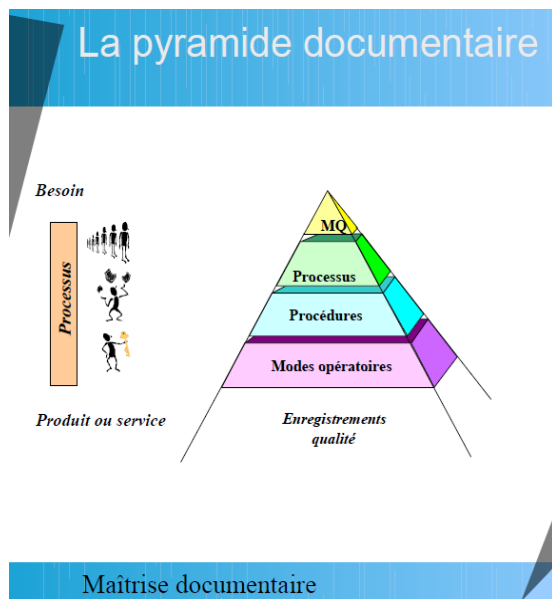
Rendre l'information accessible à tous les acteurs via l'informatique (gestion électronique des documents)

S'assurer que l'information est valide et d'actualité ( base documentaire à jour)

Prévenir les risques et les dysfonctionnements.

Formation des nouveaux arrivants.

## Les composantes du système documentaire



Dans le cadre de la maîtrise documentaire

L'organisation s'articule selon une pyramide documentaire

- Les processus
- Les procédures
- Les protocoles de soins
- Les modes opératoires, les fiches techniques
- Les enregistrements

Selon une méthode de classement validée en lien avec la GED et selon la procédure des procédures

Les documents sont rassemblés dans le manuel qualité déclinant les lignes directrices de la politique qualité : déclinaison des processus.... La procédure des procédures a été révisée en 2014 la gestion documentaire sera centralisée dès la mise en place de l'Intranet

## B- La formation, la sensibilisation et le plan de formation

**Le plan de formation intègre un axe qualité sécurité des soins.**

L'articulation entre le service qualité et le service de formation est formalisée.

Le service qualité sous l'égide du Directeur des établissements en lien avec les Comités, commissions, chefs de pôles, encadrement déterminent les besoins en matière de formation à partir :

- Des circulaires ou et / ou décrets d'application, nouvelles recommandations de la HAS ou de l'ANESM
- Des résultats des enquêtes de pratiques ou d'audits
- De la nécessité de maîtriser de nouvelles méthodes à appliquer dans le cadre du management par la qualité
- Du PAQSS (en lien avec certaines fiches actions)

Les cahiers des charges proposés par les différents organismes sont validés par le service qualité et le Directeur des établissements puis transmis au service RH

### Les actions de formation /action, de sensibilisation

Les groupes de travail, les commissions, comités et les référents déterminent lors des plans d'actions en lien avec le PAQSS les modalités à mettre en œuvre afin les acteurs puissent maîtriser de nouvelles pratiques et/ou connaissances. Les modalités peuvent s'organiser sous forme de :

- formation action déployées dans les services
- conférences débats
- supports pédagogiques
- d'ateliers
- de scenarii etc....



Le suivi des indicateurs (nombre de personnes formées) est tenu à jour au niveau du service RH puis reporté par pôle en lien avec la DSI

### **La formation au management qualité et sécurité des soins**

Impulsé par la Direction, l'ensemble de l'encadrement médical et soignant des pôles et des services de soins (2 groupes) bénéficie d'une formation avec pour objectifs :

- Développer une culture commune sur la gestion coordonnée de la qualité et la sécurité des soins au sein de chaque pôle et service
- S'approprier la conduite managériale des démarches qualité sécurité
- Développer une culture de signalement des EI et de maîtriser des méthodes d'analyse type « ORION »
- Renforcer la pratique d'accompagnement sur le traitement a posteriori du risque avec la RMM et les CREX

Le programme développé pour chacun des groupes repose sur les mêmes contenus adaptés aux responsabilités et délégations des participants

### **La formation à l'EPP**

L'ensemble des pilotes et professionnels participant aux EPP bénéficie d'une formation à la démarche d'évaluation des pratiques professionnels afin de développer une pratique managériale par la démarche d'amélioration continue de maîtrise du risque