

La politique qualité du Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie

Elaboré en Août 2005 par le Comité Qualité, ce document concrétise la politique qualité du Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie.

Il précise les responsabilités en matière de qualité, définit l'organisation générale et le fonctionnement du système qualité dans une première partie.

Il comprend dans une seconde partie le programme qualité et le programme de prévention des risques prévu sur une durée de trois ans.

Cette présente politique est à réexaminer entièrement au minimum tous les trois ans et diffusée au sein de l'institution

LES GRANDES ETAPES DE LA QUALITE AU C.H.T.N.C.....	4
CHAPITRE 1 : ENGAGEMENT	25
CHAPITRE 2 : RESPONSABILITE EN MATIERE DE QUALITE	27
2.1 Organigramme hiérarchique	27
2.2 Organigramme fonctionnel.....	29
2.3 Les responsables des secteurs d'activité.....	30
CHAPITRE 3 : FONCTIONNEMENT DES ACTEURS	30
3.1 Le Comité Qualité	30
3.2 La Cellule Qualité.....	34
3.3 Les commissions.....	34
3.4 Les groupes de travail.....	36
CHAPITRE 4 : ORGANISATION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES..	36
4.1 Définition des objectifs et élaboration du programme	36
4.2 Mise en œuvre des objectifs	37
4.3 Système documentaire qualité	38
4.4 Evaluation de la qualité	38
CHAPITRE 5: DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE.....	22
5.1 La communication.....	22
5.2 La formation et la sensibilisation.....	22
ANNEXES.....	44

Les grandes étapes de la qualité au CHTNC

Début 2003, sous l'impulsion du gouvernement et des instances une véritable démarche qualité est étendue à l'ensemble de notre établissement en liaison avec le projet d'établissement.

En finalité, l'objectif est d'aboutir à une véritable accréditation à l'instar des établissements de santé métropolitains sans pour autant avoir les mêmes contraintes réglementaires.

La qualité existe pourtant depuis plusieurs années : dès 2000 en pionnier, le service de stérilisation de Gaston Bourret entame une réflexion sur son organisation et ses bonnes pratiques entraînant dans son sillage les services du bloc opératoire Gaston Bourret, du S.T.S., du laboratoire et de l'imagerie.

Un travail important est réalisé dans ces services où commence à germer une culture qualité.

Pour mener à bien le projet institutionnel, le Dr. Catherine MERZEAU, chef du service d'imagerie et M. Dominique DELPECH, sous-directeur, sont nommés chefs de projet, un comité de pilotage est créé.

Dès lors, le 17 juin 2003, l'équipe projet est constituée et le travail peut commencer ; il repose uniquement sur la volonté d'agents hospitaliers qui doivent par ailleurs continuer à assumer leur activité quotidienne.

Parallèlement, les premiers contacts sont pris avec des hôpitaux déjà engagés dans la démarche et avec l'H.A.S. (**Haute Autorité de Santé** anciennement **A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**).

Le 8 mars 2004, le directeur, Henri CARREAUX - THUILLIEZ officialise la démarche qualité par note de service ; désormais le point de non-retour est franchi, la qualité devient l'affaire de tous.

Il est décidé d'orienter les premières actions sur la gestion des risques.

En effet, la sécurité est une des dimensions majeures de la qualité des soins et correspond à une des attentes principales des patients vis à vis du système de santé. Protéger les personnes, garantir la sécurité des activités sont des objectifs constants à l'hôpital.

Or, l'activité médicale, les fonctions hôtelières et l'environnement de l'établissement impliquent de par leur nature même, des risques dans des domaines très variés.

La gestion des risques consiste à mettre en place toutes les actions utiles pour prévenir ces risques, corriger leurs effets lorsqu'ils sont néanmoins survenus et éviter leur répétition.
En quelques mots, c'est essayer de rendre l'hôpital plus sûr pour tous ceux qui le fréquentent.

Plus précisément, différents objectifs sont assignés à la gestion des risques :

- ◆ La sécurité des personnes : patients, personnels, visiteurs ;
- ◆ La sécurité financière et la pérennité de l'établissement. L'optimisation des coûts générés par la prévention des risques est également un objectif recherché ;
- ◆ La préservation de l'image et la réputation de l'établissement : l'atteinte à la réputation de l'établissement, à son image est un risque majeur. On peut alors définir ce risque comme ce qui affecte la confiance à long terme ;
- ◆ La sécurité juridique : les professionnels savent que leur responsabilité pénale personnelle ou celle de l'établissement lui-même peut être engagée lorsqu'un dommage se produit. Apporter la preuve au juge que des mesures de prévention et de gestion des risques avaient été mises en place permet aux professionnels d'assurer qu'ils avaient bien effectué ce que le Code pénal nomme « les diligences normales » (article 121.3 du Code pénal) ;
- ◆ L'assurabilité, c'est à dire la possibilité de contracter une assurance à un coût raisonnable. La mise en place d'un dispositif de gestion des risques constitue un élément favorable pour maintenir l'assurabilité d'un établissement.

Cette première étape aboutit à la fin du premier semestre 2004, à la réalisation d'un Programme unique de prévention (P.U.P.) de 218 fiches actions et à la mise en place en mai 2005, d'un système de déclaration d'événements indésirables (F.E.I.).

Chapitre 1 : Engagement

Le 08 mars 2004 ; la direction générale, en la personne de son directeur M. Henri Carreaux-Thuilliez, officialise l'engagement de notre établissement dans une démarche de management intégrant la qualité et la gestion des risques par la note de service suivante :

NOTE DE SERVICE N° 2004/26 du 8 mars 2004

Objet : Officialisation de la démarche qualité

Le Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie a initié depuis quelques mois une **démarche qualité** concernant, dans une première étape, la gestion des risques.

Cet objectif fondamental est intégré au projet d'établissement.

Les instances de l'établissement, lors de leurs dernières séances, ont approuvé la création du comité qualité et le document de référence : la «procédure des procédures» (Cf. documents joints).

Dès lors, par la présente, je rends officielle la démarche qualité au sein de l'ensemble des services de l'établissement.

En conséquence, je vous demande de recenser les procédures existantes, de les mettre en conformité avec la « procédure des procédures » et de les soumettre à la validation du comité qualité selon les modalités prévues dans ce document.

Je vous informe par ailleurs, qu'a été créée une cellule qualité chargée de la coordination de la politique qualité. Elle se tient à votre disposition aux coordonnées rappelées ci-dessous : *

En ma qualité de Directeur, je souhaite que chaque professionnel de notre établissement agisse dans la perspective d'une qualité globale et pérenne de nos prestations et m'engage à soutenir toute action en ce sens, autant que faire se peut.

Henri Carreaux-Thuilliez

* Poste 2018 – DECT 1191 – E-MAIL : qualite@cht.nc

La mission de notre établissement est de prendre en charge tout patient relevant de sa compétence en lui prodiguant les soins les mieux adaptés à son état de santé et à sa demande, dans le respect de la personne humaine et de l'éthique médicale, en suivant les progrès des connaissances médicales et techniques actualisées.

Nos engagements

- Comprendre les besoins et attentes des patients et s'assurer qu'ils sont bien perçus et satisfaits
- Prouver la qualité des soins que nous devons légitimement au patient et promouvoir l'amélioration continue en terme de qualité et de gestion des risques
- Respecter les obligations légales et administratives applicables
- Sensibiliser et former le personnel à la qualité et à la gestion des risques
- Impliquer l'ensemble des collaborateurs dans une dynamique basée sur une démarche participative et sur la reconnaissance des compétences

Nos objectifs qualité

- Améliorer le service médical rendu
- Mettre en œuvre les principes des chartes et conventions
- Mettre en œuvre une politique d'évaluation des prestations fournies au patient
- Déployer la culture qualité

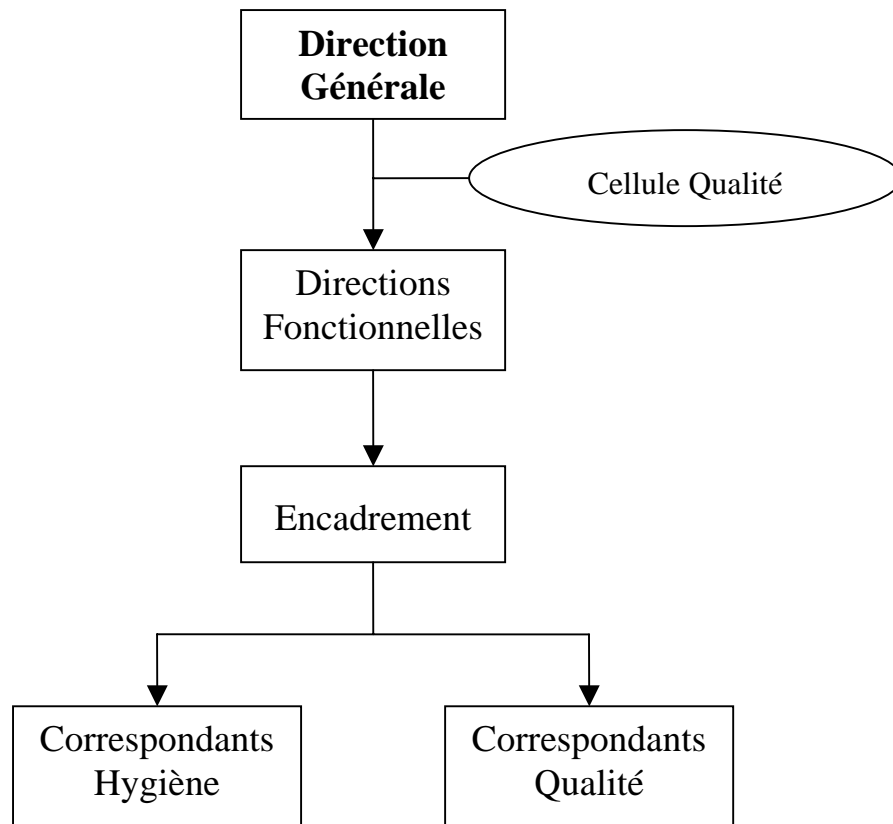
Nos objectifs gestion des risques :

- Développer la culture de gestion des risques par la mise en place des signalements des événements indésirables et d'une organisation de gestion de crise
- Mettre en œuvre un plan d'action de prévention des risques
- Rendre l'établissement plus sûr tant pour les patients que pour les professionnels
- Inscire l'établissement dans une logique de développement durable vis à vis de l'environnement

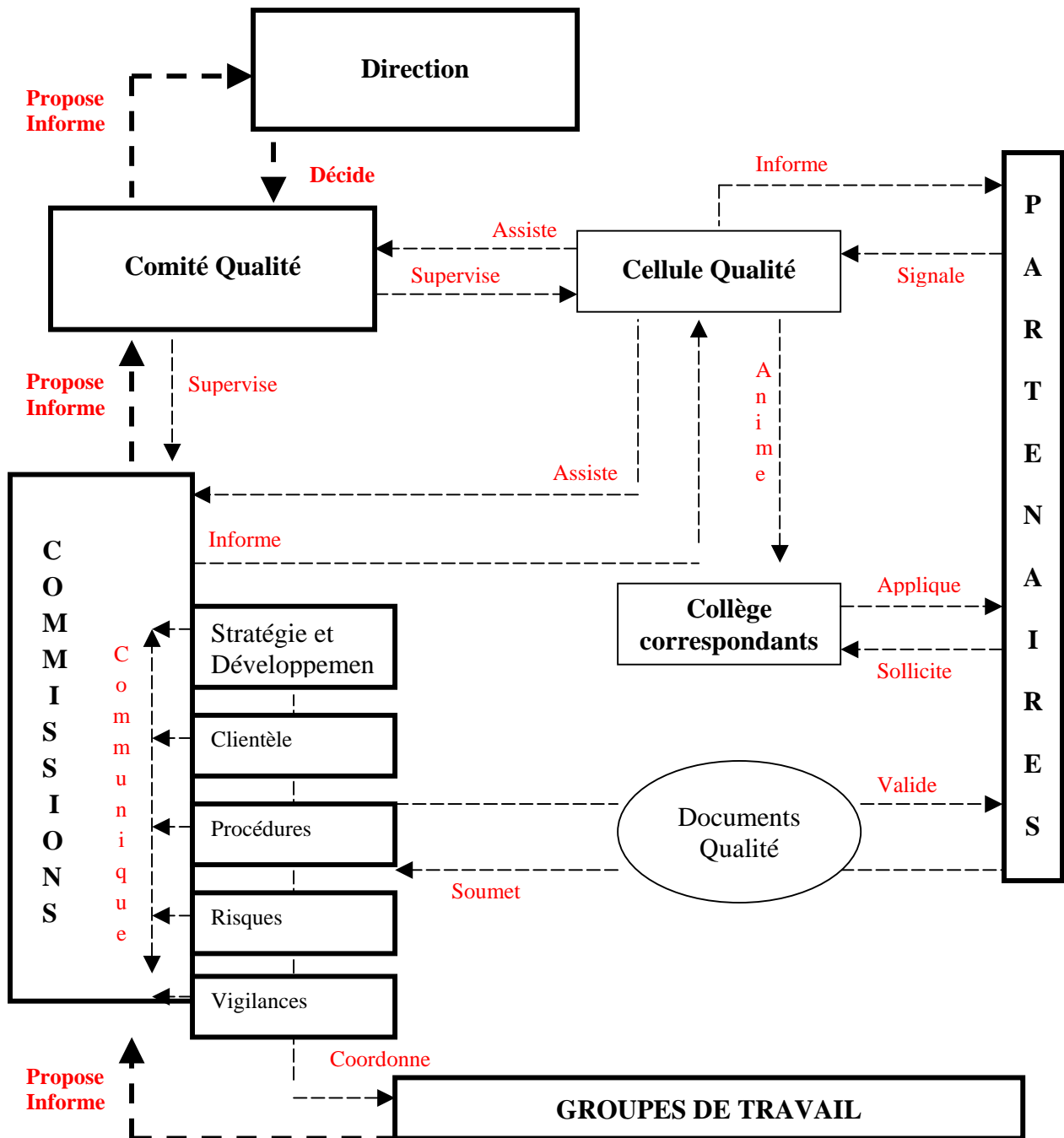
Chapitre 2 : Responsabilité en matière de qualité

La direction du Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie est responsable de l'élaboration de la politique dont elle confie la supervision au Comité Qualité.

2.1 Organigramme hiérarchique



2.2 Organigramme fonctionnel



Partenaires :

- Partenaires extérieurs,
- Instances,
- CLIN,
- Cellule hygiène,
- Médecine du travail,
- Directions et Unités fonctionnelles.

2.3 Les responsables des secteurs d'activité

L'établissement souhaite donner à l'encadrement un rôle important dans le déploiement de la politique qualité.

Les responsables des secteurs d'activité, qu'ils soient soignants, administratifs ou logistiques, doivent soutenir l'implication des agents de leur service dans la démarche qualité en facilitant le travail et la participation aux groupes de travail.

L'encadrement doit tendre à faciliter la mise en œuvre des actions d'amélioration proposées par le Comité Qualité.

Il veille au respect des procédures validées et diffusées.

Chapitre 3 : Fonctionnement des acteurs

3.1 Le Comité Qualité

Le Comité qualité est placé sous l'autorité directe du Directeur d'établissement.

Il a vocation à représenter l'ensemble des personnels de l'établissement.

Il travaille en coopération avec les instances de l'établissement.

Ses membres sont agents de l'établissement ou siègent dans les instances de l'établissement.

Il est animé par un Président.

Il travaille en étroite collaboration avec la cellule qualité.

5 commissions sont rattachées au Comité qualité :

- ✓ La commission vigilances,
- ✓ La commission risques
- ✓ La commission procédures,
- ✓ La commission clientèle,
- ✓ La commission stratégie et du développement.

3.1.1 *Composition*

Le Comité qualité est constitué comme suit :

- Trois représentants de la direction
- Quatre représentants de la C.M.E.
- Le président du C.L.I.N.
- Deux représentants du C.T.P.
- Deux représentants du C.H.S.C.T.
- Deux représentants de la D.S.S.I. dont la D.S.S.I.
- Un représentant de l'encadrement médico technique
- Deux personnes qualifiées nommées par le directeur

3.1.2 *Missions*

Le Comité qualité exerce deux types de missions :

- Il est une instance de propositions et d'évaluation.

Le Comité qualité contribue à la définition de la politique qualité et est consulté sur tous les sujets relevant de l'assurance qualité pour lesquels il émet des propositions au Directeur.
Il assure en particulier :

- ✓ **La définition des principes de la politique qualité,**
Le Comité élabore et propose les principes devant régir la politique qualité de l'établissement.

- ✓ **L'Information de la direction générale** sur la mise en œuvre de programme qualité,

- ✓ **La programmation des différentes phases** du projet de démarche d'amélioration continue de la qualité à partir des propositions de la commission stratégie et développement :
 - Mise en place d'un dispositif de gestion des risques : études des risques identifiés par l'HAS sous la forme de fiches de sécurité sanitaires et proposition d'un dispositif de signalement et de traitement curatif, correctif et préventif,
 - Mise en œuvre d'un plan d'assurance qualité consistant à s'assurer de l'existence de procédures relatives à l'ensemble de l'organisation hospitalière,
 - Procédure d'auto évaluation à partir des référentiels,
 - Certification type HAS : engagement de la Direction et visite des experts.

- ✓ **L'évaluation** des résultats obtenus, de la satisfaction des objectifs fixés et de la conformité aux référentiels appropriés.

- ✓ **L'élaboration ou la réorientation du programme qualité** en regard des propositions réalisées par les différentes commissions, la cellule qualité, les groupes de travail ou des résultats des évaluations réalisées.

3.2- Il est une instance de supervision de la démarche qualité.

Le Comité qualité supervise les travaux des services engagés dans la démarche qualité. Il rend compte de son action auprès des instances de l'établissement.

Il assure en particulier :

- ✓ **La définition de méthodes et indicateurs adaptés au suivi du projet,**
Le Comité élabore et propose tous types de supports, documents ou méthodologies aptes à permettre les travaux en cours et orienter l'action des services concernés.

- ✓ **La supervision et la coordination du travail des commissions**
Le Comité qualité oriente l'action et prend connaissance du travail des commissions afin de valider les propositions ou conclusions faites par celles-ci.

- ✓ **Il initie la constitution de groupe de travail,** en fonction des orientations retenues, soit directement ou soit par l'intermédiaire des commissions.

✓ **Il valide le rapport annuel.**

3.1.3 Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du Comité Qualité sont définies par son règlement intérieur.
[\(annexe 1\)](#)

3.2 La Cellule Qualité

La Cellule Qualité assiste le Comité Qualité et est l'organe opérationnel de la démarche. Elle collabore étroitement avec la direction, le comité qualité et les différentes commissions.

3.2.1 Composition

- L'assistant qualité
- La secrétaire

La cellule qualité peut faire appel à un consultant extérieur.

3.2.2 Missions générales

- Apporter un soutien méthodologique au Comité Qualité (CQ), aux commissions et aux groupes de travail.
- Mettre en place des outils de mesures.
- Participer au suivi des actions d'amélioration et veiller au respect du calendrier prévu.
- Soutenir le déploiement de la qualité et de la gestion des risques par la formation.
- Participer à la communication autour des démarches qualité et gestion des risques.
- Gérer les fiches d'événements indésirables et participer à la coordination des vigilances.
- Participer à la veille juridique, en transmettant aux gestionnaires de risques et aux vigilants les informations les concernant.
- Animer le collège des correspondants.

3.3 Les commissions

3.3.1 La commission Vigilances :

3.3.1.1 Missions :

La commission vigilance est chargée d'organiser le signalement des événements indésirables en lien avec l'utilisation des produits de santé.

Elle a la responsabilité :

- de mettre en œuvre et évaluer les procédures de signalements concernant les activités de vigilance,
- d'aider à la sensibilisation des acteurs de l'hôpital dans le domaine des vigilances
- de veiller au respect des règles concernant les alertes sanitaires
- de proposer des actions correctives ou préventives dans le champ de leurs responsabilités
- d'assurer une coordination correcte entre tous les correspondants locaux des vigilances

3.3.1.2 Fonctionnement :

Cf. règlement intérieur ([annexe 2](#))

3.3.2 La commission Risques :

3.3.2.1 Missions :

La commission risques est chargée :

- d'aider à la sensibilisation des acteurs de l'hôpital dans le domaine des risques
- de proposer des actions correctives ou préventives dans le champ de leurs responsabilités
- d'assurer une coordination correcte entre tous les gestionnaires de risques.

3.3.2.2 Fonctionnement :

Cf. règlement intérieur ([annexe 3](#))

3.3.3 La commission Clientèle :

3.3.3.1 Missions :

La commission clientèle est chargée de :

- ✓ La communication avec les usagers et le respect des droits du patient
 - Garantir au patient une information claire
 - Organiser le circuit du livret d'accueil
 - Droits au consentement, de disposer de son corps, de donner la vie
 - Droit à l'information
 - Secret médical
 - Confidentialité
 - Dignité, douleur, fin de vie
- ✓ Le dossier patient
 - Répondre à la législation en lien avec le dossier
 - Contenu
 - Accessibilité
 - Circulation
- ✓ Les liens avec les partenaires
 - Participer, organiser formaliser la circulation des informations entre partenaires
 - Evaluer, réactualiser les conventions sous l'angle patient.

3.3.3.2 Fonctionnement :

Cf. règlement intérieur ([annexe 4](#))

3.3.4 La commission Procédures :

3.3.4.1 Missions :

La commission procédure est chargée de :

- Autoriser la création ou la modification de procédures et modes opératoires
- Valider la procédure écrite après approbation
- Participer à la gestion documentaire
- Veiller au respect de la bonne écriture de la gestion documentaire (état des lieux annuels par les correspondants qualité).

3.3.4.2 *Fonctionnement*

Cf. règlement intérieur ([annexe 5](#))

3.3.5 La commission **Stratégie et développement** :

3.3.5.1 *Missions :*

La commission stratégie et développement est chargée de :

- ✓ Proposer les orientations de la démarche Qualité et son organisation (calendrier – moyen)
- ✓ Veiller à la prise en compte de l'assurance Qualité dans les projets hospitaliers
- ✓ Evaluer le système Qualité et proposer les ajustements nécessaires
- ✓ Superviser le collège des correspondants
- ✓ Proposer les actions de formation et le plan de communication qualité
- ✓ Gérer le système documentaire.

3.3.5.2 *Fonctionnement :*

Cf. règlement intérieur ([annexe 6](#))

3.4 Les groupes de travail

L'établissement met en place des groupes de travail sur des thèmes ciblés correspondants aux priorités inscrites au programme qualité et gestion des risques.

Ces groupes se conforment à la charte mise en place lors de la phase de gestion des risques et réactualisée ([annexe 7](#)).

Chapitre 4 : Organisation de la qualité et de la gestion des risques

4.1 Définition des objectifs et élaboration du programme

Le programme qualité et gestion des risques est établi pour trois ans par le Comité Qualité. Les objectifs sont sélectionnés sur la base de leur pertinence, de leur faisabilité et de leur coût.

Ils sont inscrits dans un programme qui répond aux questions :

- Que souhaite-t-on développer et améliorer ?
- Quels sont les outils et méthodes que nous allons mettre en œuvre ?

Ces objectifs sont cohérents avec ceux énoncés dans le projet d'établissement.

Il peut être actualisé lors des réunions du Comité Qualité en fonction de dysfonctionnements majeurs ou d'impératifs réglementaires.

L'élaboration du programme se déroule en quatre phases :

Phase 1 : *De janvier à mars de l'année d'élaboration du programme*

Les responsables des secteurs, des services, les présidents de commission et les instances proposent des thèmes de travail au vu des résultats des démarches antérieures, de l'analyse des dysfonctionnements (fiches d'événements indésirables...), des nouvelles exigences réglementaires...

Phase 2 : *En avril de l'année d'élaboration du programme (évaluation du programme, révision, propositions d'actions)*

Le Comité qualité détermine les thèmes de travail et sélectionne les projets. Ceux-ci sont déclinés en fiches actions.

Phase 3 : Les projets sont priorisés par le Comité Qualité en fonction des actions déjà engagées, des ressources disponibles et de la cohérence des projets avec le projet d'établissement.

Phase 4 : Les projets retenus sont inclus dans un calendrier de réalisation

Le programme ainsi élaboré est soumis à l'approbation du directeur puis il est présenté aux instances (*En juillet de l'année d'élaboration du programme*).

Il est ensuite diffusé à tous les responsables des secteurs d'activité. Il est également mis sur l'intranet.

4.2 Mise en œuvre des objectifs

Les projets retenus sont déclinés en fiches action. Celles-ci sont répertoriées dans un classeur tenu à jour par le Comité Qualité en fonction de l'avancée des démarches.

Ces fiches actions prévoient l'équipe de réalisation et le calendrier de mise en œuvre.

Un responsable, pour chaque projet, est identifié au sein du Comité Qualité.

Ce dernier est informé par L'animateur du groupe de la bonne marche des travaux, au besoin il lui apporte son soutien.

Le responsable du projet fait part de l'avancée des démarches aux autres membres du Comité Qualité.

L'avancée de la démarche qualité fait l'objet d'actions de communication.

N.B : La gestion des risques au Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie repose sur trois axes stratégiques :

- Développement de la gestion des risques à priori dans tous les secteurs d'activités ;
- Renforcement des activités de vigilances ;
- Identification des risques transversaux prioritaires pour l'établissement.

Cette stratégie tend à développer la prévention, la dimension corrective et curative de la gestion des risques. Pour cette dernière, l'institution déploie la gestion des risques a posteriori par l'utilisation des fiches d'évènements indésirables à la disposition des professionnels de tous les services. Dans le but d'assurer la coordination entre les vigilants et les gestionnaires des risques, des réunions semestrielles des deux commissions sont organisées.

Le Comité Qualité intègre dans son programme les actions à mener en matière de vigilances et de gestion des risques : sensibilisation, information, formation, surveillance des incidents, amélioration des processus... Les orientations sont arrêtées en même temps que les axes qualité.

4.3 Le système documentaire qualité

Le système documentaire qualité du CHTNC repose sur le système dit « PIED » qui demande de gérer les procédures (P), les protocoles, fiches techniques, modes opératoires, instruction (I), les enregistrements (E) et les données internes et externes (D)

4.3.1 Gestion des procédures et autres documents autres que les données

La « **Méthodologie des Procédures** » (ou Procédure des procédures) organise la gestion des procédures (P), des protocoles, fiches techniques, des modes opératoires, des instructions (I), des enregistrements (E) (Annexe 3)

La gestion de ce système documentaire est assurée par l'assistant Qualité à l'aide d'un logiciel de gestion documentaire (GALA).

Les procédures, protocoles, fiches techniques sont des documents à usage interne servant de référence à tous les personnels de l'établissement.

4.3.2 Gestion des données internes et externes

Les données externes sont la réglementation, les guides de bonnes pratiques, les fiches fournisseurs...

Les données internes sont les notes de services, les livrets d'accueil du patient et du nouveau professionnel...

L'organisation de la gestion de ces données est sous la responsabilité des responsables des secteurs d'activité. Ces éléments concourent toutefois à la mise en œuvre de la dynamique qualité de l'établissement.

En ce qui concerne la réglementation, un dispositif spécifique est mis en place pour informer les professionnels de l'hôpital :

- Les professionnels du Comité Qualité participent activement à la veille réglementaire
- Le secrétariat de direction et une bibliothèque médicale assurent l'archivage des revues et textes officiels.

4.4 L'évaluation de la qualité

4.4.1 *Elaboration et suivi du programme d'évaluation*

Le dispositif d'évaluation de la qualité est prévu pour chacune des actions planifiées dans le cadre du programme qualité et gestion des risques. Il peut être complété par des actions supplémentaires en cas de dysfonctionnements majeurs ou d'impératifs réglementaires.

4.4.2 *Méthodes et outils d'évaluation de la qualité*

Sept types de mécanisme d'évaluation sont utilisés au sein du CHT :

- L'analyse des processus
- La revue de mortalité/ morbidité
- Les audits
- Les questionnaires
- Les indicateurs

4.4.2.1 L'analyse de processus

Cette méthode est utilisée pour évaluer le service médical rendu en regard des parcours patients, les organisations des secteurs d'activité et prévenir les risques a priori. Cela permet de :

- Analyser les processus et de les améliorer
- D'homogénéiser les organisations et les pratiques

Ressources :

- L'ensemble des responsables des secteurs d'activité
- La Cellule Qualité

4.4.2.2 La revue de mortalité/ morbidité

Il s'agit d'une méthode à la disposition des unités de soins qui consiste à analyser collectivement au cours d'une réunion les dossiers de patients décédés ou ayant présenté certaines complications morbides. Cela permet de :

- S'interroger sur le caractère évitable de l'évènement
- Déterminer les causes de l'évènement évitable
- Engager des actions de prévention

Ressources :

- L'équipe médicale

4.4.2.3 Les audits

L'établissement a défini deux types d'audit :

- L'audit clinique est une méthode d'évaluation réalisée par des « experts » pour permettre le diagnostic de pratiques de soins à partir d'observations, d'études documentaires.

Cela permet de :

- Mesurer l'écart entre la pratique de soins et les références reconnues
- Définir et mettre en œuvre les actions d'amélioration et s'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration

- L'audit qualité est une méthode d'évaluation réalisée par des professionnels indépendants du thème de l'audit en vue de vérifier si les procédures permettent de répondre aux exigences pré établies.

Cela permet de :

- Mesurer l'écart entre les procédures et les pratiques
- Définir et mettre en œuvre les actions d'amélioration et s'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration

Ces audits reposent sur la constitution d'un pool de personnes ressources appelées auditeurs « qualité » ou « experts ».

Ressources :

- L'établissement se dote d'auditeurs désignés en fonction des besoins en évaluation. Il s'agit en priorité des correspondants qualité et hygiène regroupés en un pool issu de tous les secteurs d'activité de l'établissement (soignant, administratif et technique). Ceux-ci sont recrutés sur la base du volontariat. Les correspondants sont formés aux techniques de l'audit. Cette formation est prévue annuellement au plan de formation en fonction des ressources nécessaires pour l'accomplissement du programme d'évaluation.
- La Cellule Qualité

4.4.2.4 Les questionnaires

Les questionnaires permettent de mesurer le degré de satisfaction ou encore de recueillir les besoins et les attentes des personnes interrogées.

L'établissement a fait le choix de développer trois questionnaires. Ceux-ci sont destinés :

- Aux usagers (Questionnaire de sortie). Le questionnaire est distribué en continu à tous les patients sortant d'hospitalisation temps plein. Son contenu est actualisé en fonction des orientations de l'établissement.
- Aux professionnels de l'établissement. L'enquête est réalisée environ tous les 3 ans. Les dates de cette évaluation tiennent compte du contenu du programme d'évaluation et des projets institutionnels.
- Aux partenaires ou réseaux externes. L'enquête est réalisée tous les 3 ans en alternance avec celle faite auprès des professionnels selon un cycle défini dans le programme d'évaluation.

Des enquêtes ciblées peuvent être réalisées sur des processus identifiés (*exemple : restauration*). Leur programmation se fait lors de l'élaboration du programme qualité et gestion des risques ci-

Ressources :

- Le responsable qualité
- Le médecin responsable de l'information médicale

4.4.2.5 Les indicateurs

Il existe deux niveaux d'indicateurs :

- Ceux définis par l'institution
- Ceux définis par les services

Les indicateurs sont des données objectives et quantifiables qui permettent de situer le niveau de la qualité obtenue par rapport à celle souhaitée.

Les indicateurs sont établis en fonction des besoins internes (suivi des démarches qualité, des activités) ou externes (tutelles).

Les indicateurs sont spécifiés sur une fiche prévue à cet effet (fiche de spécification). Elle comprend :

- Le champ de la mesure (*exemple : au bureau d'accueil infirmier*)
- Le choix de la norme (*exemple : pas plus de 15 minutes d'attente*)
- Le choix du critère (*exemple : conformité des délais d'attente enregistrés avec le délai annoncé (15 minutes)*)
- Le choix des paramètres (*exemple : périodicité du recueil quotidien, nombre de patients dont l'attente est < à 15 minutes, nombre total de patients admis entre le 1 et 15 avril*)
- Le mode de recueil (*exemple : recueilli par le cadre de santé*)
- La représentation (*exemple : diagramme tableau*)

Ressources

- La gestion et le suivi des indicateurs sont sous la responsabilité des responsables des secteurs d'activité
- Le responsable qualité

Chapitre 5 : Développement de la qualité

5.1 La communication

5.1.1 Communication interne

La communication s'appuie sur les supports de communication existant (Intranet, journal interne, newsletter).

Des correspondants qualité assurent le relais et la diffusion de l'information qualité et gestion des risques.

Une rubrique qualité est réservée dans le journal interne. Elle reprend à la fois des concepts qualité et gestion des risques et retrace les expériences et témoignages. Elle permet également de diffuser les résultats des travaux des groupes projet, des enquêtes...

La mise à disposition du programme d'actions qualité et gestion des risques à l'ensemble de professionnels est un élément fondamental du déploiement de la qualité au sein de l'établissement.

Une rubrique est consacrée à la qualité sur l'intranet. Il est en effet important d'assurer une transparence des démarches d'amélioration prioritaires dans l'institution.

5.1.2 Communication externe

La communication externe repose sur l'utilisation du site Internet de l'hôpital et tous les supports susceptibles d'être utilisés. Le public externe est informé de la dynamique d'amélioration du service médical rendu et de la prévention des risques liés aux actes et aux organisations.

Des campagnes de relations de presse, grand public ou spécialisées, sont réalisées en fonction des opportunités et des événements.

5.2 La formation et la sensibilisation

La mise en œuvre d'une démarche qualité induit une dynamique de changement. Ce dernier doit être accompagné de conditions qui le permettent et notamment d'apports de compétences. La formation est essentielle pour qualifier, motiver les personnels et faire évoluer l'établissement.

Conscient que la démarche qualité ne peut se déployer qu'à partir du moment où l'ensemble des personnels est sensibilisé, le CHT prévoit dans le cadre de sa politique et de ses objectifs en matière de qualité :

- Des actions de formation
- Des actions de sensibilisation

5.2.1 *Des actions de formation*

Le contenu de la formation comprend les aspects suivants :

Formation relative à la démarche qualité : Ces formations doivent d'une part fournir les connaissances générales en matière de qualité, d'autre part montrer l'intérêt du travail inter services et multi professionnel.

Technique d'animation de groupe. La mise en œuvre d'une démarche qualité s'accompagne d'un management approprié, dans lequel une place importante est donnée au travail en groupe. Ce management est fondé sur la participation, la concertation et la réflexion commune entre les interlocuteurs appartenant souvent à des secteurs ou des métiers différents.

Outils spécifiques à la qualité. (Par exemple : techniques de l'audit)

5.2.1.1 Organisation de la formation

- Ces actions individuelles ou collectives sont prévues annuellement après validation du programme qualité par le Comité Qualité.
- Les demandes de formation sont intégrées au plan de formation de l'établissement et soumises à l'approbation du CTP.
- Le temps de présence des agents à ces formations est inclus dans le temps de travail.
- Les formations sont réalisées par des formateurs internes (cellule qualité) ou externes.

5.2.2 *Des actions de sensibilisation*

5.2.2.1 Sensibilisation des cadres (secteurs de soins, logistiques et administratifs) et des médecins

La finalité de cette sensibilisation est de susciter l'intérêt et d'emporter l'adhésion de ces différentes catégories de personnel dont le rôle dans le déploiement de la démarche est primordial.

La sensibilisation a donc pour objectifs de :

- Donner un langage commun en terme de qualité et faire adhérer aux concepts
- Faire comprendre la nécessité et l'opportunité d'une démarche qualité et en expliquer la stratégie de mise en œuvre
- Impliquer personnellement ces différents acteurs
- Aider le Comité Qualité à transmettre les informations, à démultiplier la démarche et à mettre en œuvre les actions.

5.2.2.2 Sensibilisation des autres personnels

La finalité de cette sensibilisation est de susciter l'intérêt et d'emporter l'adhésion de toutes les catégories professionnelles afin de renforcer leur investissement dans la démarche qualité.

Cette sensibilisation peut revêtir deux aspects :

- Sensibilisation opérationnelle
- Sensibilisation événementielle

- *Sensibilisation opérationnelle*

Elle consiste à présenter aux personnels le sens de la démarche, les projets en cours, les résultats des travaux des groupes...

- *Sensibilisation événementielle*

Elle est organisée au sein de l'établissement pour marquer les progrès accomplis ou certaines étapes de la démarche (*par exemple lors des démarches en vue de la certification*)

5.2.2.3 Organisation de la sensibilisation

Les temps de sensibilisation inscrits dans le temps de travail sont organisés par la Cellule qualité avec des ressources internes ou externes et se déroulent lors :

- De la Journée d'Accueil des nouveaux arrivants (2 fois par an)
- De réunions interservices.
- De déplacements dans les services, au sein des groupes constitués
 - (*pour exemple : collège des correspondant, réunions cadre*).
- De séminaires.

ANNEXES

Annexe 1 :

Règlement intérieur du Comité Qualité : AQ 1 D / 1

Annexe 2 :

Règlement intérieur de la Commission Vigilances : AQ 2 D / 1

Annexe 3 :

Règlement intérieur de la Commission Risques : AQ 3 D / 1

Annexe 4 :

Règlement intérieur de la Commission Procédures : AQ 4 D / 1

Annexe 5 :

Règlement intérieur de la Commission Clientèle : AQ 5 D / 1

Annexe 6 :

Règlement intérieur de la Commission Stratégie et Développement : AQ 6 D / 1

Annexe 7 :

Charte de fonctionnement des groupes de travail : DGR 3 / 2