

Mots clés : Politique, Qualité, Evaluation, Risques

I – INTRODUCTION

Engagé dans une démarche qualité depuis 2003, le Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret a la volonté de répondre aux besoins de ses clients en leur assurant un accueil, une prise en charge de qualité dans les meilleures conditions possibles de sécurité et en respectant leurs droits. La Direction de la coordination des soins, de la Clientèle et de la Qualité a clairement défini ses orientations et ses engagements en matière de qualité et de gestion des risques.

II - ENGAGEMENTS

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.

Quels que soient nos métiers nous sommes centrés sur la Qualité du Soin. Le respect d'autrui et les conditions de travail sont nos préoccupations quotidiennes. Nous sommes donc tous concernés par le service rendu au client, à nous de rassembler nos compétences et nos méthodes pour mettre en œuvre une prise en charge de Qualité.

L'établissement se fixe comme finalité la réalisation de soins d'une qualité optimale. Ce dessein, partagé par l'ensemble de ses collaborateurs, repose sur une dynamique basée sur une démarche participative et sur la reconnaissance des compétences. **Conformément aux exigences de la HAS** et pour répondre à la nécessité d'organiser et de déployer la qualité dans l'établissement, Nous nous engageons à soutenir et à engager la structure dans la recherche des réponses **aux 4 orientations** suivantes :

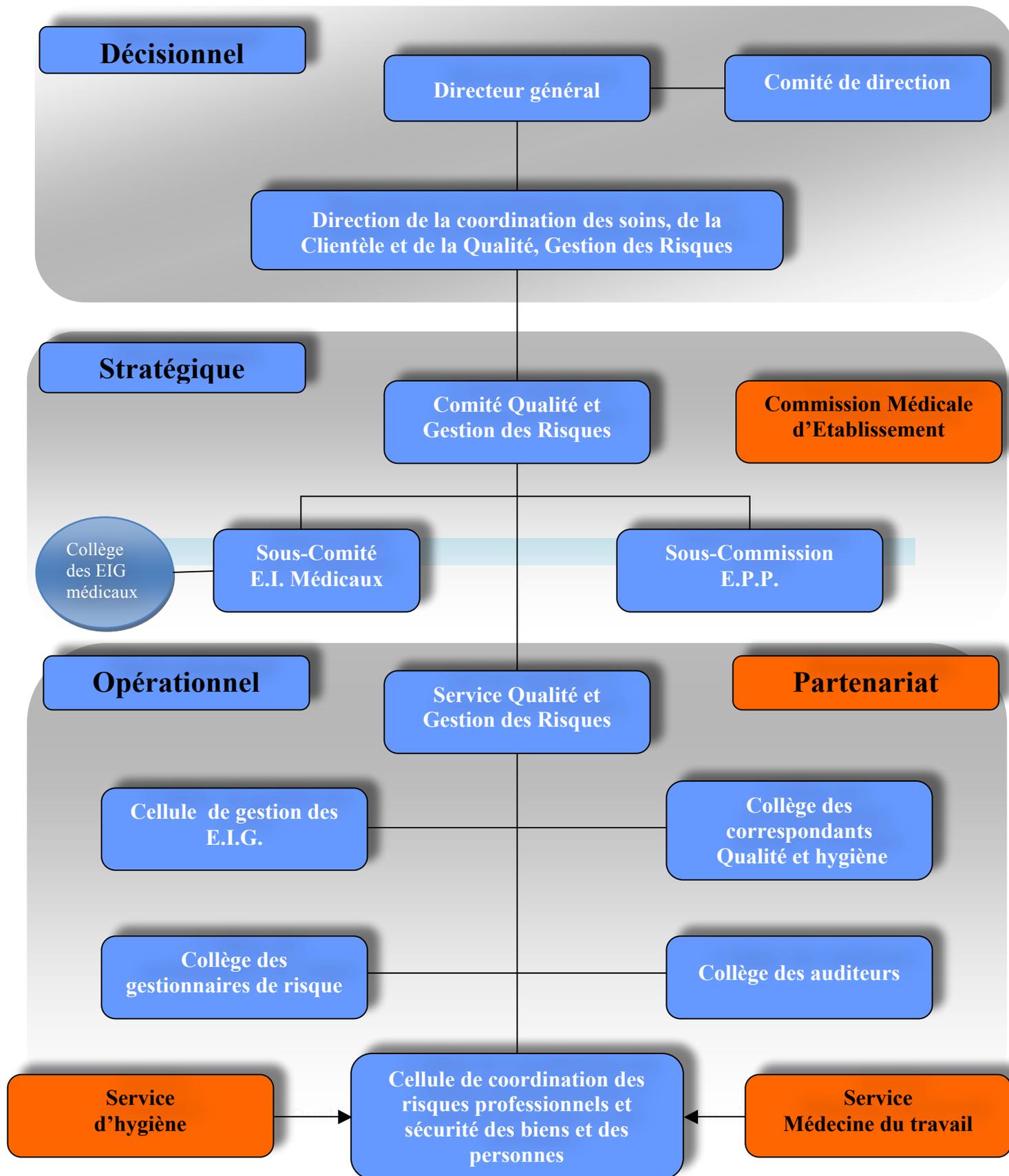
- **Assurer un service de qualité**
 - Accueillir le patient dans le respect et la dignité
 - Lui donner une information loyale et accessible
 - Le faire participer aux choix thérapeutiques
 - Faciliter les procédures d'évaluation qualitatives
 - Accompagner l'évolution des prises en charge
- **Perfectionner les compétences**
 - Utiliser l'expérience de chacun
 - Evaluer les pratiques professionnelles
- **Travailler ensemble**
 - Coordonner les objectifs
 - Favoriser les échanges pluri professionnels
 - Communiquer
- **Préparer l'avenir**
 - Intégrer le Médipôle et toutes les réflexions organisationnelles sur l'existant et vice et versa

Dominique CHEVEAU
Directeur Général DCQMT

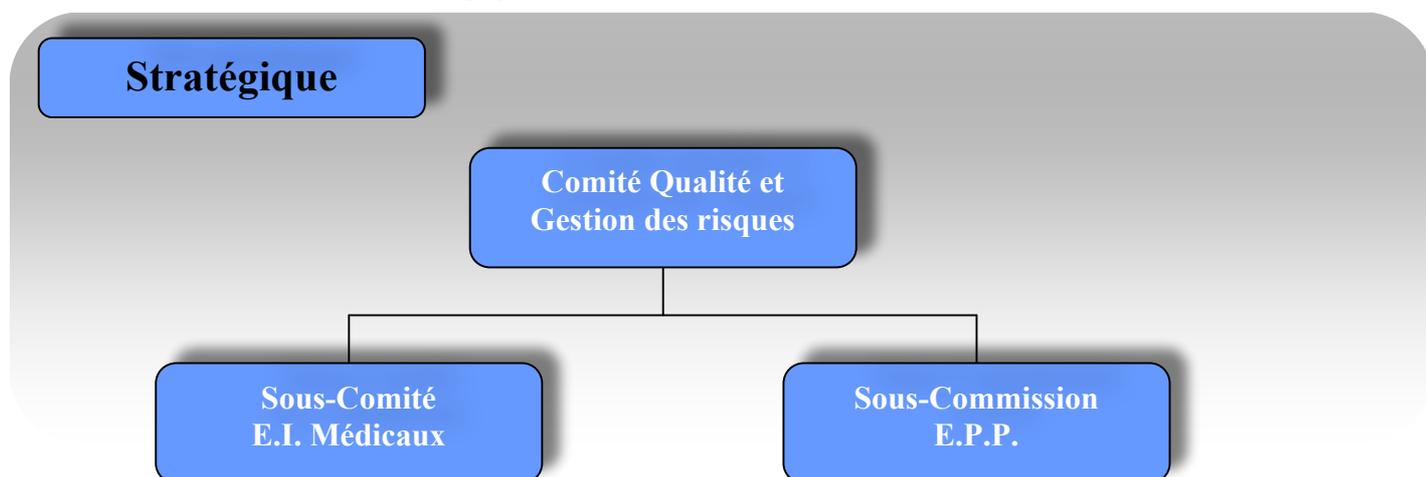
III – Les ressources en matière Qualité, Risques et EPP.

III.1 – La place de la Direction et du Comité de Direction

Engagé dans le dispositif, le Directeur et le Comité de Direction (CODIR) ont un rôle décisionnel dans les choix des priorités d'actions institutionnelles. Ils s'appuient sur un dispositif intégrant des comités stratégiques et des groupes opérationnels.



III.2 – Le comité Stratégique et ses sous comités



Les deux sous comités émanent et dépendent du Comité Qualité et Gestion des Risques

	Composition	Périodicité	Missions principales
Le Comité Qualité et Gestion des Risques	Cf Annexe 1 (Page 11)	3 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> Garantir le déploiement des démarches qualité dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'Hôpital Proposer des stratégies de déploiement de projet qualité complexe (ex : YES, Certification, ...) Réguler et prioriser les démarches en cours Identifier les axes de prévention des risques (annuellement) sur la base des cartographies établies et des statistiques de signalement des événements indésirables Coordonner le traitement de certains événements indésirables Suivre les démarches de cartographies en cours
Le Sous Comité des E.I. Médicaux	Cf Annexe 2 (Page 11)	6 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> Gestion et traitement des événements indésirables médicaux Communication des dysfonctionnements constatés à la CME et aux instances concernées (Conseil de bloc, CLIN, CLUD, COMEDIMS) Inscrire des actions prioritaires associées aux risques médicaux dans le politique institutionnelle de l'établissement
Le Collège des EIG médicaux		3 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> Analyse et traitement des EIG médicaux en articulation avec le Sous Comité des EI médicaux
La Sous Commission EPP	Cf Annexe 3 (Page 11)	2 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> Garantir le déploiement des démarches EPP dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'Hôpital Aider le service qualité et gestion des risques à promouvoir les démarches EPP continues (RMM, Staff EPP ...) Suivre les EPP en cours

III.3 – Le dispositif opérationnel

III.3.1 – L'organigramme du service qualité et gestion des risques



III.3.2 – Les missions principales du service qualité et gestion des risques

	Missions principales
Le Service Qualité et Gestion des Risques	<ul style="list-style-type: none">• Initier et pérenniser une culture qualité au sein de notre établissement• Définir, piloter, évaluer et réajuster la mise en œuvre de la politique d'assurance Qualité dans la prise en charge du patient• Coordonner la gestion des risques au sein de notre établissement• Animer et faire vivre les cellules et collègues du service• Maîtriser et sécuriser la gestion documentaire au sein de notre établissement• Formaliser, participer et tracer les évaluations métrologiques des dispositifs médicaux de notre structure.• Veille technique des dispositifs médicaux soumis à mesures métrologiques• Garantir la conformité des processus aux différents référentiels, exigences et réglementations en vigueur relatives au fonctionnement de notre établissement• Engager notre établissement dans une démarche cyclique pérenne de certification (H.A.S.)• Soutenir toute démarche d'accréditation (ex : accréditation des laboratoires....)• Apporter un soutien méthodologique à toute démarche de projet incluant les évaluations répondant aux missions principales du service qualité et gestion des risques• Assurer le pilotage dans le cadre de la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé avec la répartition des références par pilote• Participer à la communication et à la formation dans l'établissement

III.3.3 – Les groupes opérationnels

	Composition	Périodicité	Missions principales
La cellule de Gestion des événements indésirables graves	Cf. Annexe 4 (Page 12)	Fonction des EIG + 10 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter de manière réactive les EIG, et les EP par délégation de la direction générale • Suivre les actions correctives pour prévenir leur réapparition • Communiquer sur les actions entreprises
Le collège des Gestionnaires de risques	Cf. Annexe 5 (Page 14)	2 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> • Partager les expériences entre les différents gestionnaires de risques • Proposer des pistes d'amélioration continue de notre système de signalement • Communiquer sur les actions entreprises
Le collège des correspondants qualité et hygiène	Cf. Annexe 6 (Page 12)	3 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la communication de la politique qualité, de la politique d'hygiène et de leur programme dans les services • Assurer le relais entre le service qualité et les services notamment dans le cadre de projet complexe (ex : Yes, Certification ...) • Faire remonter les dysfonctionnements • Partager les expériences
La cellule des auditeurs	Cf. Annexe 7 (Page 12)	2 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> • Aider au maintien du système qualité grâce à des audits qualité (1 audit par an) • Réaliser des audits flash • Partager les expériences • Communiquer les résultats aux services participants
La cellule risques professionnels et sécurité des biens et des personnes	Cf. Annexe 8 (Page 12)	10 réunions par an	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer le document unique • Assurer la sécurité incendie • Assurer la sécurité des biens et des personnes • Coordonner les actions des risques avec la médecine du travail et le service d'hygiène hospitalière.

IV – ORGANISATION POUR LA DEFINITION ET LA MISE EN ŒUVRE D’UN PROGRAMME D’ACTIONS QUALITE, RISQUES ET EPP

IV-1 La gestion des risques

La gestion globale et coordonnée des risques implique le recueil, l’analyse et l’élaboration de plan d’actions par le service Qualité et Gestion des Risques grâce à l’utilisation de l’ensemble des sources d’informations disponibles au sein de l’établissement :

- Les cartographies des risques,
- les risques à posteriori identifiés par le système de signalement des évènements indésirables,
- le bilan coordonné des vigilances présent dans le rapport annuel,
- le registre des plaintes et réclamations
- les résultats des audits internes et externes
- Les plans d’actions des Instances (CLIN, CLUD, CSTH, COMEDIMS...)

Le document formalisé est soumis à la validation du Comité de direction (CODIR).

Les cartographies des risques

Les cartographies font parties d’un corpus de recueil des données institutionnelles préparant au transfert d’activités vers le médipôle.

Quoi :

Développées dans différents secteurs de l’hôpital, identifiées comme prioritaires, les cartographies poursuivent un objectif de réduction des risques liés à l’activité hospitalière.

Ces cartographies permettent :

De mettre en œuvre une démarche de gestion des risques à priori sur le médipôle de Koutio en évaluant les risques existants aujourd’hui puis en réévaluant ces risques dans la projection du médipôle. Cette démarche doit être réalisée dans le but d’identifier ceux qui seront à éliminer, ceux qui seront jugés acceptables de ceux qui nécessitent un traitement visant à les maîtriser.

De s’appuyer sur les cartographies et leurs plans d’actions pour aider à la définition des politiques institutionnelles (Politique biomédicale, politique du système d’Information.

D’identifier des risques potentiels, de les hiérarchiser et de les traiter en proposant des actions qui alimentent le dispositif de micro projet (Validé au regard de son inscription au projet d’établissement, ou de son lien avec le projet du médipôle ou avec la certification)

Comment :

Identifier les pilotes pour les cartographies

Elaborer les cartographies et proposer un plan d’action

Repérer les cartographies relatives aux groupes de travaux du médipôle pour les leurs adresser (afin de servir de bases à leur réflexion). Les plans d’action de ces cartographies devront être déclinés en fiche projet.

Pour les autres cartographies, n’ayant pas de lien avec un groupe de travail du médipôle, le pilote devra rédiger une fiche de micro projet selon la procédure (INST-DG-EN-08-2)

Le service qualité propose son aide méthodologique pour la rédaction de politique institutionnelle en lien avec les cartographies.

Toutes les cartographies doivent être révisées annuellement quelque soit leur utilisation

Quoi :

Le signalement des événements indésirables au sein de notre structure permet :

- D'identifier les risques a posteriori
- De les hiérarchiser
- De définir des actions correctives et préventives

Comment :

La procédure « signalement des événements indésirables » (*INST-QUA-PR-02*) pose l'organisation du système de signalement. Un corpus de procédures organise le fonctionnement des vigilances sanitaires. Le traitement des événements indésirables signalés est assuré par un réseau de gestionnaires de risques et vigilants (*INST-QUA-DO-13*)

Le système de signalement distingue 3 niveaux d'E.I. (événements indésirables) : les E.I. « simples », les E.P. (événements précurseurs) et les E.I.G. (Evènements indésirables graves).

Il a été informatisé en 2012 via le logiciel « YES SIGNAL ». Un mode mixte avec intégration des FEI (Fiche d'évènement indésirable) en format papier a été mis en place.

Un sous-comité des E.I. médicaux est chargé du traitement de ceux-ci ainsi que du traitement et suivi des E.I.G. et de certains E.P. médicaux. Les autres types EI et EP sont traités par la cellule EIG et EP.

Le service qualité et gestion des risques présente annuellement au CQGR le bilan des F.E.I. de l'année écoulée (statistiques). Ce bilan est utilisé par le CQGR lorsque celui-ci doit établir le document de synthèse des axes de prévention prioritaire de l'année à venir.

Le registre des plaintes et réclamations alimente annuellement le système de signalement des EI. Les plaintes sont traduites en EI pour être intégrées dans les statistiques présentées au CQGR.

Les vigilances

Quoi :

Conformément à la réglementation, les vigilances sanitaires sont clairement identifiées au sein de l'établissement. Les vigilances sanitaires sont : la matériovigilance, la pharmacovigilance, l'infectiovigilance, l'hémovigilance, la réactovigilance, la biovigilance.

De nouvelles « vigilances » ne relevant pas du cadre des vigilances sanitaires ont été intégrées dans l'arborescence des risques identifiés, il s'agit de l'identitovigilance, de l'addictovigilance et de l'AMP vigilance.

Comment :

Des gestionnaires de risques « vigilants » sont en charge du traitement des EI relevant des vigilances. Le fonctionnement des vigilances sanitaires s'appuie sur un corpus de procédures qui organise les alertes ascendantes et descendantes.

En lien avec la réglementation, différentes instances sont impliquées dans la gestion des vigilances (COMEDIMS, CSTH)

L'identitovigilance est prise en charge par l'autorité de gestion de l'identitovigilance (AGI), instance dédiée, et sa cellule opérationnelle, la cellule d'identitovigilance (CIV).

La coordination des vigilances est assurée par le CQGR ainsi que par la cellule des gestionnaires de risques (GDR).

Les statistiques issues du système de signalement des EI comportent une partie spécifique sur les vigilances. Un bilan annuel coordonné des vigilances est produit et communiqué au CQGR.

IV-2 La démarche qualité

L'évaluation de la satisfaction patient et le traitement des plaintes et réclamations

Quoi :

L'évaluation de la satisfaction patient et le traitement des plaintes et des réclamations prend en compte les informations de nos usagers concernant leur prise en charge.

L'évaluation de la satisfaction repose sur le questionnaire de sortie, sur des enquêtes de satisfaction thématiques ainsi que sur les réclamations et les plaintes.

Comment :

Par le bilan annuel des questionnaires de sortie réalisé par le service qualité et gestion des risques.

Ce bilan est communiqué :

- au comité de direction.
- aux services de soins ainsi qu'à la cellule des correspondants qualité.

Par le bilan des réclamations traitées par la commission de conciliation et les plaintes est transmis au service Qualité.

Ces bilans alimentent le plan d'action annuel de la qualité (PAQ).

Les besoins des services

Quoi :

Il est important aujourd'hui que la démarche qualité se situe aussi bien à un niveau institutionnel qu'aux niveaux de service, pour cela il convient de donner du sens à la démarche en étant attentif aux besoins des services pour les accompagner méthodologiquement dans l'élaboration de leur projet et en facilitant leur implication dans les projets institutionnels en cohérence avec le projet d'établissement

Comment :

Répertorier selon la procédure institutionnelle, les attentes et demandes formalisées par l'encadrement et validées par la hiérarchie sous forme de micro projets.

La gestion documentaire

Quoi :

La gestion documentaire est la maîtrise des documents institutionnels relatifs à notre fonctionnement et aux bonnes pratiques.

Elle est déclinée en quatre types de documents : les procédures, les modes opératoires, les enregistrements et les données internes et externes.

Comment :

Par maîtrise, on entend référencement des documents, connaissance du dispositif de mise à disposition des documents pour les professionnels, révision des documents à échéances constantes.

Par maîtrise on entend, réactivité dans le circuit de validation.

Par maîtrise on entend aussi, suppression des documents existants hors du système de gestion documentaire institutionnel dans toutes les unités fonctionnelles.

La gestion documentaire est centralisée au service qualité, elle repose sur un système informatique et un système papier.

L'archivage est de la responsabilité du service qualité.

IV-3 Les Evaluations de pratiques professionnelles

Initialisation et suivi EPP

Quoi :

Il s'agit de démarche qualité clinique qui doit être engagée dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'hôpital et qui vise à évaluer nos pratiques professionnelles. Elles concernent à la fois les professionnels médicaux et les professionnels non médicaux.
Elle utilise les méthodes validées par la HAS.

Comment :

Les secteurs de chirurgie et de réanimation développent des démarches RMM (Revue de Morbi-Mortalité).

Les autres secteurs d'activités s'engagent à développer des démarches EPP sur une période de 4 ans

Les instances peuvent à la demande développer également des démarches EPP autant que de besoin.

Les EPP peuvent être déterminées à partir des cartographies, des recueils de données (enquête de prévalence, indicateurs, observations ...), et des besoins des services...

Les EPP peuvent aussi être développées à partir des signalements issus du dispositif de signalement interne et des comptes qualité issus des exigences de la certification V2014

Le service qualité gestion des risques recherche et recense les démarches en cours :

Un appel à projet peut être lancé 2 fois sur une période de 4 ans,

La Sous commission des EPP se réunit 2 fois par an.

Une démarche est labélisée EPP si elle utilise les formulaires institutionnels, respecte la méthodologie et si elle a été intégrée dans le tableau de bord des EPP géré par la Sous commission des EPP.

V – FORMATION ET COMMUNICATION AU SERVICE DE LA POLITIQUE ...

Afin de développer la culture de la qualité et de la sécurité au sein de l'établissement, la diffusion des informations liées à la démarche qualité et gestion des risques auprès de l'ensemble des personnels concernés est organisée.

Un plan de communication pour chaque étape ou événement marquant de la démarche est élaboré et mis en place.

V – 1 : La communication

Communication interne

Un système interne de communication est en place. Il s'appuie sur les supports suivants : journal interne « Ouvre boîte », « newsletter », encart intranet, postiers via messagerie électronique, campagne d'affichage.

Des réunions d'informations spécifiques, des communications en réunion des correspondants qualité, en réunion d'encadrement générale, en réunion d'encadrement des cadres de santé, en CME ou à l'occasion de diverses instances sont organisées.

Des journées thématiques de sensibilisation de masse du personnel sont également organisées.

Au sein du CHT, un référent communication est identifié. Il est informé par le service qualité et gestion des risques des axes de communication à mettre en avant dans le cadre de la démarche qualité et gestion des risques. Un représentant du service qualité et gestion des risques est membre du comité de liaison qui a pour mission de définir la politique de communication générale de l'établissement ainsi que la nature et les modalités de diffusion des informations.

Communication externe

L'établissement a recours à une société de communication pour arrêter sa politique de communication externe par voie de presse écrite ou audiovisuelle.

Un site Internet actualisé à échéances régulières permet de diffuser l'information sur le mode externe.

La communication externe sur la démarche qualité et gestion des risques s'effectue dans le cadre général de la politique de communication.

V – 2 : La formation

Les formations liées à la démarche qualité et gestion des risques sont intégrées dans le plan de formation annuel de la DRH. Le SQGR organise sa collaboration avec la DRH en ce sens.

On distingue 3 niveaux de formation :

1. Les formations permettant le maintien des compétences des agents du SQGR

Les formations sont assurées en partie par le recours à un consultant externe qui se déplace pour des missions de formation ponctuelles. Les interventions de celui-ci sont planifiées annuellement en fonction des besoins identifiés au sein du service. Ces formations comprennent également la participation à des conférences, congrès et partages d'expérience avec l'extérieur en Nouvelle-Calédonie ou hors territoire sur les thématiques liées à l'activité du service.

2. Les formations répondant aux exigences de la démarche de certification

Elles doivent être clairement identifiées, planifiées et budgétées en lien avec l'I.F.A.P.

3. Les formations dispensées en interne par le SQGR.

Des formations et sensibilisations du personnel sont dispensées par des membres du SQGR.

ANNEXES

Annexe 1 : Composition du Comité qualité et Gestion des risques (20 représentants),

*** Le président de ce comité est un Praticien Hospitalier**

- Le Directeur Général
- La Directrice de la Clientèle, de la Qualité, de la gestion des risques et du secteur Médico Technique.
- La D.C.S. ou son représentant
- Un chef de service non médical désigné par le DG
- Le président de la C.M.E.
- Le président du C.L.I.N.
- Le président du C.L.U.D.
- Le président du CO.ME.DIMS
- Le président du C.S.T.H.
- Le praticien hospitalier hygiéniste
- Le médecin du travail
- Les deux présidents des conseils de blocs
- Un représentant médical des laboratoires
- Deux représentants du C.T.P.
- Deux représentants du C.H.S.C.T.
- Un représentant formateur en hémovigilance
- Une personne qualifiée nommée par le directeur

Annexe 2 : Composition du sous comité des EI médicaux

- Le Directeur Général
- La Directrice de la Clientèle, de la Qualité, de la gestion des risques et du secteur Médico Technique.
- Le président de la C.M.E.
- Le président du comité qualité et gestion des risques
- Un représentant du service qualité gestion des risques
- Le PH chargé de mission auprès du directeur

Annexe 3 : Composition de la Sous Commission des Evaluations des Pratiques Professionnelles

- Le président de la C.M.E.
- La directrice de la D.C.S. ou son représentant
- Le président du comité qualité et gestion des risques
- La directrice de la DCQMT aussi chargée de mission au projet KOUTIO ou son représentant
- Un PH ayant déjà pratiqué une EPP
- Un représentant du service qualité gestion des risques
- Représentants des instances : CLUD, CLIN, COMEDIMS.....
- Un cadre supérieur de santé
- Un cadre de santé
- Un cadre sage femme
- Une IDE du secteur chirurgical

Annexe 4 : La cellule de Gestion des Evénements Indésirables Graves (EIG) et Evènements Précurseurs (EP)

- Le pilote du collège des EIG médicaux
- Le gestionnaire de risque de la DCS ou son suppléant
- Deux représentants du Service Qualité Gestion des Risques
- Le directeur de la DCQMT (uniquement pour les EIG)
- Le chef de service de la pharmacie
- La PH chargée de mission auprès du directeur

Les gestionnaires de risque concernés par l'Événement Indésirable Grave ou l'Évènement Précurseur peuvent être invités à participer à la résolution de cet événement.

Annexe 5 : La cellule de la coordination des Gestionnaires de risques

Tous les vigilants et les gestionnaires de risques sont identifiés dans le document ci-dessous :

- INST-QUA-DO-13 : Vigilants et gestionnaires de risque

Annexe 6 : La cellule des correspondants qualité et hygiène

Tous les correspondants hygiène et qualité sont identifiés dans le document ci-dessous :

- SPEC-QUA-DO- 01 : Correspondant Qualité

Annexe 7 : La cellule des auditeurs

Tous les auditeurs sont identifiés dans le document ci-dessous :

- SPEC-QUA-DO- 05 : Collège des auditeurs
 - IDE
 - IDE hygiéniste
 - Technicien service maintenance
 - Chef de bureau DAF
 - Cadre de santé
 - Ingénieur Informatique
 - Ingénieur logisticien
 - Manipulateur en électroradiologie
 - Coordinatrice greffe
 - Cadre supérieur de santé
 - Agent médico administratif
 - Agent de restauration
 - Cadre de Santé médico technique
 - Chef de service DALT
 - Service Qualité Gestion des Risques

Annexe 8 : La cellule risques professionnels et sécurité des biens et des personnes

- Le chef de service du service d'hygiène
- Le chef de service du service de la médecine du travail
- Le chargé de prévention
- Le responsable du service de sécurité