



Politique qualité et gestion des risques

2017-2020

Les médecins et le personnel du Centre Hospitalier du Chinonais ont à cœur d'apporter à chaque patient des soins de qualité dans un contexte de sécurité optimale, ainsi qu'une prise en charge complètement personnalisée fondée sur de véritables rapports humains.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier du Chinonais continue à mener cette politique dans son système de management de la qualité et de la gestion des risques.

La politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier du Chinonais s'articule autour de 5 axes de développement prioritaires :

1. Organiser, Piloter et coordonner le système de management de la Qualité et de la gestion des risques en s'appuyant sur un management par processus. Le Centre Hospitalier du Chinonais passera sa 4^{ème} procédure de certification HAS V 2014 en avril 2018. Il s'agit notamment de coordonner les vigilances et de suivre les évènements indésirables FSEI, CREX et les plaintes patients.

2. Compléter la Gestion documentaire : rédaction et actualisation des procédures au regard des référentiels de bonnes pratiques et des demandes des professionnels. La mise en œuvre d'une Gestion Electronique Documentaire doit permettre la mise à disposition d'une information fiable et unique auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

3. Communiquer et gérer l'information : En interne faire en sorte que l'appropriation de la démarche qualité soit générale et concerne chaque professionnel. Développer un partenariat avec les secteurs de ville afin de partager des outils communs. Il s'agit là d'un des axes prioritaires de la politique de l'établissement.

4. Développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles ;

5. Elaborer, conduire et suivre et réévaluer le programme annuel d'amélioration de la qualité au travers d'une politique d'efficience fondée sur les tableaux de bord.



Liste des abréviations :

CREX : Comité de Retour d'Expérience

RMM : Revue de mortalité et de morbidité

HAS : Haute Autorité de Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur et pour la promotion des soins palliatifs

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions du Travail

CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

CTE : Comité Technique d'Etablissement

COMADIMS : Commission des Médicaments, des Antibiotiques et des Dispositifs Médicaux Stériles

CDU : Commission Des Usagers

CSMIRT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CVS : Conseil de vie social

CoDIR : Comité de Direction

QGR : Qualité Gestion des risques

PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

FEI : Fiche d'évènement indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave



La Cellule Qualité

Se réunissant toutes les semaines et de manière plus soutenue selon les projets en cours, elle pilote la démarche d'amélioration continue de la qualité dans le cadre de ses missions :

- *Définir les priorités en matière d'Assurance Qualité (audits, évaluations) et coordonner les actions à mettre en place ;*
- *Assurer le pilotage dans le cadre de la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé avec la répartition des processus par pilote ;*
- *Assurer la coordination et le suivi des actions d'amélioration ;*
- *Organiser la mise en place des groupes de travail ;*
- *Valider l'ensemble des démarches ;*
- *Participer aux différents réseaux de la Région (OMEDIT, QUALIRIS...)*

La coordination de la démarche qualité est assurée, d'une part, par l'ingénieur Qualité, coordonnateur des risques associés aux soins, qui centralise les projets qualité au sein de l'établissement et, d'autre part, par le Directeur des soins en charge de la Qualité et de la gestion des risques qui coordonne la démarche qualité au sein de l'établissement par le biais de la cellule qualité et des différentes instances de l'établissement. La cellule qualité intègre le référent médical qualité/risque/EPP, une infirmière référente qualité/informatique et permet ainsi de développer la démarche qualité dans tous les secteurs.



Les Comités de Retours d'Expériences (CREX), mis en place lors de la V1 et redynamisés en 2010

Le Centre Hospitalier du Chinoisais appuie sa politique de gestion des risques à travers le déploiement des CREX sur l'ensemble des services intra et extra hospitaliers.

Un CREX a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

L'objectif de ce déploiement comprend la décentralisation et l'appropriation du système de gestion des événements indésirables à travers, la priorisation des analyses de causes profondes sur les événements indésirables graves, le choix des actions d'améliorations, la mise en œuvre de ces actions ainsi que la mesure de leur efficacité. L'ensemble des professionnels de l'établissement s'approprie les différents outils et participe à l'ancrage d'une réelle culture qualité-risque

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre les causes profondes de la survenue de l'événement indésirable afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins par la mise en place d'actions d'amélioration.

Il ne s'agit en aucun cas de rechercher un responsable ou un coupable.

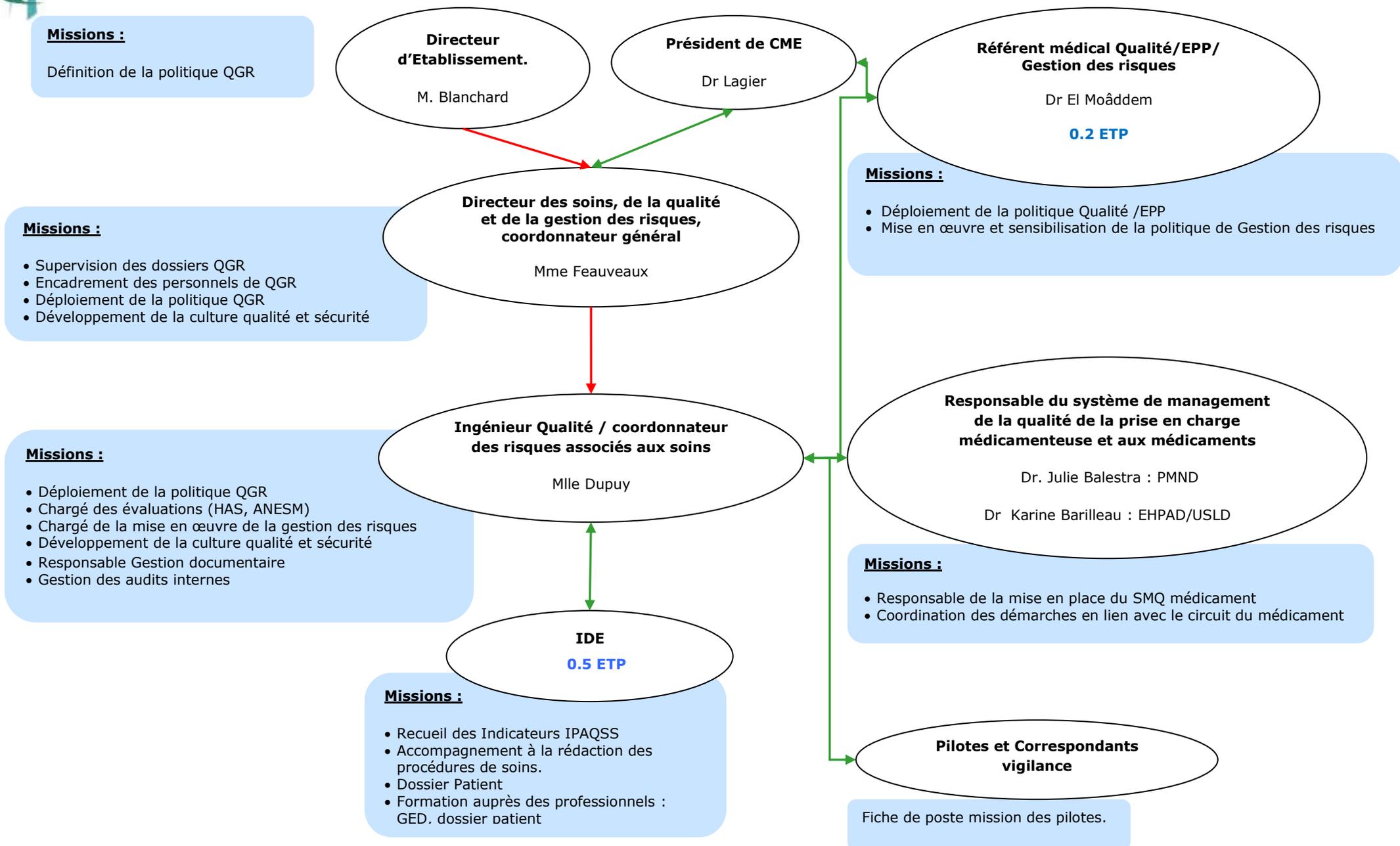
Le fonctionnement des CREX fait l'objet d'une procédure enregistrée dans le système documentaire.

L'accompagnement méthodologique des CREX est assuré par un membre de la cellule qualité.

Le bilan annuel des CREX et des événements indésirables Graves est présenté aux instances de l'établissement dont la commission des usagers.

La gestion des risques liée au circuit du médicament fait l'objet d'une politique spécifique.

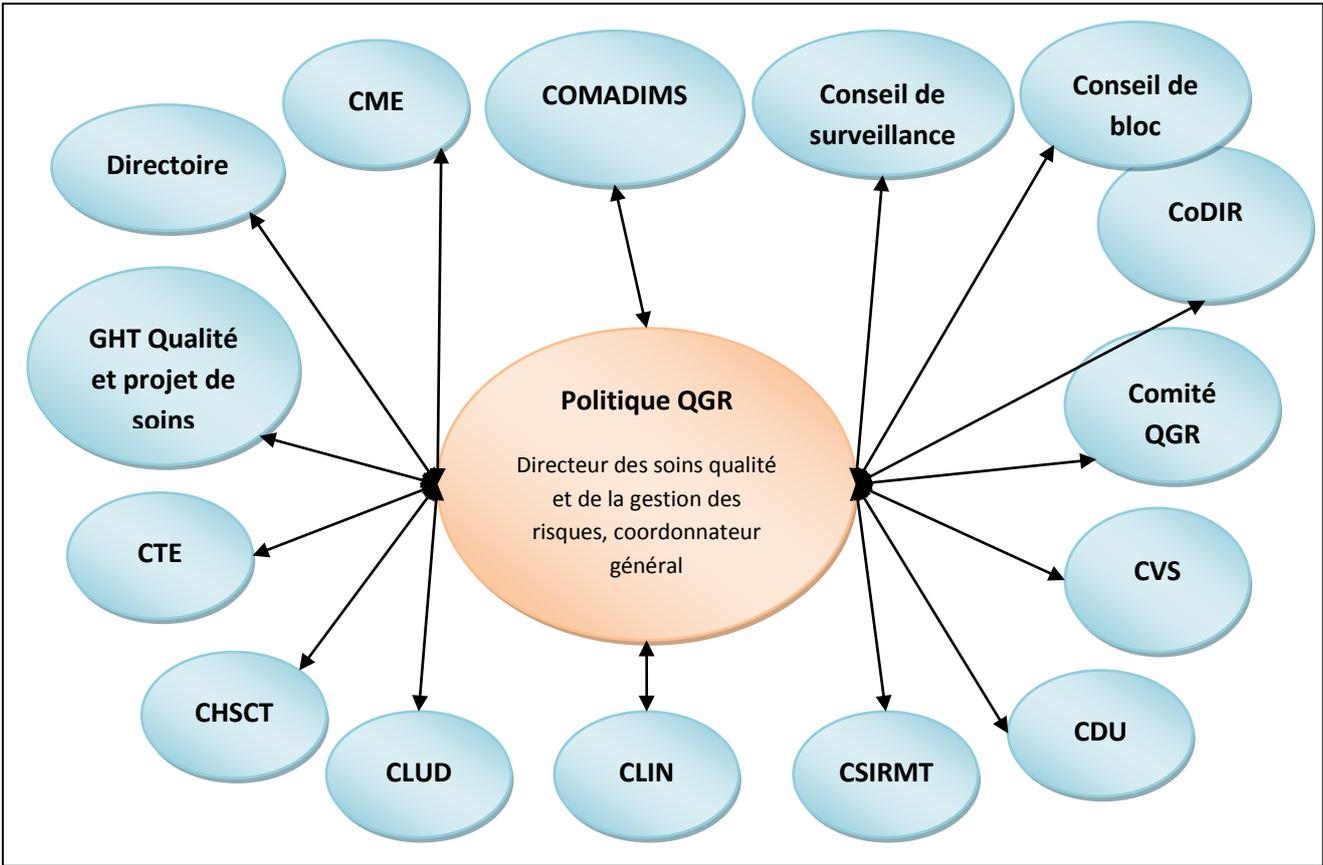
Organisation de la Qualité et de la gestion des risques au Centre Hospitalier du Chinonais





La coordination des interfaces

La coordination auprès des différentes instances de l'établissement est assurée par le Directeur des soins, de la cellule Qualité et de la gestion des risques, coordonnateur général qui assure une information continue aux instances du Centre Hospitalier du Chinois : CME, CTE, CHSCT, Conseil de surveillance, CSIRMT, CDU et CVS... en cohérence avec le programme qualité et gestion des risques.



Les thématiques prioritaires définies au regard des thématiques HAS V2014 et des résultats de la certification HAS V 2010 ont été affectées à un référent du comité qualité chargé de déployer la démarche auprès des pilotes de processus.

Dans ce cadre, les personnes ressources ont été sollicitées par thématique en fonction de leurs compétences dans les domaines liés aux thèmes retenus. Sur le terrain, des groupes de travail pluri-professionnels ont été mis en place pour des actions spécifiques telles **l'identitovigilance**, **l'informatisation du dossier patient** et la **cartographie des risques à priori du circuit du médicament**.



Politique et organisation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Le Centre Hospitalier du Chinonais intègre sa démarche d'évaluation des pratiques professionnelles dans sa politique qualité et gestion des risques. Elle est également prise en compte dans le projet de soins et le projet médical.

La réalisation des EPP au Centre Hospitalier du Chinonais s'appuie sur différents aspects :

- Le déploiement des CREX dans l'ensemble des services hospitaliers (y compris pour les sites extérieurs).
- La mise en œuvre des RMM sur les secteurs de chirurgie, d'anesthésie et de cancérologie.
- La réalisation des audits patients traceurs
- La poursuite d'EPP initiées lors de la visite de certification V 2010 (antibiotiques, prescriptions personnes âgées, médicaments...)

Les objectifs :

Le choix des thèmes EPP de l'établissement s'appuie sur la volonté de :

- *déployer des EPP dans tous les secteurs d'activité : chimiothérapie, médico-technique...*
- *déployer des EPP pour des prises en charge ou pratiques spécifiques à l'établissement*
- *répondre aux exigences des tutelles : ARS, HAS...*

Les plans d'actions :

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des EPP :

Un pilote médical a été nommé pour chaque EPP. En fonction du thème, différents professionnels ont été associés pour mener à bien ces évaluations. Le médecin qualité est identifié comme correspondant EPP. Il assure la coordination, le suivi des démarches engagées en lien avec ses confrères pour les EPP médicales, et avec la Direction des soins pour les EPP paramédicales.

L'organisation du suivi des démarches, de l'engagement des professionnels et de l'évaluation de l'impact des démarches sur les pratiques :



L'état d'avancement est effectué de manière périodique pour être restitué à la cellule qualité ainsi qu'au correspondant EPP. Selon les études, la réévaluation est réalisée ou planifiée dans l'objectif de mesurer l'impact des actions d'amélioration issues des différentes études mises en œuvre.

L'intégration progressive des indicateurs qualité :

Des indicateurs de pratiques cliniques sont intégrés au programme EPP et seront améliorés avec le développement des tableaux de bord.

L'accompagnement méthodologique des équipes :

Le correspondant EPP, en lien avec le service qualité, accompagne le déroulement de la mise en œuvre des études et apporte un soutien méthodologique.

La communication en matière d'EPP :

Les professionnels sont informés par le biais des instances ou par leur participation au groupe de travail. En fonction de l'état d'avancement de chaque étude, les résultats sont diffusés.

La révision de la stratégie de développement de l'EPP :

La révision de la stratégie de développement des EPP a lieu en CME, en fonction des enjeux de l'établissement et des enjeux de prise en charge des patients.

L'ancrage de la culture qualité/risques auprès de chaque professionnel du CHC

Des formations communes sont organisées chaque année pour l'ensemble des professionnels (médecins, cadres, IDE, AS, personnels administratifs...) de manière à parler le même langage et appréhender les mêmes outils qualité.

De manière continue les thématiques suivantes font l'objet de formations régulières : CREX, médicament, l'identito-vigilance, audit interne...

Le déploiement de l'outil informatique de la Gestion Electronique documentaire facilite l'appropriation de la démarche qualité au plus près du terrain en lui donnant du sens.

Dans le cadre de la préparation de la certification HAS V 2014, des formations à la méthodologie patient traceur et aux audits de processus ont été organisées.



Par ailleurs une lettre de mission adressée au pilote de chaque processus définit le rôle et les missions qui lui incombent.

Développement Durable

Depuis 2010, le Centre Hospitalier du Chinonais a formé des « correspondants environnement » dans chaque secteur d'activité. Des indicateurs de suivi du poids des déchets hospitaliers permettent la mise en œuvre d'actions correctives dans un objectif d'amélioration du tri et de diminution de coût. Le Centre Hospitalier du Chinonais souhaite désormais s'inscrire dans une démarche globale de « Développement Durable » autour de ces 3 axes fondamentaux :

- Environnementale : Amélioration du tri des déchets, intégration du paramètre environnemental lors des travaux et/ou conception de nouveaux bâtiments.
- Economique : Intégration de paramètres environnementaux dans la politique d'achat du CHC selon l'objet des marchés ex : les campagnes régionales des consommables chimiques, alimentation et textiles.
- Sociétal : Incitation des différentes instances du Centre Hospitalier du Chinonais sur la nécessité d'impulser une démarche de développement durable.

Evaluation

À l'échelle de l'établissement, la qualité et l'efficacité de la politique Qualité et gestion des risques sont évaluées annuellement en comité qualité et présentées en comité stratégique.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité de la politique au regard des objectifs nationaux.

Les résultats périodiques et tableaux de bord d'indicateurs :

- Tableau de bord des EPP,
- Résultats des indicateurs Qualité et Sécurité des Soins,
- Indicateurs Hôpital Numérique,
- Rapport annuel de la CDU,
- Rapport d'activité,
- Compte Qualité,
- Bilan CREX et EI
- Suivi du Contrat de Bon Usage des médicaments



Cette politique « Qualité et Gestion des Risques » a été présentée :

- à la CME validée le 11/09/2017
- à la CDU le 12/10/2017
- à la CSIRMT le 29/06/2017 et validée le 19/10/2017
- au CTE le 27/06/2017 et validée le 12/12/2017
- au CHSCT les 25 et 29/09/2017 et validée le 07/12/2017
- Au Conseil de surveillance le 18/10/2017
- Au Directoire le 18/09/2017

Le Directeur Général	Le Président de la C.M.E.
Christophe BLANCHARD	Dr Marc LAGIER