

POLITIQUE QUALITE 2023 - 2027

Directeur Général	Président de la CME
Mr Nicolas ESTIENNE	Dr Yves RIMET
Le	Le

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	4
CONTEXTE ET ENJEUX.....	5
I LES AXES DE LA POLITIQUE QUALITE	7
AXE 1 : Prendre en compte l'expérience des usagers en intégrant le patient au centre de nos actions et de nos organisations	7
AXE 2 : Développer la culture qualité/gestion des risques des professionnels en favorisant leur engagement dans les démarches pluri-professionnelles	7
AXE 3 : Optimiser la coordination de la gestion des risques pour garantir la sécurité globale du patient.....	7
AXE 1 : Prendre en compte l'expérience des usagers en intégrant le patient au centre de nos actions et de nos organisations	8
AXE 2 : Développer la culture qualité/gestion des risques des professionnels en favorisant leur engagement dans les démarches pluri-professionnelles	10
AXE 3 : Optimiser la coordination de la gestion des risques pour garantir la sécurité globale du patient.....	12
II LE MANAGEMENT DE LA QUALITE	14
II.1 LE NIVEAU STRATEGIQUE :	15
II.1 .1 LE COMITE STRATEGIQUE QUALITE.....	15
II.1.2 LA COMMISSION DES USAGERS	15
II.2 LE NIVEAU DE COORDINATION :	16
II.2.1 LA DIRECTION QUALITE USAGERS RECHERCHE ET COMMUNICATION	16
II.2.2 LA COMMISSION QUALITE.....	16
II.2.3 LE COPIL QUALITE	16
II.3 LE NIVEAU OPERATIONNEL	17
II.3.1 LES COMMISSIONS SPECIALISEES DE LA CME ET GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUES DANS LA DEMARCHE QUALITE	17
II.3.2 LES VIGILANCES	18
II.3.3 LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS.....	18
II.3.4 LA GESTION DES RISQUES NON ASSOCIES AUX SOINS	18
II.3.5 LES REFERENTS	19
II.3.6 LES SERVICES	19
II.4 OUTILS ET MOYENS AU SERVICE DU MANAGEMENT.....	20
II.4.1 LA FORMATION ET LA SENSIBILISATION.....	20
II.4.2. L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ACTION DES PROFESSIONNELS	20

II.4.3 LE SUIVI DES INDICATEURS ET LES TABLEAUX DE BORD	20
II.4.4 UNE COMMUNICATION ADAPTEE.....	21
II.4.5 UNE GED ACTUALISEE ET ACCESSIBLE A MODERNISER.....	21
CONCLUSION.....	21
ANNEXES.....	21
<i>Annexe 1 : Composition et Règlement Intérieur du COSTRAT</i>	
<i>Annexe 2 : Les sous-commissions de la CME</i>	
<i>Annexe 3 : Liste des vigilances et responsables</i>	
<i>Annexe 4 : Liste des référents de thème</i>	

GLOSSAIRE

AGI : Autorité de Gestion de l'Identification
PECM : Prise en Charge Médicamenteuse
CDU : Commission Des Usagers
CDD : Comité Développement Durable
CIV : Cellule d'Identitovigilance
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLEI : Comité de Lecture des Evénements Indésirables
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Établissement
CODIR : Comité de Direction
COFRAC : Comité Français d'accréditation
CGRAS : Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
CAI : Commission des Anti-Infectieux
COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
COSTRAT : Comité stratégique de la Qualité et des risques
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers Rééducation et Médico-Technique
CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CSE : Comité Social d'Établissement
DPC : Développement Professionnel Continu
DQURC : Direction Qualité Usagers Recherche et Communication
EI : Evènement Indésirable
EIGAS : Événement Indésirable Grave Associé aux Soins
EIG : Evènement Indésirable Grave
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
GED : Gestion Electronique Documentaire
HAS : Haute Autorité de Santé
IQSS : Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins
PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins
RMM : Revue de Morbidité Mortalité
RU : Représentant des Usagers
SCOMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
SI : Système d'Information
SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

CONTEXTE ET ENJEUX

Le CHIAP a l'ambition d'être un centre de référence sur son territoire.

Le territoire de santé du CHIAP comprend le nord du département des Bouches du Rhône, s'étend jusqu'au sud du département des Hautes Alpes et du Var.

Sa politique Qualité s'inscrit dans le cadre des objectifs stratégiques de l'Etablissement et vise à assurer

- Aux patients et usagers un bon niveau de qualité des soins et de bénéficier d'une prise en charge évaluée et améliorée de manière continue
- Aux professionnels d'être reconnus et valorisés dans leur engagement à améliorer de manière continue en lien avec les patients la qualité et la sécurité des soins.

La politique « qualité, sécurité et gestion des risques » est pilotée par le Président de la CME et le Directeur Général en partenariat avec les représentants des usagers.

La qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques et la bientraitance sont des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP).

La politique qualité gestion des risques s'appuie sur ces valeurs partagées, ainsi que sur la définition de la qualité et de la sécurité des soins donnée par l'OMS.

Elle a pour objectif d'une part, de s'assurer que chaque patient bénéficie de tous les actes diagnostiques et thérapeutiques pour lui assurer le meilleur résultat en terme de santé, pour sa plus grande satisfaction et dans le respect de ses droits. D'autre part, les objectifs relatifs à la sécurité des patients visent à prévenir et réduire tous les risques, les erreurs et préjudices susceptibles de lui être causés lors de ses soins.

Elle s'inscrit dans le cadre des objectifs stratégiques, du projet médical, du projet de soins du projet social, du projet des usagers et du projet développement durable du CHIAP. Elle tient compte de l'évolution de l'organisation et des attendus relatifs à la qualité des soins et la gestion des risques fixés par la Haute Autorité de Santé, ainsi que les évolutions réglementaires, impactant la sécurité et la qualité des soins.

Les enjeux de la politique qualité et sécurité des soins sont de développer :

- **La culture qualité/gestion des risques** dans tous les services qu'ils soient de soins, logistiques, techniques ou administratifs considérant la démarche qualité comme composante du travail de tout soignant et de tout professionnel hospitalier.
- **Plus particulièrement la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat clinique** afin de garantir le meilleur soin au bon moment
- **L'implication et la mobilisation des responsables des services** auprès de leurs équipes

- **Le développement de l'interdisciplinarité** comme moteur de l'amélioration des pratiques.
- **L'engagement des patients** dans la qualité et la sécurité des prises en charge : que ce soit à titre individuel ou au niveau des organisations et de la gouvernance les droits et les besoins du patient sont pris en compte.
- **L'expertise** des référents
- **L'adaptation constante de l'offre de soins aux évolutions du système de santé** : par l'adaptation constante des pratiques et/ ou dispositifs au bénéfice de l'amélioration du parcours patient.

Au fil des années, le CHIAP a consolidé sa démarche qualité et son management de la qualité en privilégiant le travail en équipe pluri-professionnelle.

La politique qualité et gestion des risques **validée par les instances, le Président de la CME et le Directeur Général du CHIAP est pilotée et mise en œuvre par les professionnels qui contribuent à la faire évoluer.**

Le Directeur Général et le Président de la CME soutiennent la politique qualité gestion des risques et favorisent l'atteinte des objectifs et l'amélioration continue. Ils veillent à son actualisation et son adaptation en fonction des résultats de la précédente visite de certification et toute évaluation interne ou externe, des retours d'expérience et particulièrement de la crise sanitaire, des différentes analyses de risques et des vigilances, de l'avis des usagers.

La politique qualité, sécurité et gestion des risques est structurée autour de trois axes opérationnels, et déclinée, en programme d'amélioration qualité et sécurité des soins, lui-même constitué, d'actions opérationnelles et d'indicateurs institutionnels pour en évaluer les résultats.

Elle s'adapte aux exigences réglementaires, aux résultats des procédures de certification HAS, ABM, et autres audits externes, aux résultats issus de l'exploitation des réclamations des usagers, aux déclarations internes d'événements indésirables, à l'évaluation de la satisfaction des patients, aux résultats des IQSS et autres évaluations internes.

I LES AXES DE LA POLITIQUE QUALITE

AXE 1 : Prendre en compte l'expérience des usagers en intégrant le patient au centre de nos actions et de nos organisations

AXE 2 : Développer la culture qualité/gestion des risques des professionnels en favorisant leur engagement dans les démarches pluri-professionnelles

AXE 3 : Optimiser la coordination de la gestion des risques pour garantir la sécurité globale du patient

AXE 1 : Prendre en compte l'expérience des usagers en intégrant le patient au centre de nos actions et de nos organisations

OBJECTIFS :

1. Veiller à la qualité et à la bonne diffusion de l'information délivrée au patient
2. Sensibiliser les professionnels de façon constante sur le respect des droits des patients
3. Veiller au respect de la bientraitance dans les pratiques quotidiennes des professionnels
4. Favoriser la réflexion éthique sur les pratiques professionnelles
5. Renforcer l'analyse des réclamations dans le processus d'amélioration de la qualité
6. Mieux prendre en compte « l'expérience patient » et développer le partenariat patient
7. Promouvoir l'évaluation de l'expérience patient : PREMs (Patient-Reported Experience Measures), PROMs (Patient-Reported Outcom Measures), ETP ...

SERVICES OU STRUCTURES CONCERNES:

COSTRAT
CME
Direction des soins
DQURC
Commission qualité
CDU
Comité d'éthique
DRH Formation continue
Pôles/services

PERSONNES PILOTES/REFERENTES :

- Président du comité d'éthique : (réfèrent médical des thèmes « droit des patients », « bientraitance-maltraitance », « éthique »)
 - Adjointe à la Direction des soins : (réfèrent soignant du thème « droit des patients »)
 - Représentant des usagers : (RU, co-réfèrent des thèmes « droit des patients », « engagement des patients »)
 - Cadre supérieur de santé pôle gériatrie : (réfèrent soignant du thème « bientraitance-maltraitance »)
 - Directrice qualité : (réfèrent administrative des thèmes « engagement des patients », « dynamique d'amélioration et de la qualité »)
 - Chef de service Centre Roger Duquesne : (réfèrent médical du thème « bientraitance-maltraitance »)
-

INDICATEURS :

Bilan annuel CDU
Nombre de réclamations et motifs
Résultats satisfaction globale des patients (e-satis, questionnaires internes)
Analyse des patients traceurs réalisés
Indicateurs de suivi sur la qualité de la satisfaction de l'information donnée
Nombre de patients experts et actions ETP
Nombre comités et groupes de travail avec participation des RU
Nombre de personnes formées au droits des patients/ bientraitance/éthique
Indicateurs de tenue de dossier patient – IQSS –
Indicateurs de projet de soin – projet de vie – SSR – IQSS
Indicateurs de projet de coordination de la prise en charge – HAD - IQSS

AXE 2 : Développer la culture qualité/gestion des risques des professionnels en favorisant leur engagement dans les démarches pluri-professionnelles

OBJECTIFS :

1. Promouvoir l'accompagnement des démarches qualité et développer les outils au service des professionnels
2. Favoriser les démarches pluri-professionnelles et l'engagement des acteurs dans l'amélioration de la qualité de leurs pratiques (développement des démarches EPP, et aux évaluations de type patient traceur.)
3. Déployer un plan de communication, de sensibilisation à la qualité pour les professionnels afin de promouvoir et diffuser les bonnes pratiques
4. Promouvoir un parcours formation qualité gestion des risques pour les professionnels
5. Promouvoir les démarches de travail en équipe et de reconnaissances externes (démarches assurance qualité en imagerie ou en radiothérapie, en laboratoire de biologie médicale ou volontaires (du type norme ISO9001 ou labellisation de certaines activités, accréditation en équipe et démarche PACTE).
6. Accompagner les unités dans l'amélioration des parcours de leurs patients

COSTRAT
CME
Direction des soins
DQURC
CDU
Commission qualité
Commission EPP
Pôles/services

PERSONNES PILOTES/REFERENTES :

- Directrice qualité : (référente administrative du thème « dynamique d'amélioration de la qualité »)
 - Directeur des soins : (réfèrent soignant des thèmes « dynamique d'amélioration de la qualité », « qualité de vie au travail et travail en équipe » ; co-pilote de la commission EPP)
 - Médecin qualité : (réfèrent médical des thèmes « dynamique d'amélioration de la qualité », « éducation thérapeutique », « parcours patient », co-pilote de la commission EPP)
 - Médecin responsable parcours patients : (réfèrent médical du thème « parcours patient »)
-

INDICATEURS :

Résultats certification et évaluation externe
Nombre de démarches d'évaluations externes / accréditation en équipe / PACTE
Nombre de rencontres qualité par an par service
Nombre d'actions de communication en instances / institutionnelles
Nombre d'actions de sensibilisation/formation qualité gestion des risques
Nombre de retours d'expérience en équipe
Nombre d'EPP réalisées/en cours
Indicateurs de la GED
Indicateurs qualité du dialogue de gestion

AXE 3 : Optimiser la coordination de la gestion des risques pour garantir la sécurité globale du patient

OBJECTIFS :

1. Favoriser les déclarations de FEI et inciter et valoriser le signalement des EIGAS en se centrant sur une culture positive de l'erreur
2. Développer l'analyse des FEI et le retour du suivi des plans d'action par la mise en place d'indicateurs de résultat. Accompagner les CREX, RMM, et proposer des formations.
3. Assurer le retour d'analyse des FEI auprès des déclarants
4. Assurer un suivi de la cartographie des risques
5. Impliquer l'ensemble des professionnels dans l'identification et la prévention des risques qu'ils soient ou non liés aux soins
6. Elaborer tester et mettre à jour la gestion de crise et les plans SSE

SERVICES OU STRUCTURES CONCERNES:

COSTRAT
CME
Direction des soins
DQURC
Commission qualité
CLEI
COFIL SSE
Coordination des vigilances
SCOMEDIMS
CLIN
CLUD
CLAN
DIM AGI
DSNB
CDU
Commission EPP
CDD
Pôles/services

PERSONNES PILOTES/REFERENTES :

- Médecin Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins : (réfèrent médical des thèmes « gestion et maîtrise des risques », « gestion des tensions hospitalières et SSE)
- Directrice qualité : (réfèrent administratif du thème « gestion et maîtrise des risques », « gestion des tensions hospitalières et SSE)

INDICATEURS :

Nombre de signalement d'évènements indésirables/ semestre / service
Nombre d'EIGAS déclarés en externe / semestre
Nombre de CREX / semestre / thématique
Taux de service ayant réalisé des RMM ou CREX / semestre
Nombre de professionnels formés à la gestion des risques
Rapports d'activité UHH, SCOMEDIMS, CLUD, CLAN, AGI, Vigilances
IQSS Traçabilité de l'évaluation de la PEC de la douleur MCO, SSR, HAD
Nombre d'exercice SSE/an
Nombre de plans de crise déclenchés en interne/an
Nombre de RETEX SSE /an

II LE MANAGEMENT DE LA QUALITE

Le management de la qualité gestion des risques est guidé par l'ambition et les enjeux identifiés.

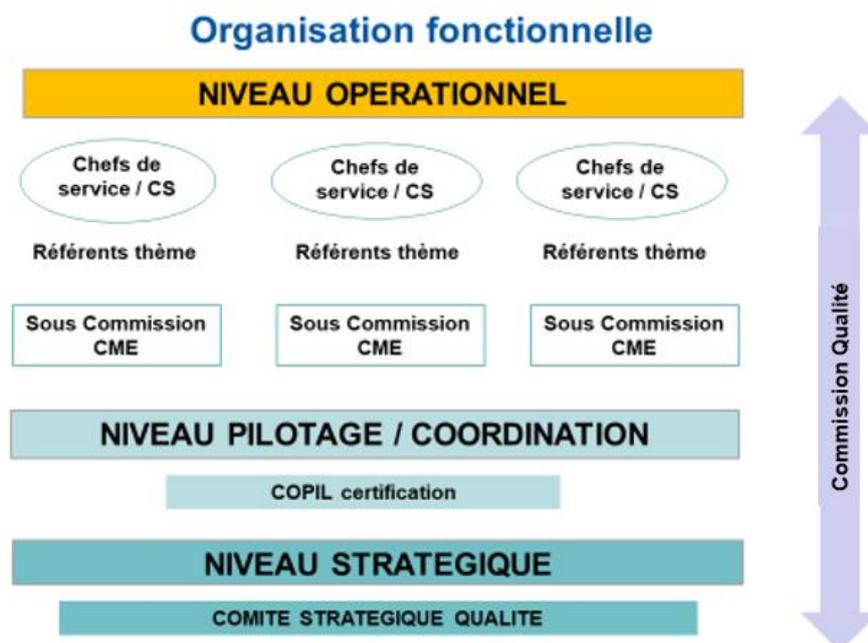
Il est au service de la mise en œuvre des axes opérationnels et notamment du développement de la culture qualité et de la sécurité des soins auprès de chacun des professionnels, ainsi que de l'approche pluri professionnelle à tous les niveaux de conception, pilotage et mise en œuvre de la politique.

Il intègre les représentants des usagers à chacun des niveaux.

Le management de la qualité est mis au service du développement de la culture qualité et de son évaluation par tous les secteurs du CHIAP.

Il repose sur l'implication des professionnels et leur participation dans un cadre institutionnel interactif de façon continue et permanente qui prend en compte les résultats et le bilan des actions menées dans le cadre du programme qualité PAQSS, l'analyse des événements indésirables ainsi que de l'analyse des réclamations des patients et des usagers.

Ces principes de management sont à conforter et à faire évoluer de manière continue pour que la prise en compte des besoins du patient et sa compréhension des modalités de sa prise en charge en soit renforcée.



II.1 LE NIVEAU STRATEGIQUE

II.1.1 LE COMITE STRATEGIQUE QUALITE

La coordination de la mise en œuvre de cette politique est assurée par le COSTRAT QUALITE, co présidé par le Président de la CME et le Directeur Général du CHIAP, qui s'engagent à soutenir les professionnels en mobilisant les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de cette politique.

Le « COSTRAT Qualité » est composé de l'encadrement médical et paramédical des pôles de soins et des représentants des usagers.

Sa mission principale est de coordonner la définition et la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement comprenant la sécurité, les vigilances et la gestion des risques associés aux soins.

- Il analyse les axes et actions stratégiques de la politique qualité et sécurité de l'établissement à présenter en CME, en directoire et conseil de surveillance, en vérifiant leurs cohérences avec les axes stratégiques de la politique qualité gestion des risques, avec le projet d'établissement et en analysant leurs complémentarités
- Il Identifie les thèmes prioritaires afin de permettre à la direction et à la CME de définir les orientations stratégiques en cohérence avec le projet d'établissement.
- Il propose la politique qualité et gestion des risques associés aux soins élaborée par l'ensemble des acteurs de l'établissement, et en particulier les référents et les commissions spécialisées chacune dans leur domaine.
- Il pilote l'ensemble des actions des démarches de certification HAS de l'établissement en fixe les priorités en matière de Management de la Qualité (audits, évaluations), en définissant les actions à mettre en œuvre
- Il veille au suivi de l'avancement des mesures prises dans le cadre des rapports de la HAS et des plans d'action qui en découlent.

Annexe 1 : Composition et Règlement Intérieur du COSTRAT

II.1.2 LA COMMISSION DES USAGERS

Présidée par un représentant des usagers, la commission des usagers contribue pleinement à la politique d'amélioration de la qualité du CHIAP. Sa composition intègre la direction générale, la DQURC, des représentants de la CME et de la CSIRMT, ainsi que le président du comité d'éthique et le médecin CGRAS tous deux invités permanents.

Instance de dialogue et d'échange, elle participe à l'amélioration de la prise en charge des usagers en prenant en compte l'expérience des usagers à travers l'analyse des réclamations des patients ou de leurs proches. La CDU a également connaissance des résultats de l'analyse de la satisfaction des patients, du bilan des événements indésirables, des résultats des IQSS et de toute évaluation interne ou externe relative à la démarche qualité de l'établissement.

Les recommandations formulées par la CDU alimentent la politique qualité du CHIAP et les actions d'amélioration proposées sont intégrées et suivies dans le PAQSS de l'établissement.

II.2 LE NIVEAU DE COORDINATION :

II.2.1 LA DIRECTION QUALITE USAGERS RECHERCHE ET COMMUNICATION

La création de cette Direction intégrant le service qualité assure un lien avec l'ensemble des directions fonctionnelles, la direction générale et la CME. Elle exerce ses missions transversales après concertation au sein de la commission qualité et en lien étroit avec l'ensemble des instances, commissions, référents et services de l'hôpital.

Elle est notamment en charge de :

- Accompagner l'ensemble des professionnels dans le développement de la démarche qualité
- Impliquer les usagers et permettre le respect de leurs droits (Organiser et gérer le circuit des réclamations, préparer la CDU, gérer les demandes d'accès aux dossiers médicaux par les usagers)
- Coordonner la gestion des risques en lien avec le médecin coordonnateur gestion des risques associés aux soins
- Assurer l'organisation et préparer les réunions des différentes instances de management de la qualité
- Assurer la mise à jour de la gestion documentaire et son accessibilité en rapport avec les protocoles de la qualité et de la gestion des risques
- Apporter un soutien méthodologique aux équipes
- Assurer le suivi des évaluations, des RETEX et de la satisfaction des patients
- Organiser et assurer le suivi des événements indésirables
- Assurer la mise à jour et l'évaluation des plans de crise (Coordonner l'écriture des plans SSE et les exercices SSE)
- Assurer la coordination des vigilances
- Aider, accompagner ou coordonner la préparation des audits externes, des visites de certifications
- Assurer le suivi du PAQSS institutionnel

Elle assure également le lien avec le groupe qualité du GHT.

II.2.2 LA COMMISSION QUALITE

Composée de la DQURC, de 5 médecins (représentant qualité de la CME, médecin CGRAS, président du SCOMEDIMS, responsable des parcours patients, représentant DIM/identitovigilance), de la direction des soins, la commission qualité se réunit chaque semaine et assure la coordination des actions décidées en COSTRAT et prépare les COPIL.

Elle veille au bon avancement des plans d'action en lien avec les référents et les services.

La Commission réalise une revue hebdomadaire des FEI.

II.2.3 LE COPIL QUALITE

Ce comité est garant du processus d'analyse, d'élaboration de coordination et de suivi des plans d'actions validés par le COSTRAT. Il est composé de tous les référents et sous commissions de la CME et de tous les services. Il se réunit dans des formations différentes selon les besoins.

Le COPIL qualité :

- Prépare les décisions du comité stratégique qualité
- Pilote la démarche de préparation à la certification

- Assure la mise à jour de la cartographie des risques avec les différents responsables des vigilances du CHIAP
- Recueille la satisfaction et l'expérience patient, la synthèse des FEI auprès des services, analyse les données disponibles utiles à la mise en œuvre du PAQSS, en soumettant au COSTRAT Qualité une priorisation des actions.
- Instruit les différents niveaux de risques et plan d'actions et s'assure de la coordination des plans d'actions de chaque service. Les résultats des analyses sont transmis au COSTRAT Qualité tous les 3 mois.
-

II.3 LE NIVEAU OPERATIONNEL

II.3.1 LES COMMISSIONS SPECIALISEES DE LA CME ET GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUES DANS LA DEMARCHE QUALITE

Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat clinique est portée au quotidien par une collaboration étroite des sous commissions de la CME avec l'ensemble des professionnels.

Les comités ayant des missions spécifiques facilitent l'échange des informations et une politique cohérente et partagée, notamment par une restitution régulière de leurs travaux en CME en COSTRAT et/ou en COPIL.

L'accompagnement des équipes et la valorisation des parcours ou pratiques remarquables sont au cœur du déploiement de la politique qualité et sécurité des soins.

Ces commissions concernent la qualité et la gestion des risques liés aux soins. Elles proposent des plans d'actions à partir des analyses, et pilotent les actions à conduire dans leur domaine de compétence en s'appuyant sur les bonnes pratiques et recommandations ou réglementations propres à leur domaine de compétences. Elles travaillent en étroite collaboration avec la commission qualité.

Il s'agit des instances et groupes de travail suivants :

- CLIN - comité de lutte contre les infections nosocomiales
- CAI - Comité des Anti-Infectieux
- CLUD - comité de lutte contre la douleur
- CLAN - comité de liaison pour l'alimentation et la nutrition
- CST - comité de sécurité transfusionnelle
- SCOMEDIMS - Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
- AGI : Autorité de Gestion des Identité
- Comité d'endoscopie
- Commission EPP
- Comité d'éthique
- COPIL sécurité du système d'information
- Comité de radioprotection
- Commission des admissions programmées et non programmées et commission de la permanence des soins
- CLEI
- Comité de coordination des urgences

Annexe 2 : Les sous-commissions de la CME

II.3.2 LES VIGILANCES

Les vigilances organisées au sein du CHIAP sont les suivantes :

L'UHH - unité d'hygiène hospitalière, la cellule d'identitovigilance, la cellule de mouvemento vigilance, la pharmacovigilance, la réactovigilance, la matériovigilance, la radioprotection, la cybervigilance, l'hémovigilance, la biovigilance, la cosméto et tatoovigilance.

Chaque vigilant reçoit les alertes émanant des instances officielles ou des fabricants (enquête descendante). Il déclare les incidents émanant des services de soins (déclaration interne), déclare aux instances nationales ou aux fabricants (enquête ascendante).

Le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins et la Direction Qualité veillent à la cohérence des différentes actions et apportent à la demande une aide méthodologique et/ou logistique.

Chaque groupe, comité ou commission formalise dans son règlement intérieur ses relations avec la coordination des vigilances et avec les autres vigilances. Il est édité un livret des vigilances et de leur coordination.

Chaque vigilance présente son bilan annuel en CME et la coordination des vigilances est présentée en COSTRAT Qualité.

Annexe 3 : Liste des vigilances et responsables

II.3.3 LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS

Un médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné par le Directeur en concertation avec le président de la CME.

Son rôle transversal s'appuie sur tous les autres professionnels ou instances en charge des vigilances, médicaments, radiothérapie, stérilisation, UHH, ...

Elle veille à la mise en œuvre du programme d'actions, apporte un appui stratégique au directeur, au PCME et à la CME en matière d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, et son expertise méthodologique dans l'élaboration et le suivi des plans SSE.

Elle accompagne les professionnels dans le traitement et l'analyse des événements indésirables et la déclaration des EIG.

Elle travaille en étroite collaboration avec la DQURC et l'ingénieure en charge de la gestion des risques.

II.3.4 LA GESTION DES RISQUES NON ASSOCIES AUX SOINS

La gestion des risques non associés aux soins est placée sous la responsabilité des directions fonctionnelles auxquelles ils sont rattachés.

- La sécurité incendie, la sécurité des biens et des personnes, la sécurité technique, la sécurité alimentaire sont suivis par la Direction des Ressources Opérationnelles. (DROPE)
- Les risques professionnels dont les risques psychosociaux sont gérés par la Direction des Ressources Humaines (DRH)
- La sécurité informatique, la gestion cyberattaque, la sécurité des données personnelles, le DPO sont gérés par la Direction des services numériques et biomédicaux (DSNB)
- Les risques environnementaux sont suivis par le Comité de Développement Durable en lien avec la DROPE.

La Direction de la Qualité assure auprès des directions fonctionnelles le suivi et l'aide méthodologique le cas échéant

II.3.5 LES REFERENTS

Les référents ont pour mission de :

- Organiser les travaux au sein du groupe ou commission (composition pluridisciplinaire + association personnes ressources)
- Réaliser une auto-évaluation sur l'ensemble des critères du thème
- Réaliser des évaluations internes en priorité sur les critères impératifs et/ou de type traceur ciblé ou audit système
- Accompagner les services en difficulté sur les critères impératifs du thème
- Repérer les bonnes pratiques dans les services à valoriser (communication institutionnelle)
- Analyser les résultats issus des patients traceurs et/ou parcours traceurs sur les critères du thème fournis par l'équipe qualité
- Synthétiser l'ensemble des résultats issus de ces évaluations
- Identifier les écarts sur leur thème
- Présenter au comité de pilotage les résultats de l'état d'avancement de l'auto-évaluation et des traceurs réalisés sur son thème
- Proposer au comité de pilotage un plan d'actions sur son thème
- Assurer le suivi de son PAQSS et le présenter régulièrement auprès du comité de pilotage
- Recueillir l'ensemble des éléments de preuve concernant leur thème

Annexe 4 : Liste des référents de thème

II.3.6 LES SERVICES

Dans chaque service, le binôme chef de service-cadre du service est chargé de :

- Analyser les résultats de son service suite aux auto-évaluation sur les critères impératifs et aux évaluations internes,
- Proposer un plan d'actions du service basé sur cette auto-évaluation
- Mettre à jour le plan d'actions de service / résultats en intégrant les résultats des évaluations internes et externes, les résultats IQSS, les résultats de la satisfaction patients, les motifs de réclamation des usagers, l'analyse des FEI
- Analyser et synthétiser les résultats provenant d'autres sources :
 - Audit d'observations dans les services de soins
 - Résultats et préconisations des référents de thème suite à leurs premières auto-évaluations
 - Résultats issus des tableaux de bord de service

II.4 OUTILS ET MOYENS AU SERVICE DU MANAGEMENT

II.4.1 LA FORMATION ET LA SENSIBILISATION

Elle est organisée en lien avec le service formation et les services de l'établissement tant pour les formations obligatoires que dans le cadre des actions figurant dans le PAQSS. Il est envisagé qu'un parcours de formation qualité/gestion des risques garantisse les engagements de l'établissement par la formation régulière et continue de ses professionnels.

II.4.2. L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ACTION DES PROFESSIONNELS

Un accompagnement de l'encadrement des services par la direction de la qualité, avec la commission qualité favorise une connaissance des actions concrètes menées dans les services et leur valorisation.

Des rencontres annuelles de la commission qualité avec les services seront organisées afin de faire un état d'avancement du plan d'action du service et de faire le lien avec les actions institutionnelles. Un soutien méthodologique peut être apporté aux services qui en font la demande.

II.4.3 LE SUIVI DES INDICATEURS ET LES TABLEAUX DE BORD

Un système d'information et des outils de suivi et d'analyse sont largement partagés et analysés soit au niveau des services, des pôles (dialogue de gestion) ou au niveau des instances.

La coordination du recueil des IQSS est assurée conjointement par le DIM et la Direction qualité. Les IQSS sont recueillis par une équipe de professionnels formés et sensibilisés au recueil auprès des professionnels et/ou directement dans les services concernés pour en faciliter l'appropriation.

Les résultats des IQSS, comme tous les résultats des évaluations et audits internes sont diffusés et expliqués aux professionnels.

Une information à destination des professionnels est réalisée pour promouvoir l'analyse des résultats des indicateurs en équipe pluri professionnelle au sein de chaque service.

L'ensemble des audits internes et les évaluations externes vient nourrir également la cartographie des risques et les plans d'action pour une meilleure appropriation par les professionnels au cœur de leur service.

Des indicateurs et outils de pilotage au service de réflexions et d'un management pluri professionnel pour assurer le suivi de la maîtrise des risques hospitaliers et pérenniser une culture forte de sécurité au sein du CHIAP, à intégrer dans le processus de contractualisation au sein des pôles mais aussi de façon très opérationnelle par des rencontres régulières Qualité par service en mobilisant médecins et cadres.

II.4.4 UNE COMMUNICATION ADAPTEE

Une communication régulière large et adaptée auprès des professionnels sur les projets qualité à la fois institutionnelle et propre à chaque service est développée («capquali », affiches, « Monaixpert »,mémo, réunions, rencontres...)

II.4.5 UNE GED ACTUALISEE ET ACCESSIBLE A MODERNISER

Un logiciel de gestion documentaire permet la centralisation et la mise à disposition des documents valides auprès des professionnels via le site intranet de l'établissement. Un système d'alerte permet la révision des documents tous les 4ans.

En place depuis 2010, ce système documentaire nécessite une refonte couplée à l'acquisition d'un nouveau logiciel de gestion documentaire.

CONCLUSION

L'engagement de la gouvernance dans la politique qualité gestion des risques est fort et pérenne au sein du CHIAP.

La politique qualité est ouverte aux différentes évolutions qu'elles soient internes ou externes guidées par les évolutions médicales, partagée entre les différents professionnels. Elle est centrée sur une recherche permanente du meilleur soin pour chaque patient. Son évaluation régulière est organisée.

La politique est inscrite autour des valeurs d'amélioration continue de la qualité, de sécurité des soins et de bientraitance à tous les niveaux de l'établissement.

L'organisation de la démarche qualité basée sur la participation active des professionnels tient également compte des possibilités matérielles de mise en œuvre au sein de l'établissement dans un contexte contraint.

La formation et la communication auprès des professionnels et des usagers est régulière et s'appuie sur des modalités et outils variés.

L'établissement s'engage à faire évoluer son dispositif aux besoins et attentes des usagers de son territoire.

ANNEXES

Annexe 1 : Composition et Règlement Intérieur du COSTRAT

Annexe 2 : Les sous-commissions de la CME

Annexe 3 : Liste des vigilances et responsables

Annexe 4 : Liste des référents de thème

