

LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT ET EN PARTICULIER DU PATIENT ÂGÉ, DE LA GESTION DES RISQUES

1/ CONTEXTE

Soucieux de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients, l'établissement s'inscrit dans une démarche qualité continue. L'enjeu est de garantir d'une part, des soins personnalisés aux besoins des patients et d'autre part, d'optimiser la sécurité des personnes et des biens.

L'hôpital est une structure qui génère des risques, certains directement liés aux soins et d'autres liés au management, aux bâtiments, à l'environnement, aux installations et aux équipements.

Ces risques, mal maîtrisés et/ou pas toujours identifiés, peuvent engendrer des conséquences dommageables :

- pour l'Humain (patients ou résidents, visiteurs, professionnels),
- pour les biens (infrastructures et équipements).

2/ REGLEMENTATION

- Ordonnances du 24 avril 1996 qui font obligation aux établissements de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Loi du 18 juillet 1998 relative au renforcement de la sécurité sanitaire
- Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire DHOS/E2/E4 n°2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé
- Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de la santé publique (partie réglementaire)
- Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- Instruction N°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé
- Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Circulaire N°DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé pour accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- GUIDE HAS - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Mars 2012
- Arrêté du 20 février 2015 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

3/ HISTORIQUE

La démarche qualité du Centre Hospitalier d'Uzès a été initiée depuis 1999 par l'engagement du directeur, des actions de formation pour l'ensemble du personnel et le recrutement d'une qualicienne ; puis en 2015 par l'engagement du Président de CME.

Elle évolue en cohérence avec le SROS 3^{ème} génération, le projet régional de santé 2012-2017, le CPOM et le projet d'établissement.

Cette démarche s'appuie sur :

- l'organigramme de l'établissement,
- la description de poste identifiant une direction de la qualité et de la gestion des risques,
- l'engagement du Directeur et du Président de CME,
- les politiques institutionnelles.

4/ DEFINITIONS

■ Qualité

La qualité se définit comme « un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ». (Norme ISO 8402)

■ Risque

Le risque se définit comme une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine.

■ Gestion des risques

C'est un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou à des biens. (Norme ISO 9000/2000).

■ Audit de processus

C'est une méthode d'évaluation de la réalité de l'activité des établissements de santé (HAS - Novembre 2013).

Il permet d'apprécier pour une thématique/activité donnée la manière dont celle-ci est :

- définie et quels objectifs lui sont assignés
- en capacité d'identifier et de traiter les risques susceptibles de contrarier l'atteinte des objectifs déterminés (mobilisation des données issues des approches a priori et a posteriori)
- organisée et déployée (structuration, définitions des champs de responsabilités des différents acteurs impliqués, moyens mobilisés...) pour produire la somme des actions qui s'y rattache permettant l'atteinte des objectifs fixés
- à même de mesurer la bonne exécution des actions réalisées et d'identifier les axes de progrès en matière de qualité et de sécurité

■ Patient traceur

C'est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Il s'agit d'une méthode orientée « parcours », qui s'intéresse à la prise en charge globale d'un patient, aux interfaces entre secteurs et à la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

■ Evaluations des Pratiques Professionnelles

L'EPP est définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ».

L'évaluation des pratiques a comme finalité d'engager l'ensemble des professionnels dans une démarche continue d'amélioration de la qualité intégrée à leur pratique médicale et paramédicale.

Cet engagement est valorisé dans le Développement Professionnel Continu (DPC).

■ Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins

C'est la synthèse des plans d'actions issus des différents travaux réalisés dans l'établissement.

■ Compte qualité

C'est un outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et gestion des risques des établissements. Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il permet également de répondre à l'obligation d'autoévaluation de chaque établissement.

5/ ORIENTATIONS INSTITUTIONNELLES ET OBJECTIFS

5.1/ Structuration de la démarche qualité

La démarche qualité-gestion des risques repose sur la structuration suivante :

- une directrice de la qualité et de la gestion des risques identifiée
- une qualitiennne
- une gestionnaire des risques
- les représentants des usagers (membres permanents du COPIL, de la CRUQPEC, du CLIN)
- la CME qui contribue à l'élaboration de la politique en établissant les priorités en matière de qualité et sécurité des soins avec la commission restreinte de la CME qui :
 - ✓ priorise et valide les actions d'amélioration issues des objectifs annuels des groupes de travail et des CREX
 - ✓ assure la coordination des objectifs annuels et des actions d'amélioration
 - ✓ impulse les démarches EPP à partir des synthèses des groupes de travail, des CREX, de la cartographie des risques a priori et de l'analyse des risques a posteriori
 - ✓ propose des actions de formation prioritaires et institutionnelles
 - ✓ propose un plan d'investissement en lien avec les moyens demandés par les différents groupes de travail
 - ✓ valorise les résultats des groupes de travail
- un comité de pilotage, de composition pluridisciplinaire, dont les missions sont :
 - ✓ de valider la structuration de la démarche qualité / gestion des risques et sa coordination
 - ✓ de valider les propositions issues de la cellule qualité
 - ✓ de coordonner la préparation de l'autodiagnostic sous forme d'audit de processus, l'organisation de sa conduite et le respect des échéances
 - ✓ d'entretenir la dynamique de la démarche jusqu'au stade de la mise en place des actions d'amélioration, de valider le plan d'actions issus du compte qualité et de se porter garant de la méthodologie
- une commission de gestion des vigilances et des risques sanitaire, pluridisciplinaire et associant les vigilants réglementaires (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance, identitovigilance) dont les missions sont :
 - ✓ d'assurer une cohérence institutionnelle (politique, programme d'actions qualité, bilan annuel)
 - ✓ de procéder au recueil, au traitement et à l'analyse des risques a priori et a posteriori
 - ✓ d'assurer l'information et la formation des professionnels en matière de gestion des risques
- une cellule qualité sanitaire dont les missions sont :
 - ✓ de proposer au comité de pilotage, pour validation, la structuration de la démarche qualité / gestion des risques, ses différentes étapes et la méthodologie
 - ✓ d'assurer le suivi de la démarche qualité / gestion des risques
 - ✓ de s'assurer de la mise en application des textes en vigueur
 - ✓ de valider la méthodologie d'autodiagnostic sous forme d'audit de processus
 - ✓ de définir les personnes ressources et les besoins pour mener à bien les actions d'amélioration de la qualité
 - ✓ de formaliser le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de la compétence de la CME
 - ✓ d'assurer le suivi du plan d'actions issu du compte qualité

5.2/ Objectifs et Outils

La politique qualité de l'établissement se décline en plusieurs axes que l'on retrouve dans le compte qualité.

▪ La **gestion des risques** devient un enjeu majeur et pour y satisfaire l'établissement décline des objectifs et met en œuvre des outils :

- formaliser une cartographie des risques a priori permettant l'identification des risques majeurs et l'évaluation de leur niveau de maîtrise,
- élaborer un document unique par structure permettant l'identification des risques professionnels en formalisant leur niveau de criticité,
- analyser la déclaration des événements indésirables, notamment les risques associés aux soins, pour identifier et corriger les risques a posteriori,
- prévenir et surveiller les infections nosocomiales,
- formaliser des plans d'urgence pour garantir la gestion des situations de crise

▪ L'amélioration de la qualité et la sécurisation de la **prise en charge médicamenteuse** est un axe stratégique.

L'objectif est d'analyser le processus de la prise en charge :

- la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission, les vérifications des prescriptions lors des transferts de patients) ;
- la validation pharmaceutique ;
- la préparation ;
- la dispensation ;
- l'approvisionnement ;
- le transport ;
- la détention et le stockage ;
- l'administration ;
- l'information du personnel soignant et du patient ;
- la surveillance du traitement.

De la bonne organisation de ce circuit dépend la prise en charge optimale des patients qui associe la réduction des risques, notamment iatrogènes, (bénéfices/risques) et la réduction des coûts des soins (bénéfices/coûts).

▪ L'**évaluation** est au cœur de la démarche qualité. Nos objectifs dans ce domaine sont :

- d'assurer le suivi d'indicateurs qualité pour vérifier si les objectifs sont atteints et en observer les évolutions à intervalles réguliers,
- de favoriser un système d'écoute de l'expression des patients et des usagers. Des enquêtes de satisfaction auprès des patients sont organisées sur des thèmes spécifiques et un questionnaire de sortie est joint au livret d'accueil distribué à chaque entrant,
- d'intégrer le bilan des vigilances et de la veille sanitaire dans la démarche d'amélioration de la qualité,
- de promouvoir l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) au service de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

▪ Le **programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** est le levier d'amélioration continue de notre démarche qualité. L'objectif est d'en assurer le suivi.

▪ La **gestion documentaire** est informatisée et permet la mise à disposition des documents qualité (procédures, protocoles,...) pour l'ensemble du personnel. L'objectif est la mise à disposition de la base de données informatisée.

▪ La promotion de la culture qualité à travers une **communication** dynamique : Sites internet (www.scopesante.fr, www.hopital-local-uzes.fr), Journal interne, Affichage, Livret d'accueil. L'objectif est de maintenir la dynamique de communication.

EVALUATION

La mise en œuvre de cette politique est évaluée annuellement par la cellule qualité à partir d'indicateurs ou d'événements sentinelles.