

Hôpitaux de Sarreguemines

POLITIQUE QUALITÉ 2024-2028

Validée en CME du CH le 05/10/2023 et en CME du CHS le 05/10/2023

GLOSSAIRE

AMPATTI : AMÉLIORATION DU PARCOURS VÉCU PAR LE PATIENT ET SON ENTOURAGE EN IMMERSION
ASN : AGENCE DE SÛRETÉ NUCÉLAIRE
CAQES : AMÉLIORATION DU PARCOURS VÉCU PAR LE PATIENT ET SON ENTOURAGE EN IMMERSION
CDU : COMMISSION DES USAGERS
CH : CENTRE HOSPITALIER
CHS : CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
CLAN : COMITÉ DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION
CLEC : COMITÉ LOCAL D'ÉTHIQUE CLINIQUE
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD/CLUDS : COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR/COMITÉ DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET LES SYMPTÔMES
CME/PCME : COMITÉ MÉDICAL D'ÉTABLISSEMENT/PRÉSIDENT DU COMITÉ MÉDICAL D'ÉTABLISSEMENT
CMP : CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
CoDir : COMITÉ DE DIRECTION
COMEDIMS : COMMISSION DU MÉDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES
CoPil : COMITÉ DE PILOTAGE
COVIRIS : COMITÉ DES VIGILANCES ET DES RISQUES
CPOM : CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
CREX : COMITÉ DE RETOUR D'EXPÉRIENCE
CS : CONSEIL DE SURVEILLANCE
CSE/FS CSE : COMITÉ SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT/ FORMATION SPÉCIALISÉE DU COMITÉ SOCIAL D'ÉTABLISSEMENT
CSIRMT : COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES
CSTH : COMITÉ DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET D'HÉMOVIGILANCE
DAM : DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES
DPC : DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
EHPAD : ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
EI/EIAS/EIG/EIGS/FEI : ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE/ ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS/ ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE/ ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE ASSOCIÉ À DES SOINS/FICHE D'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE
EOH : ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE
EPP : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
ETP : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
FNEHAD : FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE
GED : GÉSTION DOCUMENTAIRE
GHT : GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
HAS : HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
HOP'EN : HOPITAL NUMÉRIQUE OUVERT SUR SON ENVIRONNEMENT
IPC : INDICATEUR DE PRATIQUE CLINIQUE
IQSS : INDICATEUR DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS
ISO : *INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION* – ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION
ONDAM : OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE
PAQSS : PLAN D' ACTIONS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS
PCR : PERSONNE COMPÉTENTE EN RADIOPROTECTION
PDCA : PLANIFIER, DÉPLOYER, CONTRÔLER, AGIR
PMP : PROJET MÉDICAL PARTAGÉ
PREMS/PROMS : *PATIENT-REPORTED EXPERIENCE MEASURES/ PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES*
PTSM : PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE
QGR/QGDR : QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES
RCP : RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE
RMM : REVUE DE MORBI-MORTALITÉ
RPL : RÉSEAU PÉRINATAL LORRAIN

RSMQPECMED : RESPONSABLE DU SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

RSSI : RESPONSABLE DE LA SÉCURITÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION

RU : REPRÉSENTANT DES USAGERS

SSE : SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

SRA : STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI

SROS : SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE

USLD : UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
Ière partie : Organisation et moyen de la Qualité et Gestion des Risques	5
Le système de management de la Qualité et de la Gestion des Risques	5
Pilotage et structuration de la Qualité et la Gestion des Risques	5
Le dispositif de management de la qualité et des risques	5
Le Service Qualité, Gestion des Risques.....	6
Le COPIL Qualité.....	7
Les autres organisations.....	7
IIème partie : Objectifs politique qualité sur la période (2024-2028).....	9
Axe 1 : Élaborer, diffuser, communiquer et évaluer la politique qualité et gestion des risques des Hôpitaux de Sarreguemines	9
Objectif 1.1 Élaborer la politique qualité-gestion des risques	9
Objectif 1-2 : Assurer la diffusion de la PQGR.....	9
Objectif 1-3 : Organiser la réactualisation des orientations qualité et gestion des risques.....	10
Axe 2 : Développer la culture sécurité et d'amélioration des pratiques professionnelles	11
Objectif 2-1 : Développer la culture de la sécurité	11
Objectif 2-2 : Poursuivre l'amélioration des pratiques au travers des pratiques professionnelles en s'appuyant sur les outils adéquats.....	12
Axe 3 : Accompagner les professionnels de terrain dans leur connaissance pratique de la qualité	13
Objectif 3-1 : Intervenir auprès des professionnels	13
Objectif 3-2 : Améliorer l'organisation et les outils de la démarche qualité et de la sécurité (GED, FEI, satisfaction ...)	14
Axe 4 : Développer la participation des usagers au processus qualité	14
Objectif unique.....	14
Axe 5 : Poursuivre la démarche sur les axes prioritaires transversaux.....	15
Objectif 5-1 : Assurer l'implication de l'ensemble des professionnels sur les axes transversaux	15
Objectif 5-2 : Engager prioritairement les plans d'actions liés aux exigences médico-soignantes de la certification	16
IIIème partie : Communication de cette politique qualité	17
IVème partie : Bilan, suivi et évaluation de la politique QGDR	17
Vème partie : Engagement direction et CME.....	18

INTRODUCTION

La définition d'une politique est la première étape de l'approche processus / PDCA (Planifier, Déployer, Contrôler, Agir).

L'écriture de cette politique et la détermination des objectifs a été effectuée de manière concertée avec les acteurs suivants : instances (CME, CS et CSE), directoire, partenaires et usagers. Impulsée par les instances de l'établissement, la mise en œuvre de la politique- qualité repose sur la participation des professionnels.

Conformément à la loi, cette politique tient à mettre la qualité et la sécurité au cœur des pratiques et des comportements individuels, afin d'obtenir la satisfaction du patient en répondant de la meilleure façon possible à ses attentes, dans le respect de ses droits. A ce titre, elle prend en compte les courriers de réclamation Elle vise à lui donner des soins de qualité, adaptés à ses besoins, dans le souci de la maîtrise des risques, en améliorant les relations entre les acteurs hospitaliers.

Enfin cette politique qualité vise à favoriser l'indispensable implication des personnels et soutenir le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, des organisations et des procédures qui structurent le fonctionnement de l'établissement (article L6113-2 du code de la santé publique).

La politique qualité gestion des risques respecte les valeurs décrites dans le projet d'établissement 2024-2028.

La politique qualité prend appui sur le projet médical et le projet de soins. Elle intègre les obligations réglementaires en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients, de suivi des vigilances, de gestion des risques techniques et environnementaux.

Cette politique répond aux orientations stratégiques de l'établissement énoncées dans le projet d'établissement. La politique qualité gestion des risques au sein de l'établissement s'appuie ainsi sur les orientations et exigences suivantes :

- Exigences réglementaires
- Orientations nationales (plan de santé publique, plan ONDAM...), régionales (SROS, PTSM ...) et locales
- Prise en compte des partenariats (PMP...)
- Contractualisation : CPOM, CAQES, Hop'EN, autorisations...

Les orientations de cette politique ont été identifiées au regard des conclusions de la certification V2014, des rapports émis par les différentes autorités, du bilan de la politique qualité précédente, des éléments issus des événements indésirables déclarés, de l'évaluation de la satisfaction des patients, des audits et évaluations internes, des rapports de l'exploitation des plaintes et réclamations ainsi que des recommandations émises par la Commission des Usagers (CDU), du bilan annuel qualité gestion des risques, de l'identification des risques prioritaires en lien avec les rencontres de pilotes de processus, tous ces éléments étant consignés dans la Plan d'Amélioration de la Qualité de de la Sécurité des Soins (PAQSS) de chacun des établissements constituant les des Hôpitaux de Sarreguemines.

Il en ressort plusieurs enjeux pour l'établissement, les professionnels, les patients :

- Qualité de la prise en charge
- Culture de la sécurité
- Travail en équipe
- Ouverture sur le territoire.

IÈRE PARTIE : ORGANISATION ET MOYEN DE LA QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

LE SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

L'établissement dispose d'un système coordonné de gestion de la qualité et des risques.

Le pilotage de la qualité et de la gestion des risques est de la responsabilité du directeur de l'établissement et du Président de la CME. Cette responsabilité est déléguée au directeur de la qualité et de la gestion des risques, assisté par un comité de pilotage : le COPIL Qualité, présidé par le président de CME.

L'objectif recherché est de conforter le système de pilotage pour tendre vers une gouvernance de la qualité et de la gestion des risques plus efficiente et l'appropriation par l'ensemble des professionnels.

Le Service Qualité Gestion des Risques assure la cohésion entre le niveau institutionnel et le niveau polaire/service.

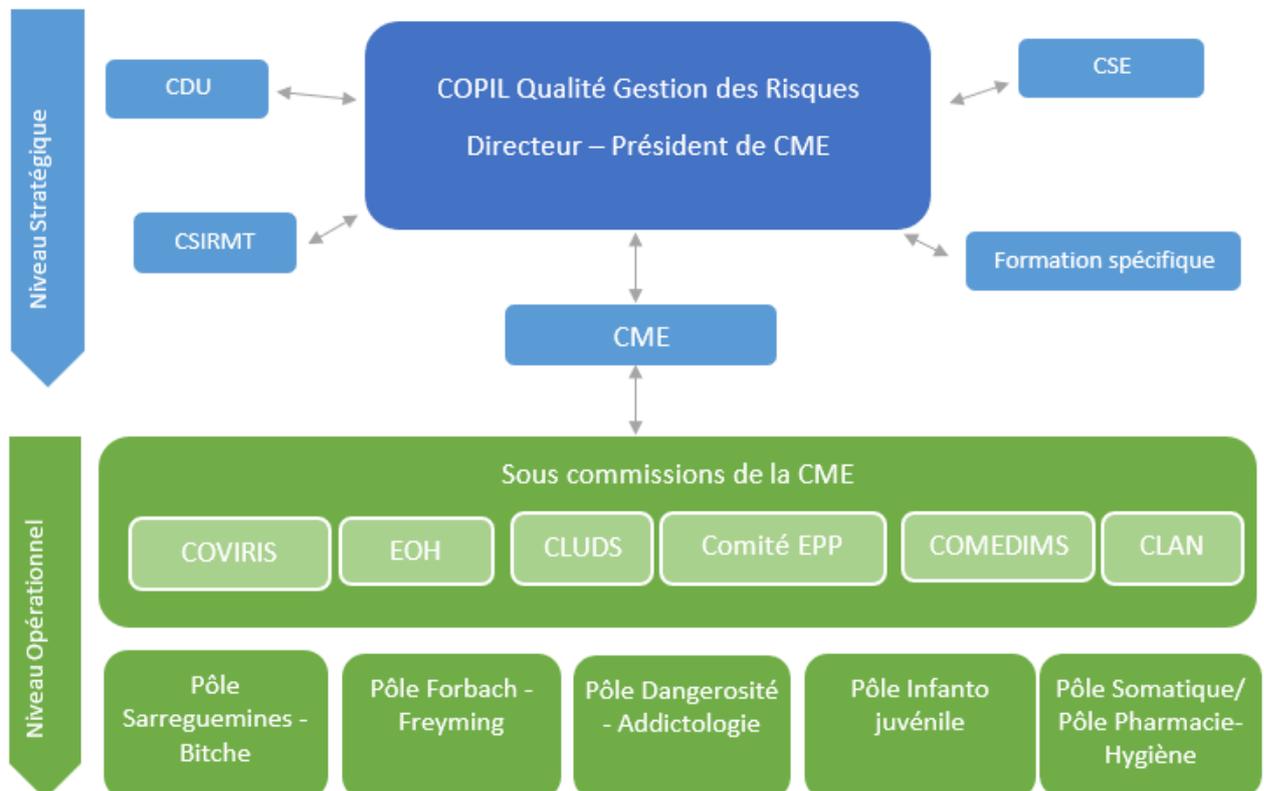
Au niveau des services, des ambassadeurs qualité sont nommés. Pour les accompagner dans la démarche et l'appropriation de la culture, un soutien méthodologique du service qualité est identifié. Celui-ci les conduit vers l'autonomie en matière de gestion des risques et les aide à se structurer.

Pour les thématiques HAS transversales, un pilote est également identifié.

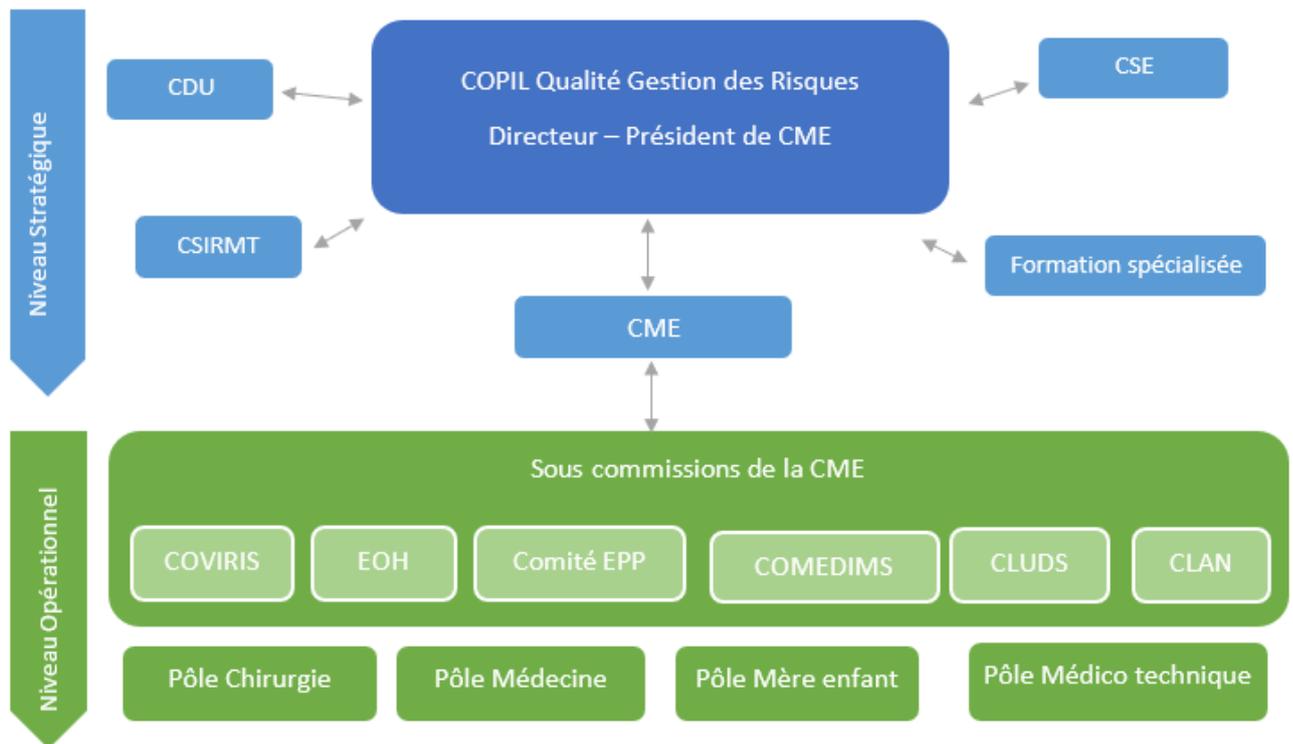
PILOTAGE ET STRUCTURATION DE LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES

LE DISPOSITIF DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

Au CHS :



Au CH :



LE SERVICE QUALITÉ, GESTION DES RISQUES

Composition :

- Une directrice donne les orientations stratégiques du management de la qualité et de la gestion des risques.
- Un responsable de service, ingénieur qualité garantit la mise en œuvre de ces orientations. Il s'assure de la cohérence des actions menées par tous les professionnels du service.
- Quatre chargés de missions ayant quatre champs d'intervention : Évènements indésirables, gestion des risques a priori, GED, PAQSS, IQSS, EPP...
- Une assistante qualité assure le suivi des dossiers.

La diversité des acteurs du service Qualité et Gestion des Risques permet une approche transversale des domaines du champ de la qualité avec pour missions de :

- Animer la démarche d'élaboration de la politique qualité et gestion des risques
- Collaborer avec la CME et les représentants des usagers pour l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques
- Assurer l'articulation entre les différents acteurs et la coordination du système de pilotage de la qualité - gestion des risques
- Organiser la gestion des risques a priori
- Organiser la gestion des risques a posteriori
- Accompagner méthodologiquement les pilotes de chaque processus
- Centraliser la gestion documentaire
- Organiser le recueil des indicateurs IQSS, des indicateurs qualité et sécurité interne, des visites de risques
- Participer aux évaluations externes : visites de risques, HAS, inspection ASN, certification ISO 15189
- Proposer des objectifs « qualité » pour les contrats de pôles
- Favoriser l'appropriation d'une culture qualité au sein des pôles

- Piloter la démarche de certification
- Communiquer sur les actions prioritaires de l'établissement

LE COPIL QUALITÉ

Le COPIL Qualité est l'organe stratégique du management de la qualité et des risques. Il est présidé par le président de la CME et animé par le directeur du Service Qualité - Gestion des Risques son représentant.

Fréquence des réunions : 3 à 4 fois par an

Composition :

- Directeur ou son représentant
- Président de la CME
- Président de la CSIRMT, coordonnateur général des soins
- Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Directeur Qualité Gestion des Risques
- Ingénieur Qualité, responsable du SQGR
- Représentants des pôles : chefs de pôles, cadres de pôles
- Directeur du système d'information
- Directeur du pôle logistique et technique
- Représentants des usagers
- Présidents de sous-commissions de la CME : CLIN, CLAN, CLUD, ...
- Experts sur les risques : RSMQPECMED, EOH, préventeur des risques professionnels, responsable de la sécurité du système d'information (RSSI)
- Représentant de la CSIRMT

Missions :

- Approuver la politique qualité
- Approuver les axes de travail institutionnels
- Approuver les organisations proposées par le SQGR
- Garantir la nomination des vigilants
- Approuver le bilan annuel des événements indésirables et des vigilants

LES AUTRES ORGANISATIONS

Les organes consultatifs et décisionnaires de l'établissement : Conseil de Surveillance, Directoire, CODIR, CME, CSIRMT, CSE, FS CSE, CDU

La déclinaison opérationnelle s'effectue en lien avec :

Les sous-commissions de la CME : DPC, commission EPP, CLIN, CLAN, CSTH, COMEDIMS, CLUD, Espace éthique. Elles peuvent mettre en place un groupe (commission, comité, groupe de travail, bureau...) en local (CLIN, CLUD). Un professionnel du service qualité est identifié pour chaque commission / comité. Il participe et intervient en fonction de l'ordre du jour.

Les problématiques rencontrées sont discutées en COPIL Qualité ou en CODIR et/ou avec le président de CME et/ou le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Les experts désignés conjointement par le directeur et le président de CME

- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins associé aux vigilants qui assurent des fonctions réglementaires (ou non) des vigilances sanitaires : hémovigilant, infectiovigilant, matériovigilant, radioprotection des patients et des travailleurs, réactovigilant, pharmacovigilant, biovigilant, identitovigilant, RSSI. Il collabore étroitement avec le SQGR.

- Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECMED),
- Les équipes d'hygiène hospitalière EOH
- Les personnes compétentes en radioprotection (PCR) et spécialisées en physique médicale
- Le responsable de la sécurité du système d'information (RSSI)
- Le préventeur de risques professionnels

Des pilotes de processus (ou thématique HAS) assurent la mise en œuvre du processus : définition de la cartographie de processus, identification des points critiques et des risques a priori, évaluation et hiérarchisation des risques, élaboration, suivi et évaluation des plans d'actions. Ils sont accompagnés par le service Qualité et Gestion des Risques.

IIÈME PARTIE : OBJECTIFS POLITIQUE QUALITÉ SUR LA PÉRIODE (2024-2028)

AXE 1 : ÉLABORER, DIFFUSER, COMMUNIQUER ET ÉVALUER LA POLITIQUE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES DES HÔPITAUX DE SARREGUEMINES

Ce premier axe a pour objectif la formalisation de la politique qualité, d'en assurer son pilotage, sa diffusion sur le territoire et les modalités pour communiquer dessus. Cet axe prévoit également l'évaluation régulière de la politique permettant ainsi un réajustement des ambitions en fonction des événements et avancées (réglementaires, des établissements, des bonnes pratiques...)

OBJECTIF 1.1 ÉLABORER LA POLITIQUE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

Constat

La précédente politique qualité gestion des risques du CHS et du CH portait sur la période 2016-2020. Cette politique n'avait, jusque-là, pas fait l'objet d'une évaluation. La présente politique en offre l'occasion (cf. 1ère partie), ce qui permet un socle d'orientation au document.

Plan d'amélioration

Actions :

- Formaliser la politique qualité gestion des risques 2024-2028
- Diffuser la politique qualité gestion des risques 2024-2028 selon les modalités de communication des Hôpitaux de Sarreguemines
- Présenter la politique qualité gestion des risques 2024-2028 aux professionnels par l'intermédiaire des instances et des groupes de travail formalisés
- Introduire des indicateurs qualité et leur suivi dans les différents éléments constitutionnels de la politique d'établissement : projet médico-soignant, contrats de pôle...

Responsable(s) : Président de CME et communauté médicale, direction, cellule qualité

Calendrier prévisionnel : octobre 2023

Moyens nécessaires : Outils de communication

Indicateur(s) de suivi : Politique validée et diffusée, comptes rendus de réunion, résultats d'audits

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

OBJECTIF 1-2 : ASSURER LA DIFFUSION DE LA PQGR

Constat

Cet axe vise à partager avec les professionnels des objectifs clairs en matière d'amélioration de la qualité et sécurité des soins issus de la politique qualité gestion des risques.

Plan d'amélioration

Actions :

Auprès des professionnels

- Déployer, animer et valoriser un réseau de professionnels dans les services : ambassadeur ou référents qualité

- Désigner au sein de la CME un interlocuteur privilégié du directeur qualité pour l'accompagnement, la mise en œuvre et le suivi des projets définis par le CoPil

Partager la QGDR sur le territoire : GHT + ville + médico-social

- Développer une culture qualité commune - Enjeu : Fédérer les acteurs autour de la prise en charge territoriale des patients
- Déployer le partage d'expériences et des savoirs avec d'autres structures dans le cadre du GHT et à terme sur le territoire : constitution copil QGDR commun, développer des audits traceurs inter-établissement et au sein du GHT
- S'appuyer sur un réseau d'échanges des pratiques (SRA, collège qualité FNEHAD, RPL...)

Responsable(s) : direction, cellule qualité, CSIRMT

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : outils de communication, audits traceurs, CoPil QGDR GHT

Indicateur(s) de suivi : compte(s) rendu(s) de réunions, résultats d'audits

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

OBJECTIF 1-3 : ORGANISER LA RÉACTUALISATION DES ORIENTATIONS QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Constat : La qualité aux Hôpitaux de Sarreguemines a eu du mal à vivre en dehors des périodes de certification, en raison notamment de l'épidémie Covid-19. Aussi s'agit-il de faire de la démarche qualité une démarche quotidienne et inscrite dans les pratiques usuelles.

Plan d'amélioration

Actions :

Communiquer sur les actualités QGDR : nouveautés, évolutions

Prévoir mise à disposition annuelle réactualisée du listing des documents attendus pour affichage, répertorié par unité.

Réajuster les missions du copil qualité :

- Analyser les actions menées dans le domaine de la QGDR (évaluations régulières et bilans annuel qualité gestion des risques)
- Réajuster la politique QGDR autant que de besoin (amendement de la politique si besoin)
- Prendre connaissance des résultats : des indicateurs, inspections réglementaires, suivi de la démarche certification et évaluations externes
- Intégrer les expertises et les actions menées par les comités et commissions spécialisés et les structures transversales (CLAN, CLUD, CLIN, COVIRIS, COMEDIMS) ainsi que sur les commissions thématiques de la CME et en alimenter le PAQSS

Responsable(s) : PCME et cellule qualité

Calendrier prévisionnel : décembre 2024

Moyens nécessaires : Bilan annuel qualité gestion des risques, bilan des vigilances, bilan de la commission EPP, rapport annuel de la CDU, bilans des sous-commissions de la CME, IQSS, CAQES, certification, affichage des indicateurs qualité, tableau de bord d'indicateurs, évolutions réglementaires

Indicateur(s) de suivi : résultats d'indicateurs, résultats de certification, résultats d'évaluations externes, compte(s) rendu(s) de réunion, IQSS

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

Critère 3.7-03 : L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

AXE 2 : DÉVELOPPER LA CULTURE SÉCURITÉ ET D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Cet axe a pour objectif de promouvoir des valeurs, des comportements et attitudes qui favorisent la culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

OBJECTIF 2-1 : DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ

Constat :

La culture de la qualité et sécurité est un ensemble de valeurs, de connaissances, de comportements et de pratiques, individuelles et collectives qui tendent à faire de la qualité et de la sécurité des prises en charge une priorité.

Dans le domaine de la santé, cette culture de la sécurité est un élément primordial pour mener de manière efficace des actions d'amélioration de la sécurité du patient.

Il est maintenant clairement établi que la cause des événements indésirables qui surviennent chez le patient est rarement liée au manque de connaissances des professionnels de santé. Le plus souvent ils sont le fait de défauts d'organisation, de coordination, de communication et d'absence de vérification liés à un manque de culture de sécurité commune.

Plan d'amélioration

Actions :

- Favoriser le signalement des événements indésirables, notamment par la culture positive de l'erreur
- Sécuriser la déclaration des EI (réviser la charte de déclaration)
- Optimiser la gestion des EI et notamment les EIG
- Former les professionnels à l'intérêt de la déclaration
- Étendre l'enquête culture sécurité à l'ensemble des collectifs de travail pour évaluer cette culture

Responsable(s) : Direction qualité gestion des risques, PCME, Direction

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : outils de communication, formation, sensibilisation (semaine sécurité des patients), enquête culture sécurité

Indicateur(s) de suivi : nombre de professionnels formés, nombre de déclaration d'EIG, nombre de déclaration d'EIAS, taux de participation globale à l'enquête culture sécurité, taux de potentiel d'amélioration, taux de perception globale de la sécurité, fréquence de signalement d'EI

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère : 3.7-04 : l'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liées aux soins

Critère 3.4-01 : La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

Critère 3.3-02 : l'établissement soutient une culture de sécurité des soins

Critère 2.4-04 : Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les EIAS qu'elles ont déclarés

OBJECTIF 2-2 : POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES AU TRAVERS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN S'APPUYANT SUR LES OUTILS ADÉQUATS

Constat

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est un outil essentiel de la démarche qualité. Sa finalité est l'amélioration continue des pratiques de soins et de la performance des organisations et, par là même, la pertinence des soins.

Les certifications, accréditations, inspections et labélisations, constituent le socle du dispositif externe de mesure de la qualité. Elles sont un levier essentiel pour s'améliorer en s'appuyant sur le respect des standards nationaux et internationaux.

Plan d'amélioration

Actions :

- Assurer la culture de l'évaluation de la pertinence et des résultats EPP/IPC (Indicateurs de Pratique Clinique), RCP, RMM, IQSS, revues de pertinence...
- Systématiser les analyses de causes : développer les RMM et les CREX là où ils n'existent pas, les étendre sur un plan pluridisciplinaire et pluriprofessionnel
- Former les professionnels aux pratiques QGDR : formation analyse de causes, méthodologies d'audits, de revues de pertinence => identifier les professionnels qui pourront y prétendre
- Accompagner les médecins et les équipes médicales dans leur processus d'accréditation
- Analyser annuellement les courriers de plaintes, réclamations et remerciements par service
- Mettre en œuvre en lien avec les assureurs des audits de pratique et de sinistralité

Responsable(s) : communauté médicale, encadrement, cellule qualité, DAM

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : commission EPP, formation, outils de communication, analyses approfondies des causes, RMM, CREX

Indicateur(s) de suivi : nombre de réunion EPP, nombre de revue de pertinence des soins, nombre d'audits traceurs, nombre des CREX/RMM par rapport aux déclarations d'EIAS-EIGS

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 2.4-01 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques

Critère 2.4-03 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des IQSS

Critère 2.4-04 : Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les EIAS qu'elles ont déclarés

Critère 2.4-05 : les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients

Critère 2.4-06 : les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list

Critère 3.4-01 : la gouvernance impulse et soutient le travail en équipe

Critère 3.4-02 : la gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe

Critère 3.7-01 : La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

Critère 3.7-04 : L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'EIAS

AXE 3 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN DANS LEUR CONNAISSANCE PRATIQUE DE LA QUALITÉ

OBJECTIF 3-1 : INTERVENIR AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

Constat

La direction qualité a déployé des moyens de communication auprès des professionnels concernant le programme d'amélioration qualité sécurité des soins et son évolution (PAQSS et cartographies des processus accessibles sur le logiciel QGDR, suivi des EI).

Néanmoins, les professionnels ne sont pas toujours informés et n'ont pas de vision quant aux actions menées par rapport aux risques identifiés, aux résultats d'indicateurs, au traitement et plan d'action suite aux déclarations d'évènements indésirables.

Plan d'amélioration

Actions :

- Faire fonctionner les outils QGDR : GED, FEI, COPIL, IQSS et communiquer sur les résultats
- Communiquer sur le PAQSS (actions transversales et propres au service) comme outil de pilotage du management
- Accompagner les groupes transversaux sur le versant QGDR : mise à disposition d'outils de suivi (type PAQSS) permettant la production de bilans annuels, diffusion de travaux via SESAME...
- Piloter la qualité des soins au plus près du terrain par la mise à disposition de tableaux de bord, de diffusion des IQSS plus large...
- Favoriser les approches de terrain et assurer l'accompagnement des professionnels aux concepts méthodes et outils qualité, notamment via des serious game
- Développer en interne une formation qualité gestion des risques
- Développer « simulation en santé et/ou chambre des erreurs » en lien avec l'IFSI et les moyens existants ainsi qu'avec l'appui de l'hôpital virtuel du CHRU de Nancy), notamment lors de situation de remédiation

Responsable(s) : Direction qualité gestion des risques, encadrement

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : tableau de bord d'indicateurs par pôle/service, contrats de pôles – annexe qualité, tableau de bord de suivi des IQSS, outils de communication, réunion qualité de pôles-services, référents Qualnet/qualité/ambassadeurs, affichage indicateur, formation-sensibilisation

Indicateur(s) de suivi : nombre de réunions pour le suivi d'indicateurs pôles-services, compte(s)-rendus de réunion, nombre de professionnels sensibilisés/formés

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.7-04 : L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'EIAS

Critère 2.4-03 : Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des IQSS

Critère 3.3-01 : La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

Critère 3.7-03 : L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins

OBJECTIF 3-2 : AMÉLIORER L'ORGANISATION ET LES OUTILS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ (GED, FEI, SATISFACTION ...)

Constat

La gestion documentaire et des fiches d'évènements indésirable est informatisée, au moyen d'un logiciel spécifique, acquis depuis 2013. Des guides d'utilisation ont été diffusés pour concourir à assurer une bonne utilisation de l'outil.

Néanmoins, les outils de la démarches qualité et de la sécurité (arborescence documentaire, workflow de traitement de FEI, gestion a posteriori des EIAS...) méritent d'être améliorés pour permettre une meilleure utilisation et communication auprès des professionnels.

Plan d'amélioration

Actions :

- Réorganiser la gestion documentaire : repositionner la rédaction des documents qualité : redéfinir l'assistance méthodologique, retravailler l'arborescence des documents, réaliser un bilan annuel (par service, processus ou thème) des documents diffusés (nouveaux ou actualisés) = rendre intelligible la gestion documentaire en partenariat avec les professionnels
- Rendre les documents plus accessibles dans leur lisibilité : privilégier les logigrammes, fiches réflexes et infographies
- Rendre visibles les documents institutionnels : CR instance, PE, plan blanc (SSE)
- Réorganiser le traitement des déclarations d'EI
- Améliorer la connaissance sur la charte de déclaration d'EI
- Améliorer la mise en place des actions – communication et suivi suite aux analyses approfondies d'EIAS
- Développer des questionnaires d'évaluation de la satisfaction pour d'autres modes d'hospitalisation (CMP, EHPAD, USLD...)

Responsable(s) : Direction qualité gestion des risques

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : outils de communication, logiciel GED/FEI, logiciel Sphinx

Indicateur(s) de suivi : diffusion des documents institutionnels, activation du workflow du traitement des EI, diffusion de la charte de déclaration, réalisation et diffusion des questionnaires de satisfaction

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.7-01 : La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

AXE 4 : DÉVELOPPER LA PARTICIPATION DES USAGERS AU PROCESSUS QUALITÉ

OBJECTIF UNIQUE

Constat : Jusque là les usagers ont été peu associés, parfois pour des motifs qui leur sont propres de ne pas avoir souhaité rédiger de projet des usagers précédemment mais aussi parce que l'adhésion formelle des usagers n'était pas explicite, notamment dans les attentes des évaluateurs.

Plan d'amélioration

Actions :

- Associer les RU au développement de la qualité en confirmant leur participation aux différentes instances : CS, Copil qualité, CDU, CLEC...

- Favoriser l'association des proches et des aidants : renforcer leur place, mettre en place la pair-aidance, l'expérience patient, favoriser l'accès aux associations
- Engager une dynamique collaborative avec les usagers, notamment les patients : ETP, AMPPATI...
- Renforcer les actions d'information, les actions éducatives, les formations/informations adaptées au patient pour favoriser son implication dans sa prise en charge
- Introduire les questionnaires spécifiques sur l'expérience patient (PREMS) et sur les résultats de leur santé de leur point de vue (PROMS)
- Associer les usagers dans l'analyse des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des patients

Responsable(s) : Direction, Direction qualité gestion des risques, RU, patients

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : projet des usagers, CDU, instances de l'établissement, formation, questionnaire de satisfaction, programme ETP, politique droits des patients, programme d'ETP

Indicateur(s) de suivi : compte(s) rendu(s) de réunion, taux de participation des RU aux instances-comité de l'établissement, résultats enquêtes de satisfaction, bilan annuel de la CDU

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.2-01 : L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient

Critère 3.2-02 : L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients

Critère 3.2-11 : L'établissement implique les RU et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement

Critère 3.4-04 : L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

Critère 3.7-02 : L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité

Critère 3.7-03 : L'établissement analyse, exploite et communique les IQSS

Critère 3.7-04 : L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'EIAS

AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE SUR LES AXES PRIORITAIRES TRANSVERSAUX

OBJECTIF 5-1 : ASSURER L'IMPLICATION DE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS SUR LES AXES TRANSVERSAUX

Constat

L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet d'établissement.

Plan d'amélioration

Actions :

- Favoriser la coordination inter-services en équipe pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires pour une PEC globale du patient, ainsi que la coordination avec les patients
- Assurer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques
- Ancrer le développement durable dans les pratiques
- Préparer l'établissement à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle en formalisant la procédure SSE, mettre à jour le plan blanc, réaliser un exercice de déclenchement de plan blanc

Responsable(s) : Direction, Direction qualité – gestion des risques, PCME, Direction des affaires générales

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : politique développement durable, plan de gestion des SSE, gestion documentaire, comité des vigilances, outils de communication

Indicateur(s) de suivi : réalisation exercice SSE, résultats d'audits, résultats observatoire développement durable

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 3.6-01 : la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

Critère 3.6-04 : Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

Critère 3.7-01 : La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques

OBJECTIF 5-2 : ENGAGER PRIORITAIREMENT LES PLANS D' ACTIONS LIÉS AUX EXIGENCES MÉDICO-SOIGNANTES DE LA CERTIFICATION

Constat

Cet axe provient du constat en lien avec la précédente visite de certification V2014 et notamment l'amélioration de la maîtrise des activités et processus à risques, ainsi que de l'évaluation interne en vue des certifications V2023 et V2024.

Plan d'amélioration

Actions :

- Poursuivre la démarche sur les axes prioritaires transversaux pour les soins : sécuriser la prise en charge médicamenteuse, renforcer maîtrise du risque infectieux, améliorer la prise en charge de la douleur, risques transfusionnels, sécuriser le bloc (assurer l'application de la check-list) (CH), assurer systématiquement la réévaluation des décisions
- Assurer le suivi somatique des patients psy (CHS)
- Améliorer et communiquer sur le processus de production et de remise de la lettre de liaison au patient + harmoniser les pratiques au sein de l'établissement
- Garantir les droits du patient et du résident en assurant leur respect (liberté aller et venir, plan de prévention et de gestion de la crise...) (CHS)

Responsable(s) : Direction qualité gestion des risques, Direction, PCME, chefs de pôle

Calendrier prévisionnel : décembre 2028 avec évaluation intermédiaire en 2026

Moyens nécessaires : tableau de bord d'indicateurs, rapport annuel isolement/contention, audits, tableau de bord d'audit, rapport annuel de la CDU, commission EPP, IQSS, outils de communication, CAQES, CLUD, CSTH, conseil de bloc, COMEDIMS

Indicateur(s) de suivi : compte(s) rendu(s) de réunion, rapport annuel, résultats d'audits

Critère(s) du manuel de certification V2023 correspondant(s) :

Critère 1.1-01 : Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmation diagnostiques

Critère 1.1-02 : Le patient est impliqué s'il le souhaite dans l'évaluation bénéfice risque de toute décision majeure pour sa prise en charge

Critère 1.1-03 : Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

Critère 1.1-06 : Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa PEC

Critère 1.1-08 : Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix
Critère 1.1-14 : Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées
Critère 1.1-16 : Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile
Critère 1.1-17 : Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction
Critère 1.2-01 : Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité
Critère 1.2-05 : Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant
Critère 1.2-08 : Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
Critère 2.1-05 : La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée
Critère 2.1-06 : La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée
Critère 2.2-05 : Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués
Critère 2.2-12 : Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list est utilisée de manière efficace
Critère 2.2-17 : Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
Critère 2.2-20 : Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant
Critère 2.3-01 : Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa PEC
Critère 2.3-02 : Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires
Critère 2.3-03 : Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments
Critère 2.3-04 : Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments
Critère 2.3-06 : Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risques
Critère 2.3-07 : L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques
Critère 2.3-10 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains
Critère 2.3-11 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires
Critère 2.3-12 : Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
Critère 2.3-14 : Les équipes maîtrisent les risques infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates
Critère 2.3-18 : La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé

IIIÈME PARTIE : COMMUNICATION DE CETTE POLITIQUE QUALITÉ

La présente politique validée fait l'objet d'une communication aux instances et est également diffusée à l'échelle de l'établissement via son insertion dans le système documentaire.

IVÈME PARTIE : BILAN, SUIVI ET ÉVALUATION DE LA POLITIQUE QGDR

Cette politique a une durée de validité de cinq (5) ans.

L'évaluation de la mise en œuvre de cette politique est réalisée via le suivi du plan d'actions et des indicateurs associés.

Cette politique sera révisée, a minima, lors

- de la revue périodique annuelle en lien avec le bilan annuel :
 - de la révision du projet d'établissement,
 - du suivi et de l'actualisation du PAQSS,
- d'évolutions réglementaires, structurelles

- sur décision du directeur ou du président de CME

VÈME PARTIE : ENGAGEMENT DIRECTION ET CME

La direction affirme clairement sa volonté, constante dans le temps, de permettre l'atteinte des objectifs (notamment en termes de moyens).

Le directeur et les présidents des CME s'engagent à promouvoir, poursuivre et soutenir la démarche décrite dans le présent document.

Le 5 octobre 2023,

Le Directeur
Des Hôpitaux
De Sarreguemines

SIGNE

F. GASPARINA

Le président de la CME
Du Centre Hospitalier

SIGNE

F. AREZKI

Le président de la CME
Du Centre Hospitalier Spécialisé

SIGNE

Ch. GENTILHOMME