

PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES 2016-2020

Centre Hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien



PROJET D'ETABLISSEMENT 2016-2020

15/01/2016

Table des matières

1	Préambule	3
2	Les orientations 2016-2020	4
2.1	Gestion des risques	4
2.1.1	<i>optimiser la gestion des risques a posteriori</i>	4
2.1.2	<i>Poursuivre le déploiement des démarches d'évaluation des risques a priori et l'étendre à l'ensemble des thématiques</i>	4
2.2	Organisation qualité et risques.....	5
2.2.1	<i>Améliorer la représentativité des usagers et leur prise en considération</i>	5
2.2.2	<i>Parfaire l'organisation de la qualité et de la gestion des risques</i>	5
2.2.3	<i>Développer le rôle des pôles en matière de qualité, gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles - Préparer la certification V2014</i>	5
2.3	Maitrise du risque infectieux	6
2.3.1	<i>Développer la formation et l'information des professionnels, des usagers et de leurs représentants</i>	6
2.3.2	<i>Pérenniser les surveillances et les audits</i>	6
3	Indicateur de mesure globale des résultats	7
4	Annexes	8
4.1	Fiches actions qualité et gestion des risques.....	9
4.1.1	<i>Fiche action_PE_CHPD_GDR_1_Renforcer la gestion des risques à posteriori</i>	9
4.1.2	<i>Fiche action_PE_CHPD_GDR_2_Renforcer la gestion des risques à priori</i>	9
4.1.3	<i>Fiche action_PE_CHPD_QGR_1_Associer les usagers</i>	9
4.1.4	<i>Fiche action_PE_CHPD_QGR_2_Parfaire l'organisation QGR</i>	9
4.1.5	<i>Fiche action_PE_CHPD_QGR_3_Pôles et certification V2014</i>	9
4.1.6	<i>Fiche action_PE_CHPD_LIN_1_Développer la formation_information</i>	9
4.1.7	<i>Fiche action_PE_CHPD_LIN_2_Pérenniser les surveillances et les audits</i>	9
4.2	Glossaire	10

1 PRÉAMBULE

A partir des conclusions de la visite d'accréditation de janvier 2006, l'établissement avait engagé une réflexion autour de trois principes :

1. La mise en place d'un organigramme clair et lisible
2. L'identification et le rapprochement des moyens Qualité - Gestion des Risques
3. L'élaboration d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

L'organisation mise en place suite à cette réflexion perdure depuis la certification V2007 en novembre 2009. Elle repose sur :

- Un comité de pilotage créé lors de la mise en place du conseil exécutif en décembre 2006. Il se réunit en fonction des échéances et des calendriers de visite. C'est désormais une émanation du directoire présidé par la directrice de l'établissement et élargi aux responsables de la cellule qualité, et gestion des risques, au médecin DIM. Il intègre, depuis 2013, un représentant des usagers.

Les missions principales de ce comité sont de :

- o coordonner la(es) démarche(s) de certification.
- o développer et valider la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec la CME.
- o entretenir la dynamique jusqu'à la mise en place des actions d'amélioration et l'évaluation des résultats.
- o valider et suivre la mise en œuvre du programme qualité et gestion des risques.

Le pilotage fonctionnel de la démarche Qualité Gestion des risques (QGR)ⁱ est donc assuré par la directrice, en lien avec le président de la commission de la médicale d'établissement (CME)ⁱⁱ. Les orientations et la politique QGR sont définies et validées en directoire. La commission médicale assure le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions.

Les cellules qualité et gestion des risques sont constituées en un Département (cf. Organigramme de la gouvernance).

- Le suivi opérationnel est partagé entre trois cellules :
 - o la cellule gestion des risques est animée par une cadre supérieure de santé, ingénieur en gestion des risques qui assure la coordination globale des risques sur l'établissement. A ce titre elle participe au bon fonctionnement du Comité de gestion des vigilances et des risques (COVIRIS)ⁱⁱⁱ. Elle est aussi responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ)^{iv}.
 - o la cellule hygiène, cheville ouvrière du CLIN^v et de l'EOH^{vi}, participe à la prévention du risque infectieux. Elle est composée d'un médecin/pharmacien hygiéniste (0,1 équivalent temps plein), d'une infirmière hygiéniste qui anime le réseau des correspondants hygiène. Elle contribue aux actions portées par l'EOHIE^{vii}
 - o la cellule outils et méthodes-certifications animée par un attaché d'administration en charge du suivi du programme qualité, du système de gestion documentaire et de la coordination des démarches de certification. Un poste d'assistant qualité tenu

par une secrétaire médicale assure le secrétariat commun qualité et gestion des risques et la mise en œuvre de l'outil de gestion de la qualité (Blue-medi santé).

- L'établissement poursuit donc le travail mis en œuvre lors de la préparation des précédentes visites de certification HAS et s'appuie dans cette démarche sur des comités et/ou commissions institutionnels au fonctionnement régulier (CME, CTE, CHSCT, CRUQPC, CLIN/EOH, COVIRIS, CLUD, restauration, linge, déchets..), des groupes transversaux d'accompagnement au changement tels que le groupe dossier patient, le groupe médicament, des groupes de travail issus de la Commission des soins sous l'égide de la coordonnatrice générale des soins.

2 LES ORIENTATIONS 2016-2020

L'enjeu principal de ce projet d'établissement consistera à fédérer l'ensemble des démarches « qualité » et à globaliser le pilotage de ces démarches en un management par la qualité sur l'ensemble des thématiques et des secteurs d'activités.

3 grands axes de travail :

- Développer la culture « gestion des risques ».
- Parfaire l'organisation de la qualité et de la gestion des risques
- Optimiser la maîtrise du risque infectieux.

2.1 GESTION DES RISQUES

2.1.1 OPTIMISER LA GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Le système de gestion des risques a posteriori s'appuie aujourd'hui sur l'organisation mise en place au sein de l'établissement autour de la cellule qui en a la charge, elle s'articule autour de la prise en compte des événements indésirables et de leur gestion centralisée dans le système d'information (base documentaire). La gestion des événements indésirables est structurée autour du COVIRIS et de la coordonnatrice des risques.

L'établissement souhaite désormais fiabiliser et pérenniser ce processus en :

- Poursuivant la formation des professionnels aux méthodes d'analyses (méthode AMDEC,..)
- Structurant l'analyse de ces fiches d'événement indésirable au sein du COVIRIS et des travaux de retour d'expérience
- Communicant sur les mesures d'amélioration et leurs résultats en termes de maîtrise des risques
- Actualisant la cartographie des risques par secteur d'activité et par thématique.

Cf. Fiche action_PE_CHPD_GDR_1_Renforcer la gestion des risques a posteriori

2.1.2 POURSUIVRE LE DEPLOIEMENT DES DEMARCHES D'EVALUATION DES RISQUES A PRIORI ET L'ETENDRE À L'ENSEMBLE DES THEMATIQUES

Sous l'impulsion de la Haute Autorité de Santé et dans le cadre de la préparation de la certification V2014, le Centre hospitalier souhaite mettre en place des analyses prospectives des

risques, dans un premier temps pour consolider les acquis sur les pratiques exigibles prioritaires, puis pour promouvoir ces démarches sur des thèmes d'impulsion et enfin pour fournir aux professionnels des leviers spécifiques d'amélioration des prises en charge.

Cf. Fiche action_PE_CHPD_GDR_2_Renforcer la gestion des risques a priori

2.2 ORGANISATION QUALITE ET RISQUES

2.2.1 AMÉLIORER LA REPRÉSENTATIVITÉ DES USAGERS ET LEUR PRISE EN CONSIDÉRATION

L'établissement associe déjà les représentants des usagers, qui participent activement aux commissions institutionnelles. Il souhaite améliorer leur représentativité et la prise en considération de leur expression en intégrant l'évolution de la CRUQPC^{viii} en commission des usagers (CDU)^{ix}. Cette dernière est créée par la loi de modernisation du système de santé de la ministre Marisol Touraine.

Cette commission est associée désormais à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement.

Cf. « Fiche action_PE_CHPD_QGR_1_Associer les usagers »

2.2.2 PARFAIRE L'ORGANISATION DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES

Si les premières démarches de certification ont permis à l'établissement de construire dans un premier temps son système documentaire puis d'appréhender la mise en place d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles et ensuite d'initier une démarche projet visant à agir et réagir sur l'organisation en place afin de dégager des pistes d'amélioration.

Le passage de la en 4^{ème} itération de la certification (V2014) sera l'occasion pour l'établissement de revoir sa cartographie des processus en lien avec l'actualisation de la cartographie des risques. Le tout s'accompagnera en lien avec les thématiques impulsées par l'HAS d'une révision de son système documentaire, d'une appropriation de nouveaux outils d'évaluation (audit de processus, patient traceur,..) dont la mise en œuvre s'effectuera au sein des parcours de soins en étroite collaboration avec les professionnels de santé et en association avec les usagers.

Cf. « Fiche action_PE_CHPD_QGR_2_Parfaire l'organisation QGR »

2.2.3 DÉVELOPPER LE RÔLE DES PÔLES EN MATIÈRE DE QUALITÉ, GESTION DES RISQUES ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - PRÉPARER LA CERTIFICATION V2014

La qualité étant l'affaire de tous et surtout de chacun, la mise en place d'une démarche d'amélioration continue nécessite de déployer la culture qualité et gestion des risques dans tous les pôles et les secteurs d'activité quelle que soit la thématique.

Cette méthodologie se décline en 5 étapes majeures :

- Identifier les risques inhérents à l'activité/ au processus.

- Déterminer le niveau de criticité (selon une matrice commune : gravité * fréquence).
- Evaluer le niveau de maîtrise (identification du(es) dispositif(s) en place).
- Définir un plan d'action (objectif : améliorer le couple criticité * maîtrise).
- Suivre les actions (données, indicateurs, résultats...).

Cet axe sera travaillé en étroite collaboration avec le déploiement de la culture de gestion des risques, la réalisation des cartographies des risques et des processus et la construction d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cf. « Fiche action_PE_CHPD_QGR_3_Pôles et certification V2014 »

2.3 MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Dans cette thématique l'établissement s'inscrit dans la continuité du travail déjà accompli et en ligne directe avec les orientations de la politique et du programme national d'action de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)^x.

- Axe 1 : Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de soins, en impliquant les patients et les résidents.
- Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
- Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du(es) parcours de soins.

Le CLIN, après avis de la CME et validation du directoire, reprend ces orientations et développe dans son programme annuel des actions visant, d'une part à développer la formation et l'information des professionnels, des usagers et de leurs représentants et, d'autre part, à pérenniser les surveillances et les audits.

2.3.1 DÉVELOPPER LA FORMATION ET L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS, DES USAGERS ET DE LEURS REPRÉSENTANTS

Cf. « Fiche action_PE_CHPD_LIN_1_Développer la formation_information »

2.3.2 PÉRENNISER LES SURVEILLANCES ET LES AUDITS

- Evaluer le respect des règles d'hygiène des mains et la mise en œuvre des précautions standard
- Evaluer les pratiques de soins par la mise en place d'audits ciblés
- Participer annuellement à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et de l'utilisation des anti-infectieux
- Suivre l'incidence des infections associées aux soins (IAS)
- Surveiller les infections du site opératoire (ISO) en gynécologie-obstétrique (césariennes et hystérectomies)
- Surveiller et analyser les causes des bactériémies à Staphylocoque aureus sur dispositif intravasculaire (DIV)

Cf. « Fiche action_PE_CHPD_LIN_2_Pérenniser les surveillances et les audits »

3 INDICATEUR DE MESURE GLOBALE DES RÉSULTATS

Sur la période couverte par le Projet d'établissement 2016-2020, le Centre hospitalier Pierre Dezarnaulds sera amené à s'inscrire d'une part dans le processus de certification HAS^{xi} V2014 pour les prises en charges sanitaires, d'autre part dans l'évaluation interne et externe de son secteur médico-social, de finaliser l'accréditation de son laboratoire d'analyse médicale et d'initier sa démarche de fiabilisation et de certification des comptes.

Les résultats obtenus par l'établissement dans ces différentes démarches constitueront des indicateurs importants de mesure de la mise en œuvre de la culture qualité et gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

4.1 FICHES ACTIONS QUALITE ET GESTION DES RISQUES

4.1.1 FICHE ACTION_PE_CHPD_GDR_1_RENFORCER LA GESTION DES RISQUES À POSTERIORI.

4.1.2 FICHE ACTION_PE_CHPD_GDR_2_RENFORCER LA GESTION DES RISQUES À PRIORI.

4.1.3 FICHE ACTION_PE_CHPD_QGR_1_ASSOCIER LES USAGERS

4.1.4 FICHE ACTION_PE_CHPD_QGR_2_PARFAIRE L'ORGANISATION QGR

4.1.5 FICHE ACTION_PE_CHPD_QGR_3_PÔLES ET CERTIFICATION V2014

4.1.6 FICHE ACTION_PE_CHPD_LIN_1_DÉVELOPPER LA FORMATION_INFORMATION »

4.1.7 FICHE ACTION_PE_CHPD_LIN_2_PÉRENNISER LES SURVEILLANCES ET LES AUDITS

4.2 GLOSSAIRE

CDU : Commission des Usagers

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COVIRIS : Comité de gestion des vigilances et des risques

CRUQPC : Commission chargée de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

EI : Evènement Indésirable

EOH : Equipe Opérationnelle en Hygiène

EOHIE : Equipe Opérationnelle en Hygiène Inter-Etablissement HAS : Haute Autorité en Santé

PROPIAS : PROgramme national d'action de Prévention des Infections Associées aux Soins

QGR : Qualité Gestion des Risques

RSMQ : Responsable du Système de Management Qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Trié par référence

ⁱ QGR Qualité Gestion des Risques

ⁱⁱ CME : Commission Médicale d'Etablissement

ⁱⁱⁱ COVIRIS : Comité de gestion des vigilances et des risques

^{iv} RSMQ : Responsable du Système de Management Qualité de la prise en charge médicamenteuse.

^v CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

^{vi} EOH : Equipe Opérationnelle en Hygiène

^{vii} EOHIE : Equipe Opérationnelle en Hygiène Inter-Etablissement

^{viii} CRUQPC : Commission chargée de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

^{ix} CDU : Commission des Usagers

^x PROPIAS : PROgramme national d'action de Prévention des Infections Associées aux Soins

^{xi} HAS : Haute Autorité en Santé