

POLITIQUE « QUALITE, GESTION DES RISQUES ET SECURISATION DES SOINS »

ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET OBJECTIFS PRIORITAIRES

POUR LA PERIODE 2014– 2018

L'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de sécurisation des soins nécessite une réflexion sur ses enjeux et sur les résultats attendus. Cette réflexion permet de s'accorder sur l'intérêt d'une telle démarche, ses objectifs prioritaires et les modalités de sa conduite. L'élaboration de la présente politique est le fruit de cette réflexion.

Cette nouvelle version fait suite à celle établie pour la période 2008/2012. Depuis six ans, une évaluation annuelle du déploiement des différents axes définis comme prioritaires est assurée. Celle-ci est retranscrite dans le rapport d'activité de l'établissement. Les conclusions de ces évaluations successives ont servi de socle pour l'élaboration du nouveau projet « qualité & gestion des risques » 2013/2017 et de la présente politique.

I- Un bilan à la fois conséquent et satisfaisant :

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans le domaine de la santé représente aujourd'hui une priorité à tous les niveaux :

- national, au travers de l'évolution constante de la réglementation, des procédures successives de certification délivrées par la Haute Autorité de Santé (HAS), et dernièrement par la publication du programme national pour la sécurité des patients 2013/2017,
- régional, par le développement du Réqua qui a fêté ses dix ans d'existence en 2012. Le réseau est aujourd'hui composé de deux secteurs sanitaire et médico-social. Son action est renforcée par la création d'une plateforme régionale dédiée à la gestion des événements indésirables associés aux soins soutenue par l'ARS,
- locale, par l'accroissement de l'implication de la Direction et des Instances, notamment la CME, la CRU et la CSIRMT dans les domaines de la qualité et de la gestion des risques. Celles-ci ont soutenu et encouragé les nombreux professionnels qui se sont investis au quotidien pour atteindre le degré de maturité aujourd'hui atteint.

▪ Les évolutions réglementaires importantes :

- la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 : elle confirme la place du Directeur et renforce de manière importante celle du Président de la CME et du corps médical dans la gestion de la qualité et des risques,
- le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : il définit, entre autre, la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Cette fonction fut précisée par la circulaire du 18 novembre 2011,
- 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 : un responsable du système de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse est désormais désigné par le Directeur après concertation avec le Président de CME. Le texte énonce tout un programme d'actions assorties pour chacune d'une échéance devant impérativement être respectée.
- l'instruction du 12 juillet 2013 relative au programme national pour la sécurité des patients,
- les décisions successives de la HAS portant adoption des procédures de certification V.2007, V.2010 et V.2014,

Il convient également de rappeler le décret du 15 mai 2007 relatif à la mise en œuvre de la démarche qualité dans le secteur médico-social. Ce texte a entraîné récemment une croissance quasi-exponentielle des démarches qualité au sein du secteur médico-social avec, pour débiter, la mise en route des évaluations internes et externes.

▪ Les faits marquants au sein de l'établissement :

^ Le management :

- en 2008 : le poste d'ingénieur qualité est porté à un équivalent temps plein, la fonction de gestionnaire des risques est transférée du Directeur des ressources humaines à l'ingénieur qualité. L'équipe qualité est renforcée par un cadre de santé durant quelques mois, les sous-commissions de la CME sont créées.
- en 2009 : une véritable stratégie « qualité & gestion des risques » est formalisée.
- en 2010 : le service qualité est détaché de l'organigramme de la Direction des soins, sa position est renforcée dans le pôle médico-technique,
- en 2011 : le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est nommé après avis de la CME, le Directeur du CHS est élu Président du conseil d'administration du Réqua,
- en 2012 : la Direction « qualité & gestion des risques » est créée le 1^{er} février et trouve sa place dans l'organigramme de la Direction. Le responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est nommé après avis de la CME et deux nouvelles politiques sont formalisées : management et développement des EPP, amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

^ L'obtention des certifications HAS V.2007 en 2009 et V.2010 en 2013 :

L'établissement a obtenu la certification V.2007 sans réserve puis quatre ans plus tard, la V.2010 sans aucune décision de la part de la HAS. Au travers des différentes procédures de certification, la HAS a pu apprécier l'impact des démarches mises en œuvre localement :

- version 1 en 2005 : certification avec une réserve et cinq recommandations,
- version 2007 en 2009 : certification avec 7 recommandations,
- version 2010 en 2013 : certification simple sans décision.

Contrairement à un grand nombre d'établissements, les résultats de certification du CHS du Jura se sont améliorés dans le temps malgré des exigences de plus en plus fortes.

^ La réalisation du programme « qualité & sécurité des soins » :

La dernière version du programme « 2012-2013 » comporte 223 actions. Fin 2013, plus de 89% de ces actions planifiées ont effectivement été engagées. En comparaison à une moyenne de 66% au niveau régional, l'établissement suit avec rigueur le calendrier de travail intense qu'il s'est imposé.

^ Le développement des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) :

Rendues obligatoires dans le cadre de la certification V.2007 et de la formation médicale continue (FMC), les démarches d'EPP ont été impulsées en 2008 par le Directeur. Initialement considérées comme chronophages, voire parfois superflues, les EPP ont trouvé petit à petit leur place dans la pratique quotidienne de l'équipe soignante pluridisciplinaire. L'évaluation de la qualité d'une prise en charge, de la pertinence d'un acte, le suivi d'un indicateur de pratique clinique sont désormais des démarches que les professionnels maîtrisent et utilisent habituellement dans l'établissement, en témoigne le tableau de bord des EPP qui comptabilisa 33 démarches lors de la dernière visite des experts.

^ La création du tableau de bord institutionnel « qualité & gestion des risques » et la contractualisation :

Initié en 2010 dans le cadre de la participation d'un groupe de travail régional, ce tableau de bord s'est enrichi au fil des années d'indicateurs de pratique clinique et d'indicateurs qualité balayant aujourd'hui l'ensemble des processus de l'établissement. Il comporte actuellement plus de 50 indicateurs répartis en trois groupes : nationaux (généralisés à l'ensemble des établissements de santé mentale), régionaux (définis par consensus au Réqua) et locaux. Une revue de ces indicateurs est assurée annuellement en collaboration avec les Instances.

En parallèle, la contractualisation avec les pôles cliniques s'est développée : chaque année, des objectifs personnalisés en termes de qualité, sécurité des soins et droits des usagers, sont fixés pour chacun des pôles, suivis et évalués annuellement.

^ Le développement de la gestion des événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS) :

L'établissement a participé à l'expérimentation nationale portant sur cette thématique en 2009 et 2010. Il est ainsi devenu l'un des premiers établissements français à mettre en œuvre une véritable politique de gestion des EIGAS (déploiement de formations, analyses pluridisciplinaires des événements survenus, retours d'expériences régionaux...).

^ Le développement de la gestion des risques a priori :

Le volet « risques professionnels » est abordé à partir de 2010 : le document unique fait l'objet d'une totale refonte et d'une nouvelle organisation. Il est désormais mis à jour annuellement conformément à la réglementation. En 2012, le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT) est établi, il est désormais présenté et discuté au CHSCT. En 2013, une enquête sur les risques psychosociaux est réalisée auprès de l'ensemble des professionnels.

En 2011, la coordination des vigilances et des risques sanitaires fait l'objet d'un travail important avec le Réqua, la méthode locale de cotation et de hiérarchisation des risques est reconnue comme innovante au niveau régional et fait l'objet d'un article dans une revue spécialisée nationale. La cartographie des risques pour l'utilisateur est initiée la même année. Toujours en travaux, elle alimente régulièrement le programme « qualité & sécurité de soins » de l'établissement.

^ Les travaux liés au circuit du médicament et à son management :

La sécurisation du circuit du médicament a fait l'objet de multiples travaux salués lors de la dernière certification pour leur suivi et leur résultats (nombreuses EPP depuis 2008 portant sur le circuit du médicament, sur la pertinence des prescriptions de traitements, sur la mise en place d'indicateurs qualité ; gestion des erreurs médicamenteuses associant sensibilisation des professionnels et analyses des événements, charte de non punition pour les déclarants soutenue par la Direction, création d'une politique spécifique en 2013...).

^ L'initialisation du Développement Professionnel Continu (DPC) :

Plus qu'une suite des obligations de FMC et d'EPP, il s'agit d'une structuration réglementaire visant à assurer une amélioration continue des pratiques des professionnels de santé au service des personnes prises en charge. Le démarrage a été initié en 2013 avec une campagne de communication réalisée auprès des cadres et le dépôt d'un premier programme pour être reconnu officiellement comme organisme de DPC.

^ **Le développement de la collaboration régionale :**

Outre son adhésion au Réqua sanitaire, l'établissement développe constamment sa collaboration avec l'ensemble des acteurs de la région. Peuvent être cités comme autres partenaires privilégiés : le Réqua médico-social créé en 2010, la cellule d'identito-vigilance régionale, Emosist (Ensemble pour la modernisation des systèmes d'information de santé et le développement de la télémédecine), le RF-CLIN (comité régional de lutte contre les Infections nosocomiales), l'ERAGE (équipe régionale d'appui à la gestion des événements indésirables associés aux soins et à l'institutionnalisation) créée en 2011.

Cette collaboration s'exerce sous de multiples formes : groupes de travail, journées régionales, partages d'expérience, benchmarking, accompagnement, formations...

A l'ensemble de ce bilan, peuvent être ajoutées toutes les actions portant sur les droits des patients qui entrent bien entendu dans le champs de la qualité de la prise en charge (nombreux travaux portant sur la liberté d'aller et de venir, visite des contrôleurs des lieux de privation de liberté en 2010, multiples EPP, plan de formation, création du comité éthique et du comité bientraitance...). Toutes ces actions sont développées au travers de la politique institutionnelle « droits des usagers ».

II- Les orientations pour maintenir la dynamique :

L'ensemble des résultats présentés ci-dessus démontre que les professionnels du CHS ont pris conscience des évolutions à apporter dans leurs organisations et pratiques quotidiennes. Ils ont ainsi déployé des actions concrètes en faveur d'une culture partagée en matière de qualité de la prise en charge et de sécurité des soins. La Direction, la CME et la CSIRMT entendent soutenir cette dynamique basée sur une démarche participative et pluridisciplinaire ainsi que sur la reconnaissance des compétences et des résultats.

Les axes prioritaires sont les suivants :

■ Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité en développant :

- l'approche processus : formation des professionnels, établissement de la cartographie des processus, analyses des processus en regard des attentes de la HAS au travers du compte qualité,
- la coordination et la centralisation de toutes les informations issues de la méthode du patient traceur et de l'approche processus afin d'enrichir la cartographie des risques,
- le programme « qualité et gestion des risques » ainsi que le tableau de bord « qualité et sécurité des soins » selon les exigences nationales et les nouveaux indicateurs généralisés,
- le système de gestion documentaire interne afin de le rendre encore plus opérationnel, et en mettant en œuvre un système documentaire externe dématérialisé,
- l'implication des différentes Instances et notamment la CME et ses sous-commissions, la CSIRMT et la CRU,
- les missions et le fonctionnement du bureau qualité,
- la communication positive portant sur la démarche qualité auprès des professionnels et des usagers,
- la collaboration et le benchmarking avec les partenaires externes.

■ Préparer la prochaine procédure de certification en garantissant :

- la mise en place de plans de communication et de formation adaptés aux modifications importantes de préparation de la démarche et aux nouvelles méthodes d'investigation : patient traceur, analyse de processus et traceur système,
- la création du compte qualité qui deviendra un véritable outil de pilotage managérial en interne et un outil de suivi régulier pour la HAS et l'ARS,
- la poursuite des travaux en cours, notamment ceux concernant les critères ayant obtenu les scores les plus faibles dans le cadre de la V.2010,
- le développement d'EPP liées à la pertinence des soins et aux indicateurs de pratique clinique dans tous les secteurs d'activité,
- le déploiement de la méthode du patient traceur au sein des unités de soins, celle-ci étant validée nationalement comme méthode de DPC.

■ Mettre en œuvre le développement professionnel continu (DPC) en assurant :

- la mise en œuvre d'une véritable politique institutionnelle de gestion et de développement du DPC médical et paramédical,
- l'obtention de la reconnaissance « ODPC » par l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC),
- le développement de programmes adaptés aux différentes catégories professionnelles de l'établissement en regard des orientations nationales et locales,
- la satisfaction aux exigences de DPC pour l'ensemble des professionnels concernés.

■ **Poursuivre les travaux autour du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, par :**

- l'assurance d'un temps de travail défini et constant dédié à la fonction de responsable de ce management,
- la satisfaction à toutes les exigences de l'arrêté du 6 avril 2011,
- la pérennisation de la démarche de gestion des erreurs et presque erreurs médicamenteuses (sensibilisation des professionnels et analyses des événements survenus),
- le développement d'évaluations de la pertinence des traitements médicamenteux,
- l'analyse du processus de management de la prise en charge médicamenteuse,
- le développement et le suivi d'indicateurs qualité permettant de sécuriser le circuit du médicament.

■ **Développer la démarche au sein du secteur médico-social en assurant :**

- la définition et la mise en œuvre des moyens nécessaires en termes de temps et de compétences internes ou externes pour assurer le management de la qualité et de la gestion des risques au sein des structures rattachées au CHS,
- la réalisation des évaluations externes de l'EHPAD et du foyer de vie et des évaluations internes et externes du CSAPA,
- le développement des outils et méthodes nécessaires pour atteindre le degré de maturité acquis par le CHS,
- une collaboration efficiente avec le Réqua médico-social.

■ **Poursuivre le développement de la gestion des risques et la coordination des vigilances et des sécurités sanitaires, par :**

- la pérennisation de la démarche de gestion des événements indésirables associés aux soins en développant l'implication médicale au niveau du management,
- la mise en œuvre d'une cartographie des risques exhaustive,
- l'amélioration du suivi régulier des sécurités sanitaires réglementées,
- la mise en œuvre d'une réflexion pour simplifier la gestion quotidienne des signalements d'événements indésirables et risques potentiels,
- la poursuite des travaux liés à la gestion de la violence et aux crises sanitaires,
- l'amélioration du fonctionnement de la cellule COVIRIS,
- la poursuite de la mise à jour annuelle du document unique portant sur les risques professionnels et l'amélioration de l'efficacité du programme annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT),
- le développement des retours d'expérience locaux et régionaux,
- la poursuite des travaux liés à l'identitovigilance et la mise en œuvre du programme de DPC lié à cette thématique.

■ **Pérenniser les actions relatives à l'hygiène et à la lutte contre les infections nosocomiales, grâce :**

- au maintien des scores satisfaisants concernant les indicateurs ICALIN 2, ICSHA 2, ICATB, score agrégé et à l'amélioration de l'indicateur ICA-BMR,
- à la poursuite des EPP liées à l'hygiène et du plan de formation à l'hygiène pour toutes les catégories professionnelles concernées,
- à l'amélioration du guide du bio-nettoyage et à l'assurance d'une traçabilité pertinente et adaptée des actions réalisées,
- à la création d'un nouveau carnet sanitaire en regard des recommandations du RF-CLIN,
- à la mise à jour du document d'analyse du risque infectieux (DARI) à l'EHPAD afin d'apprécier le réel niveau de maîtrise et d'adapter le programme d'actions à réaliser,
- à l'assurance de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} heure et la 72^{ème} heure,
- à l'évaluation du bon usage des antibiotiques par la mise en œuvre d'indicateurs adaptés.

■ **Développer l'écoute et la participation des patients et des représentants des usagers, par :**

- l'amélioration de la gestion globale des enquêtes de satisfaction des patients,
- le développement de l'écoute patient au travers de la mise en œuvre de la méthode du patient traceur,
- la poursuite de la participation active des représentants des usagers aux Instances et groupes de travail, et plus généralement aux actions relatives à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

III- Les responsabilités et les modalités d'évaluation :

La Direction, la CME et la CSIRMT s'engagent à s'impliquer et à soutenir le déploiement des axes prioritaires déclinés ci-dessus. La Direction chargée de la qualité et de la gestion des risques assurera le soutien méthodologique indispensable pour leur mise en œuvre. Les fonctions de « coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins » et de « responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse » auront un rôle prépondérant. La Direction veillera au respect des modalités nécessaires pour leur exercice en termes de temps de travail, formation, autorité et accès aux différentes informations.


L'implication des pôles sera recherchée et mesurée à travers l'atteinte d'objectifs personnalisés intégrés aux contrats de pôle. La CME garantira l'élaboration du programme d'actions tel qu'il est prévu par les textes, celui-ci sera assorti d'indicateurs de suivi. La CRU et la CSIRMT contribueront à l'élaboration de ce programme.

Le Conseil de Surveillance sera informé annuellement de l'atteinte des objectifs via le rapport d'activité qui recensera le bilan des actions réalisées et fixera les objectifs pour l'année suivante en fonction des résultats obtenus.

Un plan de communication portant sur l'atteinte des objectifs sera mis en œuvre régulièrement auprès des Instances, des professionnels et des usagers.

Le Directeur, le Président de la CME et la Présidente de la CSIRMT approuvent conjointement la présente politique.

A Dole, le 17 avril 2014

Le Directeur,

LE DIRECTEUR
L. JUILLET



Le Président de la CME,


DR D. BONNAFFOUX

La Présidente de la CSIRMT,


S. MARCISIEUX