

Politique générale de la démarche Qualité et de la Gestion des Risques

Validée le 28 mars 2014,
par tous les membres
du COFIL-QGR, Mise à jour le 06/11/2017

POLITIQUE QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES ANNEES 2017-2020

GENERALITE

Dans le cadre des compétences internes et des objectifs définis par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le Directoire et la CME du Centre Hospitalier Henri Dunant (CHHD) s'engagent à concevoir et mettre en œuvre, après avis du Conseil de Surveillance, du CTE et de la CSIRMT, une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'un programme unique et cohérent d'actions assorti des indicateurs réglementaires.

Cette politique doit s'inscrire dans les engagements de l'établissement au regard du CPOM.

La politique qualité et de sécurité des soins est une des composantes du projet d'établissement défini par l'article L 6143-2 du Code de la Santé Publique. Elle recouvre plus particulièrement :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les Infections associées aux soins, les prévenir et traiter l'iatrogénie ainsi que les autres événements indésirables liés aux activités de l'Etablissement ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS) ;
- le management de la qualité ;
- le développement durable.

Aux termes de l'article L6144-1 du Code de la Santé Publique, le CHHD est libre de définir l'organisation la plus adaptée afin de répondre aux missions précitées. Les résultats de sa politique doivent néanmoins satisfaire aux exigences de la procédure de certification conduite par la Haute Autorité de Santé dans le domaine sanitaire tous les quatre ans.

Le CHHD a été certifié selon la version V2010 du manuel de certification avec treize recommandations à l'issue de la visite de l'HAS du 27 au 30 septembre 2011. L'enjeu de la présente politique qualité consiste à la fois à tirer les enseignements du rapport de la certification et préparer la prochaine visite en 2015.

La part importante des secteurs médico-sociaux du CHHD le conduit également à étendre le champ de sa démarche d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité à la prise en charge de ses résidents en la fondant principalement sur les recommandations de l'Agence Nationale de

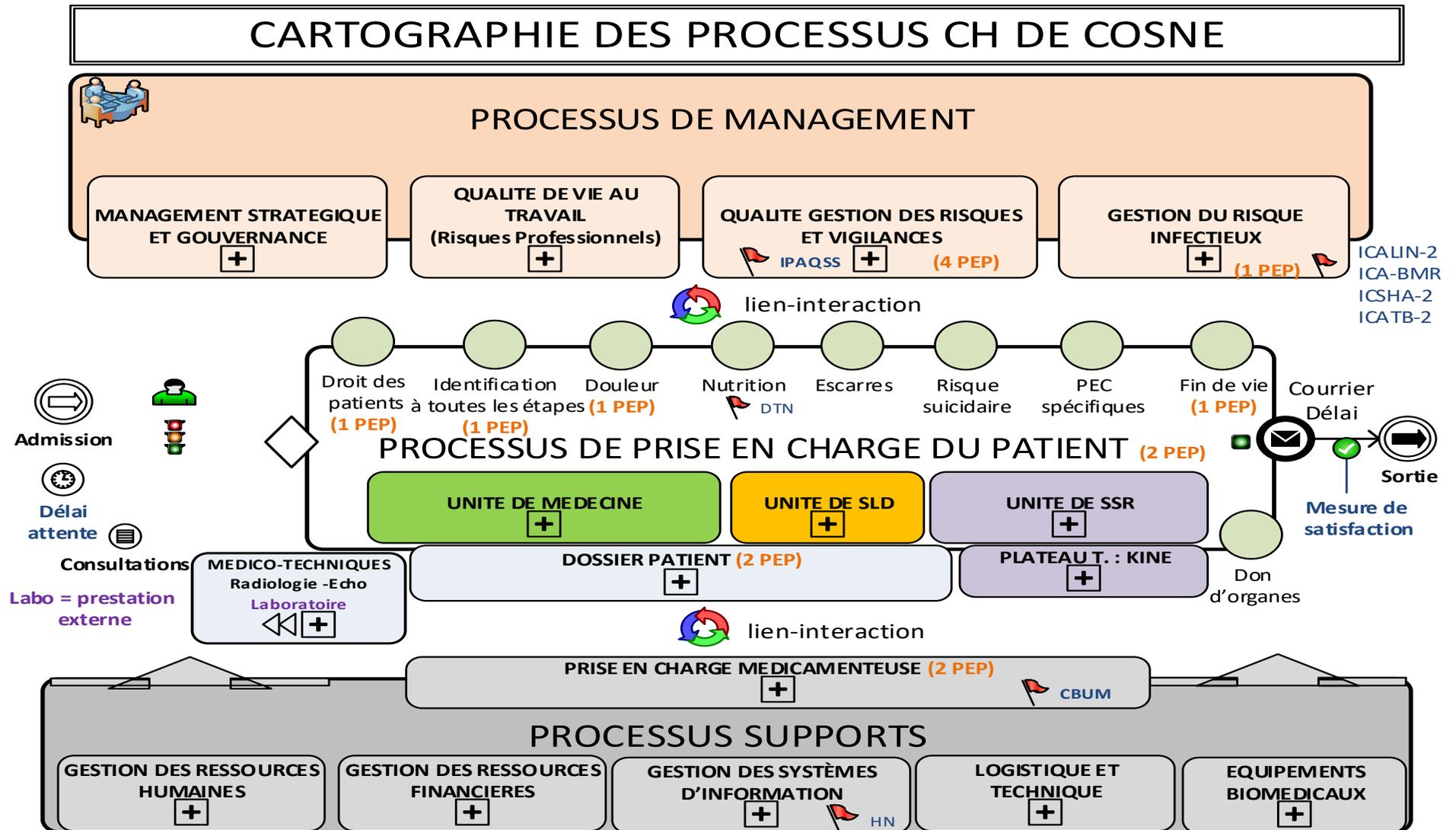
l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et en la soumettant aux évaluations internes et externes prévues par l'article L 312-8 du CASF. Considérant la date d'autorisation initiale de l'EHPAD du Val de Loire en 1971, les évaluations internes et externes devront être transmises respectivement en 2014 et 2015.

Les instances consultatives : CLIN, CLAN, COMEDIMS, et CRUQPC, participent à la politique qualité et de la gestion des risques dans leur domaine de compétences. La coordination des risques est faite au sein du comité qualité gestion des risques avec l'ensemble des référents des différentes vigilances sanitaires : Hémo, Infectio, Identito, Matério, Pharmaco (Vigilance).

Le comité qualité et gestion des risques réalise un bilan annuel d'activité en prenant en compte les activités des instances consultatives participant à la démarche qualité. Ce bilan est soumis à la CME et à la CSIRMT pour avis et présenté au CTE. Il permet également la réalisation du plan d'actions de l'année suivante.

Le bilan d'activité et le plan d'actions qui en découlent sont également présentés au conseil de surveillance.

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DU CH HENRI DUNANT



PEP : Pratique Exigible Prioritaire; DTN : Dépistage des Troubles Nutritionnels; HN : Hôpital numérique; CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament

OBJECTIF 1 : APPROFONDIR LA DEMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL DU CHHD

Sous-objectif 1.1 : Faire vivre le management et la culture qualité en favorisant la participation de tous les acteurs

- Composition du comité qualité gestion des risques
 - Directeur par intérim
 - Président (e) de la CME
 - Pharmacien, responsable de la QPECM
 - Médecin coordinateur des risques associés aux soins
 - Coordinatrice de des soins
 - Deux cadres de santé
 - Adjoint des cadres, chargée des affaires générales
 - Ingénieur Qualité gestionnaire des risques
- Actions de communication et de sensibilisation
 - Communiquer sur les projets d'établissement, la démarche qualité-gestion des risques selon les orientations définies par un groupe de travail

Sous-objectif 1.2 : Définir et mettre en œuvre une politique transversale d'évaluation

- Évaluer les pratiques professionnelles
 - Chaque professionnel de santé doit s'inscrire dans la politique institutionnelle d'EPP de l'établissement. A minima, les professionnels de chaque secteur (médecins et auxiliaires médicaux) d'activité réalisent une EPP ou un tour d'EPP /an
- Évaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs
- Définir et mettre en œuvre une politique d'audit interne
- S'engager dans les démarches d'évaluations externes et internes dans le secteur médico-social.

Sous-objectif 1.3 : Réaliser une cartographie des processus permettant d'identifier les circuits de prise en charge spécifiques prioritaires et mener des actions ciblées d'amélioration continue de la qualité, en particulier le circuit du médicament

- Réaliser d'une cartographie des processus à l'échelle de l'établissement
- Mettre en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité concernant le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Sous-objectif 1.4 : Améliorer la gestion documentaire du système qualité

- Recenser, formaliser, homogénéiser et valider l'ensemble des protocoles liés à la qualité et à l'organisation des soins de l'établissement
- Acquérir et mettre en œuvre d'un outil informatique de GED
- Référencer et conformer à la réglementation les fichiers nominatifs en usage dans l'établissement et désigner un correspondant de la Commission nationale d'informatique et de Liberté (CNIL)

OBJECTIF 2 : APPROFONDIR LA POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES VIGILANCES ET DES RISQUES

Sous-objectif 2.1 : Définir et mettre en œuvre une politique institutionnelle de gestion et des vigilances au niveau institutionnel.

- Structurer la fonction gestion des risques et des vigilances
 - Le comité qualité et de gestion des risques assure et pilote la démarche qualité et de la gestion des risques. La coordination des vigilances se fait au sein de la CME
- Sensibiliser et former les professionnels à la méthodologie de gestion des risques a priori et a posteriori
- Définir et mettre en œuvre une politique de gestion des risques a priori
- Mettre en œuvre une politique de gestion des risques a posteriori
- Élaborer une cartographie des risques et définir des objectifs mesurables de gestion des risques par secteurs d'activité
- Mettre en place un dispositif de gestion des risques au niveau des pôles ou secteurs d'activité
- Renforcer la prévention des risques électriques
- Structurer la gestion des risques informatiques : accessibilité, sécurité et respect de la charte informatique

- Poursuivre la mise en place du comité de retour d'expérience (CREX)

Sous-objectif 2.2 : Assurer la coordination des vigilances réglementaires et son intégration dans la gestion globale des risques

- Évaluer les modalités de diffusion des alertes descendantes et réactualiser la procédure de fonctionnement en place
- Former et diffuser les informations relatives aux vigilances réglementaires

Sous-objectif 2.3 : Renforcer la lutte contre les infections nosocomiales (IN)

La politique opérationnelle de lutte contre les infections nosocomiales passe par les activités du CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

- Mettre en place un programme d'actions assorties d'indicateur
- Former les professionnels à la mise en œuvre de la politique IN

Sous-objectif 2.4 : Définir et mettre en œuvre une politique d'identité – vigilance

- Refonder la politique et le plan d'actions d'identitovigilance : les professionnels de l'établissement doivent s'attacher à faire un bilan sur la politique d'identitovigilance et poursuivre les efforts engagés.

Sous-objectif 2.5 : Définir et mettre en œuvre une politique de gestion des risques et d'amélioration des conditions de travail des personnels

- Recenser les risques dans un document unique assorti de PAPRIACT et maîtriser les ceux qui sont critiques en prenant en compte les risques psychosociaux.
 - Un recensement des risques professionnels est consigné Ce recensement prend en compte les risques psychosociaux

Sous-objectif 2.6 : Mettre en œuvre une politique de gestion des risques alimentaire

- Organiser la prévention des risques alimentaires par une mise en place d'une politique HACCP au sein de l'établissement
- Réaliser un audit annuel au moins dans le secteur de la cuisine et le circuit des repas,
- Former les personnels de la cuisine à la sécurité et l'hygiène alimentaire

Sous-objectif 2.7: Mettre en place une organisation permettant de faire face aux situations de crise

- Rédiger, actualiser et évaluer les plans de crise
- Sensibiliser et former le personnel

OBJECTIF 3 : AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DES DROITS DES USAGERS ET DE LA GESTION DES PLAINTES AU TRAVERS DE LA QUALITE DE L'ECOUTE

Sous-objectif 3-1 : Mesurer efficacement la satisfaction des patients

- Organiser une analyse quantitative et qualitative des questionnaires de sortie et en améliorer la distribution aux patients
- Réaliser chaque année une enquête de satisfaction au lit du patient
- Réaliser à périodicité définie des évaluations ciblées de la satisfaction du patient.

Sous-objectif 3.2 : S'assurer de la qualité de l'information médicale et institutionnelle délivrée au patient et du caractère éclairé de son consentement

- Poursuivre l'engagement de l'établissement dans le dispositif IPAQSS
- S'assurer de la compréhension de l'information médicale délivrée et le consentement éclairé
- Informer le patient lors de la survenue de dommages liés aux soins
- Améliorer l'information donnée aux patients et leurs familles
- Optimiser l'accès au dossier médical et le circuit des dossiers patients

Sous-objectif 3.3 : Disposer d'un circuit efficace de gestion des réclamations et des plaintes

- Améliorer l'organisation de la gestion des plaintes et réclamations et les procédures inhérentes

Sous-objectif 3.4 : Organiser la participation des usagers à la vie institutionnelle

- Améliorer le fonctionnement du CVS et de la CRUQPC en favorisant l'écoute des patients, résidents et leurs familles
- Favoriser la participation des usagers et leurs représentants.

Sous-objectif 3.5 : Relancer la démarche de réflexion éthique au sein de l'établissement

- Inscrire la démarche éthique du CHHD au cœur des activités de soins en l'orientant vers l'action
- Solliciter toutes les expertises nécessaires susceptibles de nous aider à clarifier notre démarche

OBJECTIF 4 : S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

- S'engager sur la démarche de développement durable, notamment sur ses trois piliers représentés par la dimension environnementale, économique et sociétale
- Cette politique devra être déclinée de façon opérationnelle dans le plan d'actions de la politique qualité de gestion des risques

OBJECTIF 5 : S'ENGAGER DANS L'ANALYSE DES PARCOURS CLINIQUES ET DES THEMATIQUES SELON LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'HAS PORTEES PAR LA DEMARCHE DE CERTIFICATION V2014.

Sous-objectif 5.1: Analyser au moins un parcours patient tiré au sort parmi la liste de profils

- Réaliser chaque année, un parcours patient traceur par secteur d'activité sur la base de l'organisation mise en place :
 - Listing d'au moins trois profils patients
 - Choix d'un patient et recueil de son consentement
 - Pilotage de la démarche par binôme, parmi les catégories professionnelles suivantes : médecin, cadre de santé, coordinatrice des soins ou responsable qualité
 - Réunion avec l'équipe ayant pris en charge le patient
 - Entretien avec le patient et/ou avec sa famille par un cadre de santé
- **Sous-objectif 5.2: Analyser 2 thématiques par mis les thématiques obligatoires**

Sous-objectif 5.2 : Mettre à jour le compte qualité

- Le compte qualité sera mis à jour en fonction de l'état d'avancement du plan d'actions et des priorités de l'Etablissement

- Un suivi du compte qualité sera fait tous les trimestres en réunion du comité qualité et de gestion des risques, élargie aux pilotes des actions d'amélioration du compte qualité

La politique qualité gestion des risques est pilotée en lien étroit avec les différents comités et instances de l'Etablissement. A ce titre, cette intègre les autres politiques que sont :

- La politique de la qualité de vie au travail
- La politique de déploiement des EPP
- La politique de développement durable
- La politique de la prise en charge nutritionnelle
- La politique de la prise en charge de la douleur
- La politique de la prise en charge infectieuse
- Politique de réalisation du comité de retour d'expérience
- La politique de la prise en charge médicamenteuse
- La politique de bientraitance et de prévention de la maltraitance

Instances et commissions de validation

- ☞ COPIL-QGR (Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques)
- ☞ CME (Commission médicale d'établissement)

Instances et commissions pour avis et ou information

- ☞ CS : Conseil de surveillance
- ☞ CSIRMT : Commission des soins infirmiers de rééducation et médicotéchniques
- ☞ CTE : Comité technique d'établissement

Diffusion du programme d'actions, information et mise à disposition des équipes et acteurs

- ∞ Médecins
- ∞ Cadres de santé
- ∞ Personnes ressources impliquées dans un groupe
- ∞ Mise à disposition dans les services

Sénèque (ϕ) : « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles »

Les différentes politiques associées à la politique générale de la qualité et de la gestion des risques

Annexe 1 :

POLITIQUE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Partant du double constat que le secteur hospitalier n'est pas épargné par le phénomène d'intensification du travail et que dans le champ du soin, la confrontation à la maladie, à la grande dépendance et à la mort est une source de souffrance pour les soignants ;

Considérant que la Haute Autorité de Santé, face à l'existence démontrée d'un cercle vertueux liant conditions de travail et qualité des soins, a introduit en V2010 la qualité de vie au travail comme thématique de la certification ;

Que les valeurs de solidarité, de respect de la dignité humaine, d'équité et de l'éthique de responsabilité doivent guider notre politique et notre action ;

Le Centre Hospitalier HENRI DUNANT s'engage à promouvoir la qualité de vie au travail de ses agents.

L'Etablissement entend développer une approche globale du bien-être au travail prenant en compte les dimensions physiques et psychologiques visant à répondre aux pathologies émergentes : le stress, l'anxiété, la violence au travail et contribuer à la résolution de préoccupations institutionnelles incidentes comme la démotivation, la tolérance au changement, le présentisme, la prévention du burn-out.

La démarche qualité de vie au travail (QVT) :

- accordera une place importante à la question des risques psychosociaux et au dialogue social ;
- devra être intégrée en mettant notamment en cohérence les nombreuses actions déjà réalisées et étendues aux trois dimensions essentielles de toute approche préventive :
 - la prévention primaire qui vise à supprimer ou réduire les causes de survenue d'un risque ;
 - la prévention secondaire afin d'aider les personnels à développer des connaissances et des réponses pour mieux faire face aux situations à risque ;
 - la prévention tertiaire qui consiste à gérer les situations de crise et mettre en place des dispositifs d'assistance.

- sera à la fois réflexive en réservant aux personnels la possibilité d'interroger nos organisations, nos pratiques managériales et normatives afin de répondre aux obligations réglementaires ;

Conduit par la Direction en concertation étroite avec le médecin du travail et un psychologue, le dispositif réservera en outre un rôle central au Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) ainsi qu'à l'encadrement.

Entre 2015 et 2016, la démarche prendra corps au travers :

- de la présente politique à décliner dans les documents institutionnels stratégiques et à diffuser ;
- d'une analyse documentée fondée sur les recommandations de bonnes pratiques et les outils existants afin d'en explorer tous les déterminants ;
- d'un plan d'actions assorties d'indicateurs ;

Elle sera par la suite, mise en œuvre, évaluée et adaptée régulièrement.

Raphaël ZINT,
Le Directeur par intérim

Annexe 2

POLITIQUE D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles.

La version du manuel HAS V2010 a renforcé les exigences en termes de déploiement des démarches ou programmes EPP dans les secteurs cliniques et médicotechniques. Elle a insisté sur la structuration institutionnelle.

Les critères de la certification HAS V2010, concernés par les EPP sont :

- Critère 1.f : La politique et l'organisation de l'EPP,
- critère 28.a : Mise en œuvre des démarches d'EPP,
- critère 28.b : Pertinence des soins,
- critère 28.c : Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

Les objectifs de la politique

- Intégrer les EPP dans la politique institutionnelle des établissements
- Favoriser l'intégration des EPP dans le quotidien des professionnels
- Recueillir des indicateurs sur les pratiques cliniques et médico- techniques

Les principes de la politique

- Démarche institutionnelle et méthodique
- Démarche pluri-professionnelle et multisectorielle
- Implication forte des professionnels de terrain (médecins et soignants)
- Soutien méthodologique des groupes de travail
- Utilisation de références reconnues par l'HAS

Sur ces bases, une liste de sujets est validée et déployée au sein de l'établissement. Celle-ci est mise à jour en fonction de l'évolution des pratiques.

- Pertinence de l'indication médicale et de l'antibiothérapie des sondages urinaires
- Prévention des risques a priori lors de l'acte transfusionnel en Médecine
- Amélioration des modalités de prescriptions de contention et de leur application
- Amélioration de la prise en charge du patient chuteur
- Amélioration de la prise en charge de la douleur

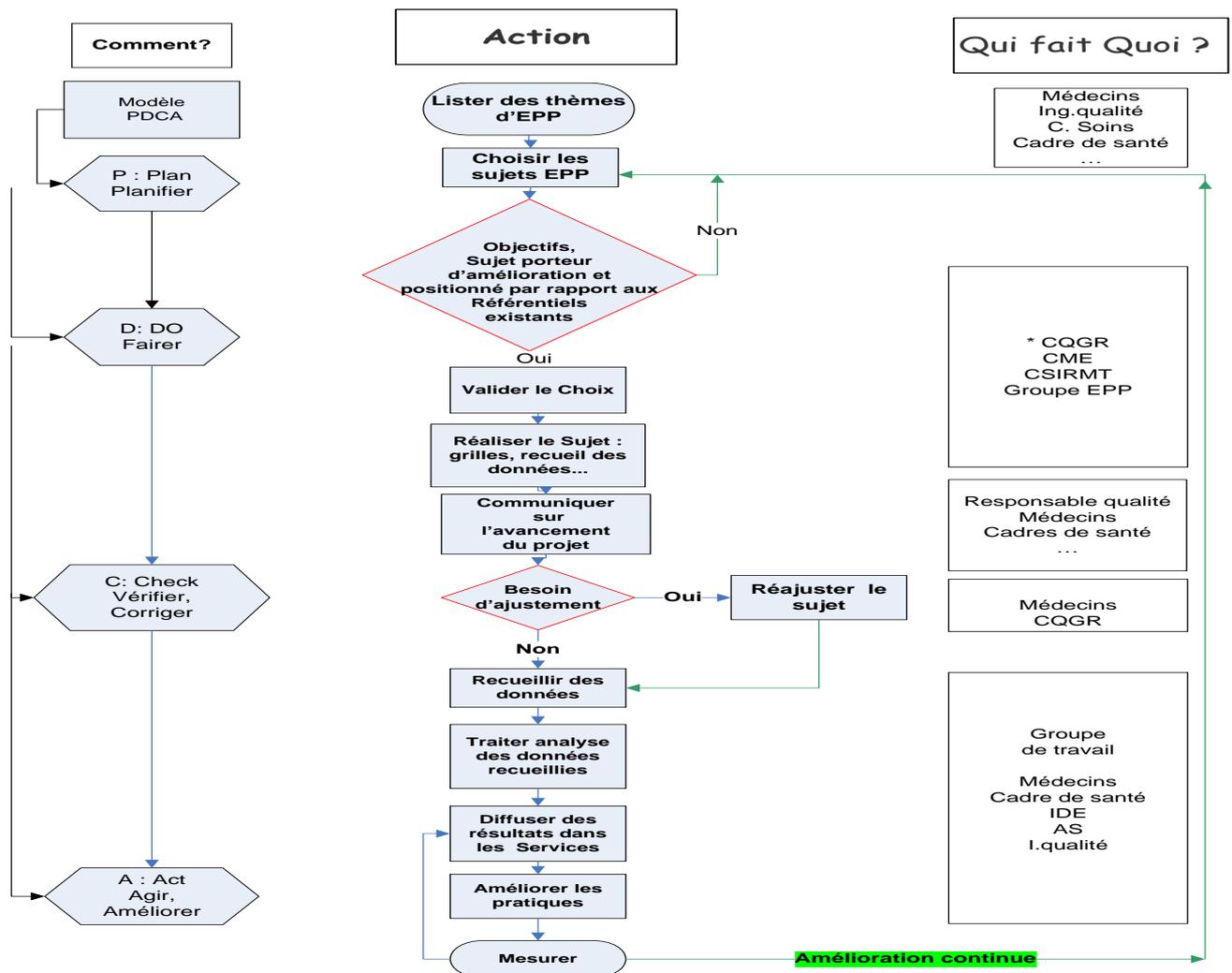
- Amélioration de la prise en charge du patient porteur de plaie chronique ou d'escarre
- Amélioration de la prise en charge du patient dénutri en SSR
- Amélioration de la prise en charge bien-être
- Pertinence usage antibiotique des infections pulmonaires
- Pertinence de l'usage des diphosphonates
- Prévention du risque suicidaire
- Sécurisation du circuit des médicaments (Application du décret du 6 avril 2011)

L'ensemble des secteurs d'activités et des personnels, médecins, paramédicaux, médicotechniques et administratifs participent à la démarche.

Le suivi des actions et de l'avancement des projets est fait par la Commission Médicale d'Etablissement.

LOGIGRAMME DE LA POLITIQUE DE DEPLOIEMENT ET D'ORGANISATION DES EPP

CME 16/05/13



* CME : Commission Médicale d'Etablissement
CQGR: Comité Qualité et de Gestion des Risques

Les grands axes de la méthodologie de réalisation des EPP sont précisés ci-dessous :

Partie I : Gestion du projet

- ↪ Contexte (constat) avec critères de choix :
- ↪ Bibliographie
- ↪ Objectifs attendus de l'évaluation
- ↪ Equipe impliquée
- ↪ Planning prévisionnel

Partie II : Déroulement de la démarche

- ↪ Services ou unités impliquées, métiers concernés
- ↪ Choix du projet
- ↪ Communication
- ↪ Méthodes et outils utilisés
- ↪ Moyens d'accompagnement
- ↪ Séances de travail

Partie III : Résultats

- ↪ Résultats quantitatifs
- ↪ Analyse qualitative

Partie IV : Plan d'amélioration

- ↪ Actions d'amélioration
- ↪ Indicateurs de suivi
- ↪ Modalités de suivi (rythme et fréquence)

Docteur FORPA,
La Présidente de la CME

Fort des valeurs de solidarité et de l'éthique de responsabilité qu'il souhaite promouvoir, le Centre Hospitalier HENRI DUNANT s'engage en faveur du progrès environnemental en consacrant le développement durable comme une orientation stratégique de sa politique de soins et de gestion afin de réduire son empreinte écologique.

Les principes directeurs de cette démarche institutionnelle sont définies à la fois au regard des cinq finalités du développement durable précisées par l'article L 110-1 du Code de l'environnement et des engagements de la Fédération Hospitalière de France en faveur du Grenelle de l'Environnement :

LUTTER CONTRE LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET AMELIORER LA PROTECTION DE L'ATMOSPHERE

- *Encourager les modes de transports du personnel, des patients et des visiteurs favorisant la réduction de l'effet de serre ;*
- *Optimiser la gestion d'énergie des bâtiments ;*

PRESERVER LA BIODIVERSITE, LES MILIEUX ET LES RESSOURCES

- *Améliorer le tri, le recyclage et la valorisation des déchets ;*
- *Optimiser la gestion des flux d'eau ;*

PROMOUVOIR LE DEVELOPPEMENT SELON DES MODES DE PRODUCTION ET DE CONSOMMATION RESPONSABLES

- *Développer l'achat éco-responsable en intégrant des critères développement durable dans les procédures d'achat ;*
- *Promouvoir une pédagogie du développement durable auprès du personnel, des patients, des fournisseurs et des partenaires ;*

PROMOUVOIR L'EFFICIENCE DE L'ETABLISSEMENT AU TRAVERS DE SA PERFORMANCE SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE

- *Evaluer objectivement notre performance en matière de développement durable ;*
- *Intégrer le développement durable comme une composante du management ;*
- *Prévenir les situations de souffrance et favoriser le bien-être au travail.*

L'animation de la démarche de développement durable au Centre Hospitalier HENRI DUNANT est confiée à un groupe pluridisciplinaire de professionnels volontaires. Les réalisations et progrès en la matière sont évalués au moyen du « Baromètre du développement durable en établissement de santé » et régulièrement présentés aux instances de l'Hôpital.

12 Septembre 2013

Raphaël ZINT, le Directeur par intérim
Message Eco n'imprimer que si nécessaire.

POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES NUTRITIONNELS AU CHHD

Dans le respect de la circulaire DHOS/E DU 9 JANVIER 2002, relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé visant à développer la politique nutritionnelle et recommandant la mise en place d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) le CHHD a décidé de définir sa politique de prise en charge des troubles nutritionnels.

Ainsi le CHHD s'engage à :

Dépister systématiquement la dénutrition chez toutes personnes âgées hospitalisées ou hébergées

Améliorer le statut nutritionnel des personnes âgées en traitant la dénutrition, les facteurs contributifs et en utilisant des compléments nutritionnels oraux

Organiser une prise en charge pluridisciplinaire du patient et ou résidant dénutri, obèse, insuffisant rénal et diabétique

Intégrer systématiquement dans le projet personnalisé de soins, la surveillance du poids, l'IMC et les cibles adaptées

Mettre à la disposition des patients et ou résidants des documents d'information sur la lutte contre la dénutrition

Permettre à tout professionnel de réinvestir le champ de l'alimentation en développant la formation

Inscrire dans les fiches de postes les compétences et les tâches concrètes en lien avec le dépistage de la dénutrition et l'accompagnement de la personne âgée à la prise du repas

Evaluer la prise en charge de la dénutrition par des audits ciblés

Evaluer la satisfaction des usagers sur l'alimentation à travers les questionnaires de satisfaction

Faciliter le fonctionnement du CLAN et garantir l'exercice de ses missions

Mettre en place un plan d'actions d'amélioration

Faire le suivi du plan d'actions et en proposer des ajustements

Dr Gilles FROELICH,
Président du CLAN

Dans le respect de l'article L1110-5 du code de la Santé Publique disposant que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance, prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ... » le CHHD a décidé de définir sa politique de prise en charge de la douleur.

Ainsi le CHHD en lien étroit avec le CLUD et le CNSP s'engage à :

Développer une culture douleur auprès des professionnels

Respecter l'engagement de lutte contre la douleur annexé au livret d'accueil

Organiser une prise en charge pluridisciplinaire du patient et ou résidant douloureux

Intégrer systématiquement dans la prise en charge du patient, du résidant, l'identification, l'évaluation, le traitement, le soulagement de la douleur

Mettre à la disposition des patients et ou résidants des documents d'information sur la lutte contre la douleur

Former le personnel à l'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur pour toute personne communicante ou non communicante

Sensibiliser le personnel à une meilleure compréhension de l'administration des traitements médicamenteux et à l'utilisation des méthodes non pharmacologiques

Evaluer la prise en charge de la douleur par des audits ciblés

Evaluer la satisfaction des usagers sur la prise en charge de leur douleur à travers les questionnaires de satisfaction

Faciliter le fonctionnement du CLUD, aider à la mise en œuvre de ses plans d'actions d'amélioration et garantir l'exercice de ses missions

Participer à des partages d'expérience au niveau local ou régional

**Dr GENTY,
Président du CLUD**

POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU CHHD

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales en France est une **préoccupation de santé publique**. Dans le cadre de la politique nationale, le CHHD a décidé de définir sa propre politique de lutte contre les infections nosocomiales.

Une infection nosocomiale est une infection qui se contracte au cours d'un séjour dans un établissement de soins. Elle peut être directement liée aux soins ou indirectement (germes de l'environnement).

Pour lutter contre les Infections Nosocomiales, le Centre Hospitalier est doté conformément à la législation en vigueur d'un **Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)** et a passé convention avec l'**Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière Départementale (EOHHD)**.

Ainsi le CHHD en lien étroit avec le CLIN et l'EOHHD s'engage à :

Prévenir les Infections Nosocomiales et mettre en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de soins et d'hygiène.

Surveiller les Infections Nosocomiales par des enquêtes de prévalence et d'incidence.

Mener des actions de formation et d'information à destination de tous les professionnels.

Evaluer périodiquement les pratiques professionnelles, permettant la mise en place d'actions correctives et l'élaboration du programme annuel d'actions.

Suivre l'évolution des indicateurs nationaux :

Le score ICALIN : indicateur composite de lutte contre les Infections Nosocomiales

Le score ICSHA : indicateur de consommation de solutions hydro alcooliques (SHA) utilisées en friction pour l'hygiène des mains.

Le score ICATB : indicateur composite de bon usage des antibiotiques

Le score ICA BMR : indicateur composite de maîtrise des bactéries multi résistantes.

Chaque année le CLIN et l'EOHH élaborent un plan d'actions.

Dr CHANAY,
Praticien hygiéniste

POLITIQUE DU COMITE DE RETOUR D'EXPERIENCE

Considérant que la gestion des risques fait partie de ses priorités organisationnelles, le Centre Hospitalier Henri Dunant (CHHD) a mis en place un Comité de Retour d'Expérience (CREX). La présente politique vise à décrire son organisation et son fonctionnement. L'objectif des réunions du CREX est de tirer profit des événements indésirables potentiels ou survenus dans un contexte de soins, en lien direct ou indirect avec la prise en charge du patient, afin d'améliorer la qualité et la sécurité de cette prise en charge. Il s'agit d'une démarche collective, multidisciplinaire, d'apprentissage et de compréhension des incidents survenus. De ce fait, elle doit permettre un renforcement de la culture de sécurité au sein des unités de soins. Le CREX n'est pas dans une dynamique de recherche de coupable, ni d'erreurs du personnel. L'objectif réside dans la compréhension du mécanisme de survenue de l'incident ou de l'événement indésirable dans un but d'identifier les causes favorisantes, les raisons profondes du dysfonctionnement et de mettre en place des actions correctives pour éviter la reproduction de l'incident. A ce sujet, une charte de déclaration en toute confiance a été rédigée et validée par le Directeur et le Président de la CME.

Les modalités d'organisation du CREX, de communication et de sensibilisation des professionnels sont prévues dans cette charte validée par tous les membres.

Le CREX porte sur les déclarations d'incidents avérés ou risques d'incidents au sein du CHHD.

Tout professionnel assistant à une réunion CREX est tenu au secret professionnel.

- Fréquence des réunions : six fois par an.
- Durée, horaire et lieu prévus des réunions : 1h30 maximum entre 15h et 16h30, salle de staff SSR.

Un ordre du jour est établi. Il comporte :

- le choix de l'événement à traiter à la prochaine réunion du CREX,
- la désignation du pilote ou de l'investigateur de l'événement sélectionné pour la prochaine réunion,
- la restitution de l'analyse de l'événement sélectionné lors de la précédente réunion (rappel de l'événement étudié, rapport de l'analyse Orion®, conclusions retenues),
- le suivi de la mise en œuvre des actions correctives des précédents CREX (responsable, libellé des actions, état d'avancement),
- le choix des actions de communication (retour au déclarant, action(s) corrective(s) retenue(s), information règlementaire, information au sein de l'établissement).

Un bilan annuel d'activité du CREX est rédigé. Il ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative. Il comprend :

- le nombre de réunions dans l'année,
- le nombre d'événements déclarés (avérés, précurseurs),
- le nombre et le type de cas analysés dans l'année,
- le nombre et le type de cas ayant donné lieu à des actions correctrices,
- la liste des actions correctives arrêtées et celles réellement mises en œuvre,
- les modalités de suivi des actions engagées,
- le taux de présence en CREX.

Le bilan annuel d'activité du CREX est communiqué à la CME, au COPIL-QGR, CSIRMT et CRUQPC.

Dr ANDRIANANTENAINA, Médecin,

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

La politique d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse est un axe stratégique de la politique **qualité et gestion des risques** sur le fondement de laquelle le directeur du Centre Hospitalier Henri Dunant, après concertation avec la présidente de la commission médicale d'établissement a **arrêté une organisation** de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et aux médicaments.

Elle recouvre la politique plus spécifique de **management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse** du patient et des dispositifs médicaux stériles telle que défini par l'arrêté du 6 avril 2011.

Elle définit les principes et les orientations stratégiques dans le respect desquels, **un programme d'actions** assorti d'indicateurs de suivi est élaboré par la commission médicale d'établissement en matière de **bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles**.

1. Politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) et des dispositifs médicaux stériles

Au travers de cette politique le CHHD se donne comme **objectif prioritaire la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable**. Cette politique s'articule autour des axes suivants :

- La nomination du pharmacien responsable de la PUI comme Responsable du Système de management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse ;
- L'élaboration d'un MANUEL QUALITE à disposition de tous les professionnels de l'établissement reprenant toutes les dispositions relatives au fonctionnement de la pharmacie et au circuit du médicament ;
- Mettre en œuvre une démarche d'assurance qualité de la PECM¹ conforme aux pratiques exigibles prioritaires de la Haute Autorité de Santé. Cette démarche donnant lieu annuellement à un programme d'action, un plan d'audit et un suivi au moyen d'indicateurs, sera plus particulièrement axée sur le suivi des actions du Contrat de Bon Usage, les prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée, la prise en charge de la douleur et l'antibiothérapie.
- La COMEDIMS² et le Responsable du système de management de la qualité assurent une gestion des risques liés à la PECM coordonnée avec la démarche globale de gestion des risques attribuée au Comité de la qualité, gestion des risques et des vigilances ;
- L'appropriation et le suivi par l'établissement des outils et recommandations établis par l'OMEDIT³ de Bourgogne ;
- Promouvoir le signalement des erreurs médicamenteuses pour analyse des plus graves par un Comité de retour d'expérience conformément aux recommandations ⁴;

2. Sécurisation du circuit de la prise en charge médicamenteuse

¹ Prise en Charge Médicamenteuse

² Commission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles

³ Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique.

⁴ Arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

⁵ Prise en Charge Médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions.

Pour satisfaire à cette exigence, le CHHD s'engage à :

- Développer conformément aux objectifs du CBU sa maîtrise des étapes de prescription, dispensation, transport, administration et surveillance thérapeutique du patient ;
- Développer les actions en faveur de la continuité de la prise en charge en documentant l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors de transferts et de la sortie ;
- Actualiser et compléter les procédures et protocoles dans le domaine pharmaceutique avant l'informatisation de la gestion documentaire de l'Etablissement ;
- Rechercher une coordination efficace avec les professionnels de ville ;
- Informatiser toutes les étapes du processus de la PECM ;
- Formation continue des soignants au logiciel de gestion du circuit du médicament ;
- Révision de l'organisation et de la gestion des armoires à pharmacie ;
- Diffuser la liste des médicaments du livret à utiliser préférentiellement dans chaque classe thérapeutique ;
- Réaliser des contrôles inopinés du circuit des médicaments et produits associés.

3. Éducation thérapeutique

Promouvoir la communication auprès des patients et résidents ;

4. Efficience de la prise en charge du patient

L'efficience de la prise en médicamenteuse des patients s'appuie sur :

- le suivi et l'analyse des consommations les plus significatives de médicaments ;
- le respect des objectifs de gains retenus dans le cadre du bloc PHARE du plan triennal ONDAM sur les achats pharmaceutiques ;
- le respect des objectifs de maîtrise des dépenses pharmaceutiques retenus dans le cadre du bloc PEHV du plan triennal ONDAM ;
- l'analyse des FSEI signalant les erreurs d'administration ;

5. Vigilances sanitaires

Poursuivre la coordination des vigilances sanitaires obligatoires (pharmacovigilance, hémovigilance,...) par le Comité de la qualité, gestion des risques et des vigilances.

6. Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé

Il s'agit d'améliorer les pratiques de prescription :

- des neuroleptiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ;
- des AVK ;

et de sensibiliser les prescripteurs à la réévaluation des prescriptions les plus à risques :

- les neuroleptiques ;
- les médicaments du système cardio-vasculaire (anticoagulants et diurétiques),
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- Les antidiabétiques ;
- les médicaments inappropriés chez la personne âgée (liste Laroche).

7. Bon usage des anti-infectieux

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.

POLITIQUE DE LA BIENTRAITANCE ET DE LA PREVENTION DU RISQUE DE MALTRAITANCE

La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge de l'usager et de l'accueil de son entourage visant à promouvoir, par l'intention positive et les actes des professionnels de santé, le respect des droits et libertés du patient ou du résident, son écoute, ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

Consacrée par la Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et explicitée par les recommandations de l'ANESM et l'HAS, la bientraitance est une des déclinaisons de l'exigence éthique plus large du respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité.

Le concept de bientraitance revêt une double composante et doit être appréhendé comme la recherche d'un équilibre entre :

- un fond commun d'exigences principielles et incontournables à la lumière duquel l'Institution refuse sans concession toute forme de violence et d'abus sur le plus faible ;
- une dimension circonstancielle nécessitant d'adapter en continue les postures et les actes des professionnels dans le cadre d'une dynamique collective mobilisant leur réflexion et leur collaboration.

Pour satisfaire à l'exigence prioritaire de la bientraitance, le CHHD s'engage ainsi, après avoir établi une cartographie des risques de maltraitance et évalué les pratiques professionnelles au moyen d'audits et du questionnaire FORAP-HAS, à agir au travers notamment du groupe EPP⁵, de la CRUQPC, du CVS et des instances, selon quatre axes complémentaires :

1. L'usager co-auteur de sa prise en charge

- 1.1. Garantir l'effectivité des droits des usagers
- 1.2. Personnaliser l'accueil et la prise en charge des usagers
- 1.3. Favoriser l'autonomie des usagers en adoptant des mesures barrières contre les restrictions inutiles de liberté, en respectant au mieux leurs rythmes propres et en accompagnant par la parole leur prise de conscience.
- 1.4. Adapter plus particulièrement la communication et les conditions de prise en charge des patients en fin de vie
- 1.5. Prévenir au mieux les effets indésirables lors des phases de transitions dans le parcours de l'usager

2. Promouvoir un lien de qualité entre professionnels et usagers

- 2.1. Poursuivre l'adaptation de la formation et de la qualification des professionnels au public pris en charge
- 2.2. Formaliser la singularité de la prise en charge dans un document institutionnel
- 2.3. Définir et transmettre les formes de relation à encourager et à proscrire entre professionnels et usagers ;
- 2.4. Assurer la sécurité physique et promouvoir par des dispositifs de confort le sentiment de sécurité des usagers
- 2.5. Rassurer les usagers sur la continuité de la prise en charge en dépit de la rotation des personnels
- 2.6. S'assurer que la réglementation relative aux pratiques professionnelles et les RBP fasse l'objet d'une appropriation régulière par les professionnels
- 2.7. Prévenir et intervenir en cas de manifestation de violence sous toutes ses formes

3. Enrichir les pratiques et les réflexions des professionnels par des contributions croisées et extérieures

- 3.1. Associer collectivement ou individuellement l'utilisateur et/ou son entourage à l'analyse des prises en charge et au fonctionnement de l'Institution ;
- 3.2. Encourager le maintien ou le développement des liens affectifs de l'utilisateur ;
- 3.3. Former les professionnels à adopter un comportement adapté à l'état des équilibres familiaux excluant l'indifférence mais empreint de neutralité ;
- 3.4. Développer les partages d'expérience des professionnels avec ceux d'autres structures ;

4. Aligner les organisations et le management sur l'enjeu prioritaire de la bientraitance

- 4.1. Promouvoir la parole de tous les professionnels par des moments d'échanges pluridisciplinaires permettant de croiser des perspectives différentes et d'élargir ainsi la connaissance globale de l'utilisateur ;
- 4.2. Sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission et les valeurs partagées ;
- 4.3. Faciliter l'intégration des nouveaux professionnels ;
- 4.4. Mettre à disposition des professionnels des temps d'expression d'intensité variable sur leurs difficultés ;
- 4.5. Promouvoir la réflexion éthique des professionnels
- 4.6. Mettre en place des organisations avec des responsabilités précises et un fonctionnement collectif cohérent
- 4.7. Inscrire la bientraitance comme axe du projet d'établissement, des projets de service et en faire des cadres de santé les porteurs de proximité.

¹ Groupe d'Evaluation des Pratiques Professionnelles
de la maltraitance à la bientraitance

Cette politique est accessible sur tous les postes de travail de l'hôpital

En vous remerciant de votre contribution

Eric YAO, Ingénieur,
Responsable de la démarche qualité et de la gestion des risques