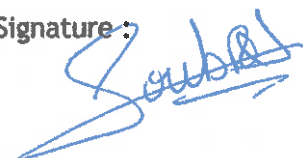




MANUEL D'AMELIORATION DE LA QUALITE

<p><u>Approbation du Responsable Qualité</u> Date : 15.5.19 Nom : S. SOUBRAS Signature : </p>	<p><u>Validation du Président CME</u> Date : 15/05/2019 Nom : Dr H. ELABED Signature : </p>	<p><u>Publication autorisée par le Directeur</u> Date : 13-05-2019 Nom : D. DELAUME Signature : </p>										
<p><u>Participants à l'élaboration du document :</u> J. BESSEMOULIN - S. BRISSE - Dr F. CHRISTIANN - D. DELAUME - Dr H. ELABED - C. HUET - Dr JL. MARSZALEK - I. PIGOIS - P. SCHNEIDER - S. SOUBRAS- C. ZEFNER</p>	<p><u>Référence</u></p> <table border="0"> <tr> <td>Version 1 :</td> <td>Création le 16/04/2009</td> </tr> <tr> <td>Version 2 :</td> <td>le 25/05/2011</td> </tr> <tr> <td>Version 3 :</td> <td>le 16/06/2015</td> </tr> <tr> <td>Version 4 :</td> <td>le 13/12/2016</td> </tr> <tr> <td>Version 5 :</td> <td>le 15/05/2019</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><i>Dernière mise à jour le 15/05/2019</i></p>		Version 1 :	Création le 16/04/2009	Version 2 :	le 25/05/2011	Version 3 :	le 16/06/2015	Version 4 :	le 13/12/2016	Version 5 :	le 15/05/2019
Version 1 :	Création le 16/04/2009											
Version 2 :	le 25/05/2011											
Version 3 :	le 16/06/2015											
Version 4 :	le 13/12/2016											
Version 5 :	le 15/05/2019											

Liste des services concernés

Direction	Service Médecine	Assistante sociale
Service RH	Service S.S.R.P.	Pharmacie
Cadres supérieurs	EHPAD	Service d'entretien
Service économique	SSIAD/Centre d'Accueil	Service restauration
Service financier	IDE Hygiéniste	Service informatique
Service des admissions	Kinés /Ergothérapeutes	Ambulanciers/brancardiers
Administrateurs d'astreinte	Neuropsychologue/Psychologue	Services techniques

Tous les services

Mots clés : MAQ, MANUEL, QUALITE, POLITIQUE QUALITE, CARTOGRAPHIE DES RISQUES

Processus : MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES - MQGDR

MANUEL D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

SOMMAIRE

Introduction

- A. Politique Qualité : objectifs stratégiques et engagement de la Direction et de la CME 3
- B. Organigramme qualité et diffusion du MAQ 4
- C. Mise à jour 4

Chapitre 1 - La qualité au Centre Hospitalier

- A. Présentation synthétique du Centre Hospitalier de La Châtre 5
- B. Organigrammes du Centre Hospitalier de La Châtre 6

Chapitre 2 - Structuration de la démarche qualité gestion des risques

- A. Le Comité de Direction (CODIR) 8
- B. Le comité de coordination de la qualité et gestion des risques 9
- C. Les processus 10
- D. Les acteurs opérationnels 11
- E. L'organisation du système documentaire 14

Chapitre 3 - La cellule des événements indésirables

- A. Fonctionnement et règlement intérieur de la cellule des EI..... 15
- B. La démarche 16
 - 1. La gestion des risques a priori 16
 - 2. La gestion des risques à postériori 17
 - 3. La coordination des actions 18
- C. La communication 19

A - Politique Qualité et Gestion des Risques : objectifs et engagements de la Direction et de la CME

Dans la continuité de toutes les actions menées par le Centre Hospitalier de La Châtre depuis plusieurs années pour répondre aux attentes des patients en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité du service rendu, le Manuel pour l'Amélioration de la Qualité (MAQ) est révisé pour l'année 2019.

Cette politique vise :

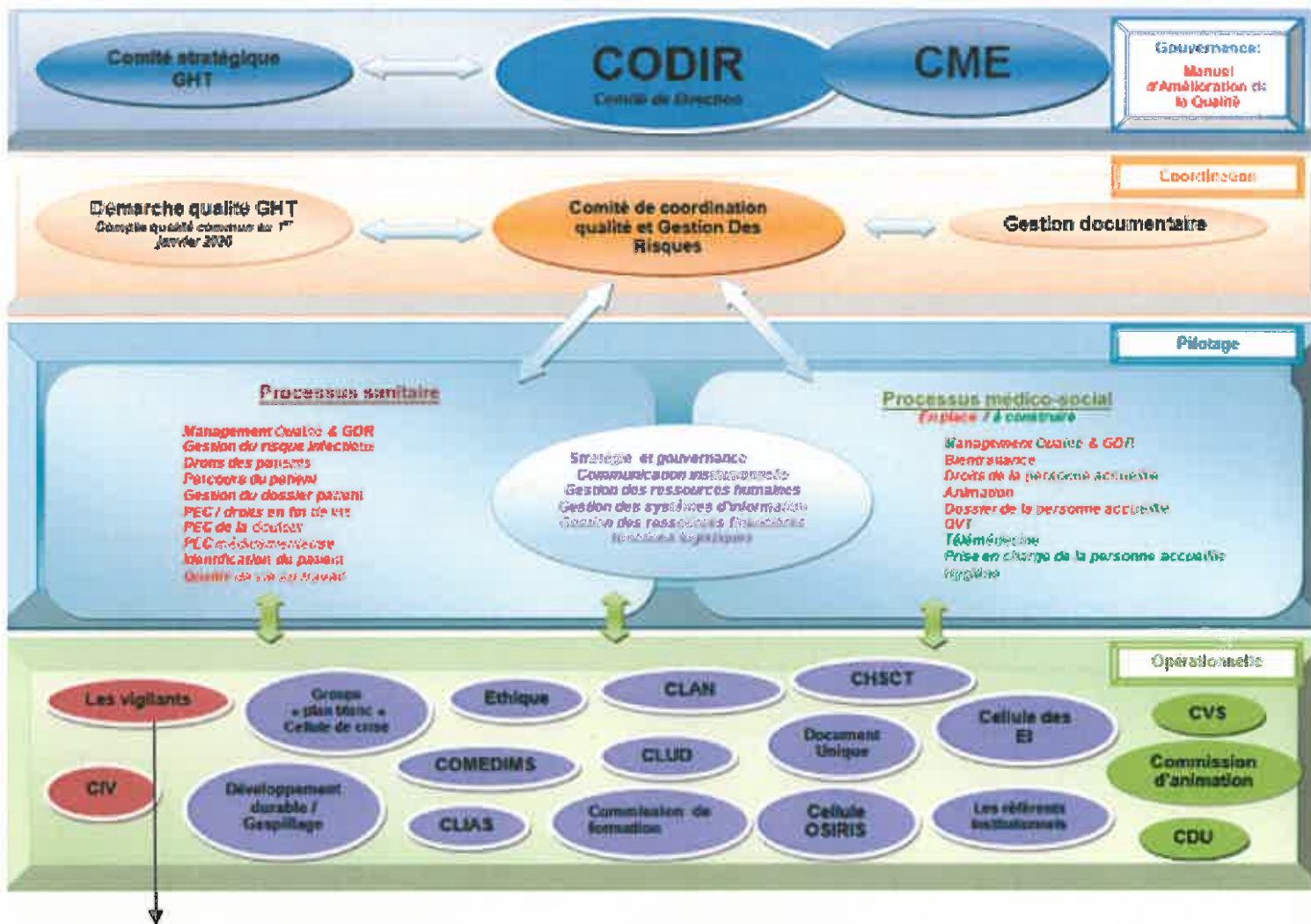
- Le service hospitalier rendu
- La sécurité des personnes
- La satisfaction de l'utilisateur et de sa famille, des professionnels du CH La Châtre et des partenaires externes avec lesquels le CH travaille.

La politique qualité - gestion des risques engage la Direction, la Commission Médicale d'Établissement et l'ensemble des professionnels sur la base des objectifs principaux suivants :

- Poursuivre la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques répondant aux exigences réglementaires et de la Certification (V2014) et en assurer la communication,
- Promouvoir les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) soignantes, médicales et managériales, ainsi que leur développement,
- Assurer l'information et la formation des professionnels aux méthodes et outils de la qualité et de la gestion des risques,
- Garantir le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux,
- Développer et améliorer le système de prévention des risques par le développement des signalements des événements indésirables et des vigilances réglementaires,
- Évaluer annuellement le programme qualité - gestion des risques, s'assurer de la dynamique d'amélioration continue et diffuser une culture du résultat au moyen d'indicateurs pertinents, notamment les Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC),
- Rendre plus efficace la qualité des relations avec les usagers et les correspondants externes,
- Garantir le strict respect des mesures d'hygiène et prévenir les Infections Nosocomiales (IN) ou Infections liées Aux Soins (IAS),
- Promouvoir la bienveillance et offrir des soins personnalisés au plus près des attentes des usagers et assurer le respect de leurs droits,
- Développer et sécuriser le système d'information,
- Garantir la traçabilité des informations à travers la stratégie de déploiement du dossier patient,
- Garantir la fiabilité de l'identité de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge,
- Créer un compte qualité commun au sein du GHT
- Développer le lien ville/hôpital (CPTS, médecin généraliste,...)

Cette volonté doit aboutir aux meilleurs soins en terme de qualité et de sécurité pour les usagers du CH, et ce dans les meilleures conditions possibles pour l'ensemble des acteurs hospitaliers.

B- Organigramme qualité et diffusion du Manuel d'Amélioration de la Qualité



Les vigilances de l'établissement : pharmacovigilance, matériovigilance, identitovigilance, hémovigilance

Le CODIR assure la diffusion du MAQ auprès de tous les responsables de service. Ceux-ci en informeront les professionnels au cours de réunions de service. Il est disponible sur intranet et dans la gestion documentaire de l'établissement.

C - Mise à jour

La mise à jour annuelle du MAQ est effectuée par le comité de coordination de la qualité et GDR et validée par le CODIR.

Chapitre 1 - La qualité au Centre Hospitalier

A - Présentation synthétique du Centre Hospitalier de La Châtre

Origine et situation géographique :

- Origine de l'établissement : 1790,
- Ville de La Châtre : 4 727 habitants
- Agglomération de La Châtre (30 communes en proximité immédiate) : 17 291 habitants
- Bassin d'hospitalisation de La Châtre (intégrant les communes limitrophes des départements de la Creuse et du Cher) : 35 000 habitants

Le Centre Hospitalier de La Châtre est situé dans le sud du département de l'Indre, à 35 km de l'hôpital de référence de Châteauroux. A ce titre, il propose la seule offre de soins de proximité dans cette partie du département, ce qui représente un bassin de population d'environ 35 000 habitants.

Le Centre Hospitalier de La Châtre a une double vocation : sanitaire et médico-sociale.

Secteur sanitaire :

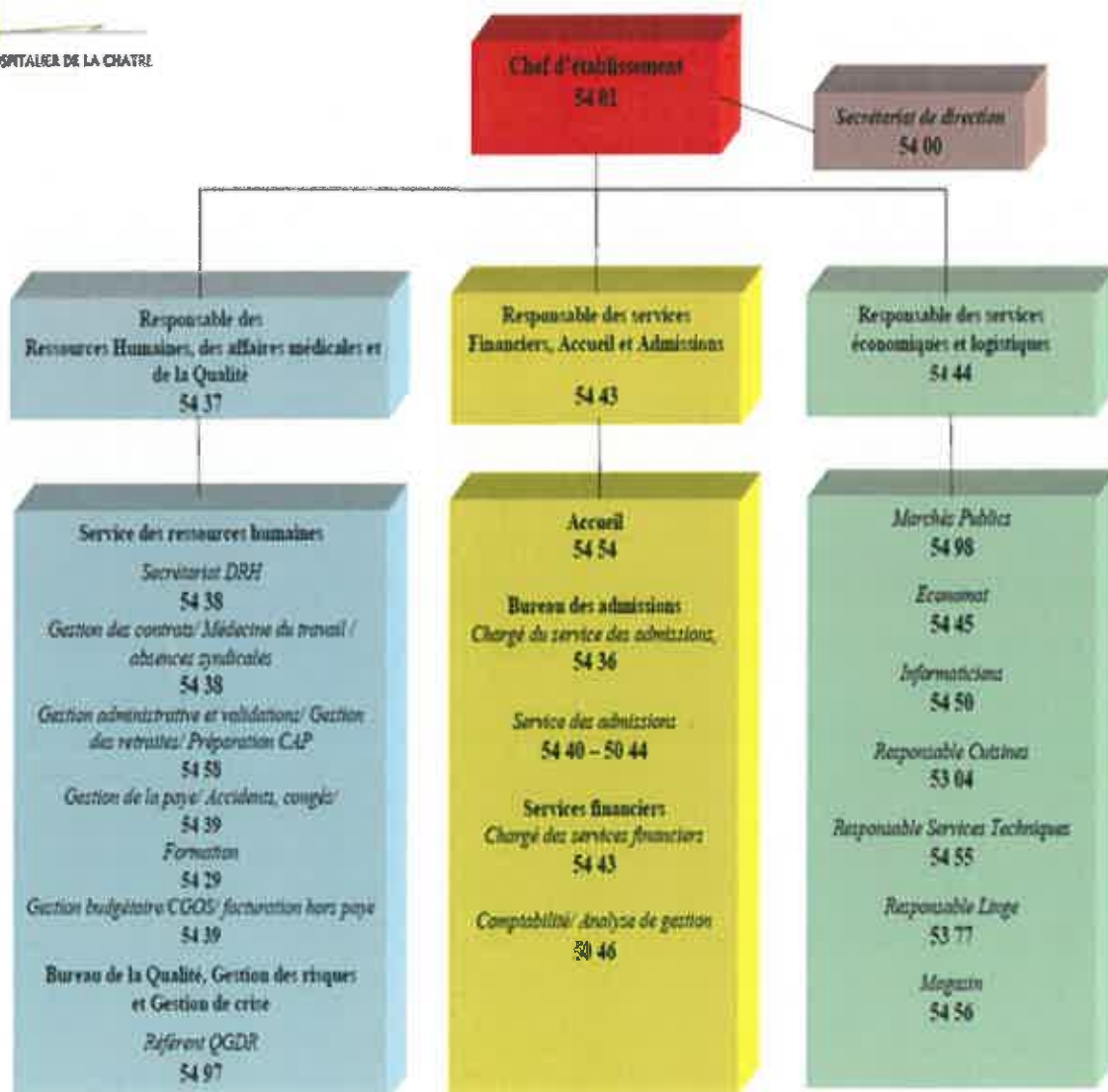
- Médecine polyvalente : 25 lits dont 5 lits dédiés aux soins palliatifs.
Un accueil 24/24 est assuré dans le cadre de la permanence des soins avec des astreintes opérationnelles (sans autorisation de site d'urgence).
Une Unité Mobile de Correspondance de SAMU (UMCS) fonctionne 7 jours sur 7, de 8h30 à 18h30, avec la participation des médecins correspondants SAMU libéraux.
- Hôpital de jour gériatrique : 3 places
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : 35 lits polyvalents répartis en
 - 15 lits au second étage
 - 20 lits au rez-de-chaussée

Secteur médico-social :

- Six EHPAD pour un total de 345 lits :
 - Jean Louis Boncoeur (112 lits dont 14 lits d'UHR),
 - Petite Fadette (55 lits dont 15 lits Alzheimer),
 - Robert Leroux (40 lits),
 - Georges Raveau (60 lits dont 20 lits en unité sécurisée),
 - Unité de Cluis (26 lits),
 - Unité d'Aigurande (52 lits)
- Service de Soins Infirmiers A Domicile de 60 places (SSIAD) couvrant les secteurs de La Châtre et Neuvy-Saint-Sépulcre et SSIAD-ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer) de 5 places. Le Service de Soins Infirmiers A Domicile est un SSIAD pour personnes âgées (plus de 60 ans sauf dérogation).
- Centre d'accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées « Au fil des mots » : 8 places, ouvert 5 jours par semaine.

B - Organigrammes du Centre Hospitalier de La Châtre

Services administratifs



Services de soins



FF Directrice des soins
54 73

Version : janvier 2019

Cadre supérieur de santé
54 25

Secteur SANITAIRE

Secteur MEDICO SOCIAL

Neuro-psychologue : 73-83

Ergothérapeute : 52 51

Kinésithérapeute : 57 67
Aide à la marche : 53 10
ou 53 97

Assistante sociale : 54 20

Equipe Opérationnelle
d'Hygiène : 54 70

Pharmacie : 53 00

Psychologue : 73-74

Dédié(e) : 53 05

Animateurs : 73 72 / 73 73 / 73 82

Consultations Externes	Service Médecine	Service S.S.R.	EHPAD Petite Fadette et Aigurande	EHPAD Georges Raveau et Cluis	EHPAD Robert Leroux	EHPAD Jean-Louis Boncoeur	SSIAD / SSIAD ESA centre « au fil des mots »
Secrétariat 54 21	Secrétariat 54 27 Chef de service 54 07 Cadre de santé 54 12 Bureau IDE 54 22/54 96	Secrétariat 54 60 Chef de service 54 17 Cadre de santé 54 11 Bureau IDE 54 02 – 54 61 54 52	Secrétariat 73 70 Cadre de santé 54 05 Bureau IDE Fadette : 54 14 Alois : 73 73 Aigurande : 1305	Secrétariat 73 70 Cadre de santé 54 76 Bureau IDE Raveau : 54 72 Cluis : 13 86	Secrétariat 73 70 Cadre de santé 74 70 Bureau IDE Leroux : 54 51	Secrétariat 76 70 Cadre de santé 54 04 Bureau IDE 54 06 UHR 76-15	Secrétariat 54 16 Cadre de santé 54 79 Equipe soignante ESA 10 29 Centre au fil des mots 54 39

Chapitre 2 - Structuration de la démarche Qualité - Gestion Des Risques

- A - Le Comité de Direction (CODIR)**
- B - Le Comité de Coordination de la Qualité et Gestion Des Risques**
- C - Les processus**
- D - Les acteurs opérationnels**
- E - L'organisation du système documentaire**

A- Le CODIR

Sa composition (8 personnes) : Directeur, Direction des soins, PCME, chef de pôle inter-établissement, médecin coordonnateur, DRHQAM, Direction des finances et admissions, Direction des services techniques, économiques, logistiques, système d'information et affaires juridiques et patrimoniales.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement du comité peuvent être appelés à intervenir en CODIR sur invitation du directeur.

Les missions :

- Suit et valide l'avancement du plan d'action global (dont le projet d'établissement)
- Suit et élabore les projets d'investissement et de restructuration
- Supervise, oriente et accompagne la commission de coordination de la qualité et Gestion Des Risques
- Assure et communique la veille réglementaire
- Assure le lien avec les orientations stratégiques du GHT

Règlement Intérieur :

- Périodicité : entre 6 à 10 semaines
- Communication de l'ordre du jour au minimum une semaine avant la date de réunion
- Durée : entre 1h30 et 3h
- Compte-rendu : un relevé de conclusion est fait lors de chaque réunion par le secrétariat de direction. Celui-ci sera transmis à chaque membre afin d'apporter les modifications et validation lors du prochain CODIR
- Outil de suivi : le plan d'action global, la gestion documentaire,...

B- Le Comité de Coordination de la Qualité et Gestion Des Risques

Sa composition (10 personnes): Un représentant des usagers, un pharmacien, le PCME ou un médecin du sanitaire, le vice-PCME ou un médecin des EHPAD, la direction des soins, un cadre de santé du sanitaire, un cadre de santé des EHPAD, l'ingénieur qualité et le DRHQAM.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement du comité peuvent être appelés à intervenir en réunion sur invitation du pilote/ou co-pilote du comité.

Missions :

- Etablir et suivre les risques institutionnels pour favoriser la maîtrise des processus de management, prise en charge et support définis par la HAS
- Maîtriser et vérifier la mise en œuvre du plan d'action qualité (sanitaire et médico-social)
- Impliquer les pilotes et l'encadrement dans les choix stratégiques
- Poursuivre la coordination en lien avec les comités et commissions
- Valider le compte qualité pour les processus concernés
- Valider les documents qualité
- Etre informé et suivre les Evénements Indésirables Graves et les Evénements Indésirables Graves Associés aux Soins (voir procédure qualité)
- Travailler en partenariat avec l'établissement support sur l'élaboration d'un compte qualité commun

Règlement intérieur :

- Désignation d'un pilote et co-pilote
- Périodicité : au minimum 4 fois/an
- Ordre du jour : au minimum une semaine avant la date de réunion
- Durée : entre 1h30 et 3h
- Compte-rendu : un relevé de conclusion est fait par l'ingénieur qualité lors de chaque réunion. Il est transmis à chaque membre pour relecture et modification afin d'être validé lors de la prochaine réunion.
- Outil de suivi : plan d'action qualité, gestion documentaire,...

Le comité se charge également du suivi et de l'analyse des signalements d'évènements indésirables (examen en Cellule des Evénements Indésirables hebdomadaire).

Enfin, le comité travaille en collaboration avec les autres instances de l'établissement (CDU, CHSCT, inter-CLIAS,).

C- Les processus

Chaque processus est placé sous la responsabilité d'un pilote et/ou copilote assisté d'une équipe opérationnelle.

Les missions du pilote et copilote de processus :

- Ils s'assurent de la conformité et de la cohérence du processus par rapport aux exigences internes (le système de management) et aux exigences externes.
- Ils sont garants du déploiement, au niveau de son processus des objectifs généraux issus des axes stratégiques déterminés par la direction.
- Ils sont garants du déploiement de l'efficacité et de l'efficience du processus notamment par l'évaluation des ressources allouées.
- Ils s'assurent de l'adaptation du processus aux évolutions de son environnement extérieur.
- Ils évaluent le niveau de maturité de leur processus afin de situer leur degré de maîtrise dans une démarche d'amélioration continue.
- Ils organisent des revues de processus en présence des membres de l'équipe opérationnelle à échéance semestrielle afin d'évaluer le processus.
- Ils renseignent le compte qualité et assurent son suivi (en lien avec l'ingénieur qualité)
- Ils rencontrent les experts visiteurs dans le cadre des audits de processus phase « stratégie et pilotage ».

Les équipes opérationnelles du processus contribuent au renseignement du compte qualité, participent aux revues de processus, assurent le relais de l'information entre le pilote et les équipes terrains.

D - Les acteurs opérationnels

Les groupes de pilotage des processus ont été mis en place. Ils sont composés de la manière suivante :

<p>Management de la qualité des risques</p>	<p>Pilote et/ou copilote : Ingénieur qualité ou son représentant</p> <p>Acteurs : responsable des ressources humaines, des affaires médicales et de la qualité ; un médecin ; un pharmacien ; direction des soins ; un représentant des usagers</p>
<p>Qualité de vie au travail <i>(en lien avec le CHSCT)</i></p>	<p>Pilote et/ou copilote : Responsable des ressources humaines, des affaires médicales et de la qualité ou son représentant</p> <p>Acteurs : direction des soins ; cadre de santé ; représentant du personnel ; le médecin du travail ; un représentant des différentes fonctions (ASH, AS, IDE, logistique/technique) ; DPO</p>
<p>Gestion du risque infectieux <i>(partenariat avec le CLIN de Châteauroux)</i></p>	<p>Pilote et/ou copilote : Infirmière hygiéniste</p> <p>Acteurs : direction des soins ; cadre de santé ; référents hygiène ; un médecin antibiothérapie ; un pharmacien</p>
<p>Droits des patients</p>	<p>Pilote et/ou copilote : direction des soins</p> <p>Acteurs : le chef de service du SSR ; un représentant des usagers ; responsable des services financiers et des admissions ; cadre de Santé ; président de CME</p>
<p>Parcours patient</p>	<p>Pilote et/ou copilote: Président de CME</p> <p>Acteurs : direction des soins ; responsable des ressources humaines, des affaires médicales et de la qualité ; cadre de santé</p>
<p>Prise en charge de la douleur <i>(partenariat avec le CLUD de Châteauroux)</i></p>	<p>Pilote et/ou copilote: Infirmière référente douleur</p> <p>Acteurs : un médecin ; cadre de santé, direction des soins ; infirmier(e) ; un pharmacien</p>
<p>Prise en charge des patients en fin de vie</p>	<p>Pilote et/ou copilote: Le chef de service et la cadre de santé de médecine</p> <p>Acteurs : infirmière référente soins palliatifs, cadre de santé, direction des soins, un médecin oncologue</p>
<p>Gestion du dossier patient</p>	<p>Pilote et/ou copilote : direction des soins</p> <p>Acteurs : un médecin ; responsable des services financiers et des admissions ; un informaticien ; président de CME ; DPO</p>
<p>Identification du patient</p>	<p>Pilote et/ou copilote: Responsable des services financiers et des admissions</p>

<p>à toutes les étapes de sa prise en charge</p>	<p>Acteurs : informaticien ; chef de service de médecine ; direction des soins ; cadre de santé ; DPO</p>
<p>Prise en charge médicamenteuse du patient</p>	<p>Pilote et/ou copilote: Ingénieur qualité ou pharmacien</p> <p>Acteurs : un médecin du service de médecine ; un pharmacien ; directrice des soins et/ou cadre supérieur de santé ; cadre de santé ; président de CME</p>
<p>Gestion du système d'information</p>	<p>Référent : Responsable des services logistiques/techniques et système d'information</p> <p>Acteurs : un médecin ; un informaticien ; direction des soins ; ingénieur qualité ; DPO</p>

Ils sont les représentants des processus internes devant les experts-visiteurs mandatés par la HAS.

Les pilotes de processus avec l'aide de leur groupe de travail désigné, sont chargés de veiller au bon fonctionnement du processus selon la méthode PDCA.

<p>PLAN Prévoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir l'organisation interne du processus (identification des ressources humaines, matérielles, temporelles nécessaires au pilotage) - Animer les réunions d'analyse de processus (réalisation de l'état des lieux, de la carte d'identité, de l'analyse des risques et de la formalisation du processus) - Définir la politique propre au processus (définition des objectifs du processus qui seront intégrés au projet d'établissement) - Définir les indicateurs de performance du processus (identification et description des indicateurs permettant d'évaluer la performance globale du processus)
<p>DO Réaliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du bon fonctionnement du processus en termes de sécurité, efficacité et efficience (suivi de l'application du processus : respect des objectifs fixés, analyse des dysfonctionnements) - Garantir la cohérence du processus avec son environnement (prise en compte de l'évolution des exigences liées au processus ; gestion des interfaces en lien avec les pilotes des différents processus, les instances, la démarche qualité et GDR.
<p>CHECK Vérifier</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des revues de processus à périodicité définie : 1 fois par an au minimum - Suivre et évaluer le fonctionnement du processus (tableaux de bord des indicateurs, EPP, enquêtes de satisfaction, participation à l'analyse des EI, résultats d'évaluations internes et externes.
<p>ACT Améliorer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer les résultats et l'évolution du processus interne et en externe (plan d'actions avec identification des objectifs, responsabilités, échéances ; communication interne) - Définir et suivre le plan d'action propre au processus (communication externe)

E - L'organisation du système documentaire

Désormais, le CH de La Châtre dispose d'un accès entièrement informatisé aux documents qualité. Un raccourci « Gestion des documents qualité » est installé sur chacun des PC de l'établissement. Il permet une recherche par processus des documents.

Une révision régulière des documents qualité est tracée sur chacun des documents.

La création, l'actualisation ou la suppression d'un document qualité sont pilotées par le professionnel « expert » de la thématique qui peut, selon le thème traité, travailler avec un groupe de professionnels ou non.

La validation du document qualité créé, actualisé ou supprimé est réalisée par le comité de coordination de la qualité et gestion des risques représenté par le Responsable Qualité Gestion des Risques de l'établissement.

La publication du document est autorisée par le Directeur.

Chaque modification (création ou actualisation) fera l'objet d'une nouvelle version.

Si le document qualité à valider fait référence à :

- une obligation réglementaire ou,
- une validation par un organisme reconnu (comme l'Omédit, par exemple) ou,
- à une décision du Directeur en matière de Ressources Humaines, Finances, ou concernant les services techniques et logistiques,

le pilote (ou professionnel « expert ») et le Responsable Qualité Gestion des Risques valideront le document et le diffuseront, après l'autorisation du Directeur. Les documents qualité créés ou revus dans ce contexte seront cités en Comité de Coordination de la Qualité et Gestion Des Risques.

Chapitre 3 : La cellule des évènements indésirables

La politique du centre hospitalier s'appuie sur une cartographie des risques a priori et sur l'analyse des évènements indésirables.

Les professionnels sont sensibilisés au signalement des évènements indésirables au moins une fois par an (incitation directe et/ou indirecte, réunion terrain, communication interne,...).

Le signalement des évènements indésirables est dématérialisé.

A- Fonctionnement et règlement intérieur de la cellule des événements indésirables

La composition de la cellule des EI :

- La Faisant Fonction Directrice des soins infirmiers
- Le Responsable des services économiques et logistiques
- Une Cadre de santé de proximité (à tour de rôle, selon un planning annuel établi)
- Un médecin
- Le Responsable QGDR

Ses missions :

Elle est chargée du suivi et de l'analyse des signalements d'évènements indésirables.

A partir des EI déclarés au cours de la semaine précédente, elle évalue la criticité de chacun des EI et les éléments de réponse à apporter. En fonction de l'EI, il peut être décidé :

- de retourner auprès du déclarant ou des professionnels concernés pour obtenir des éléments complémentaires,
- de passer le relais au groupe de pilotage de processus concerné par l'EI qui prendra la décision d'un CREX ou autre type d'évaluation
- d'apporter une réponse immédiate à l'événement décrit

La commission des EI, pour chaque EI, en dehors de la criticité, attribue l'EI à un thème et à un processus. Elle désigne un pilote d'action.

Le RQGDR met à jour la base de données ACCESS qui gère chacun des EI avec les éléments échangés en commission.

Lors de la séance, la commission fait le point sur les actions engagées la semaine précédente et le RQGDR met à jour la base de données.

Son règlement intérieur (mode de fonctionnement) :

- réunion hebdomadaire
- Durée : 1h
- Document de travail : base de données des EI signalés,
- Outil de suivi : édition de listes d'EI (par date, par pilote d'action, par processus, par action ...)

B- La démarche

1) La gestion des risques a priori

Les acteurs de terrain, réunis en groupe de travail, ont identifié les risques propres à leur secteur puis les ont côtés et hiérarchisés, grâce aux échelles suivantes :

GRAVITE (G)

Niveaux gravité	Echelle	Effets sur la personne
1	Aucune	
2	Faible	Sans gravité physiologique
3	Moyenne	Effets faibles sur la santé et réversibles
4	Grave	Effets graves sur la santé mais réversibles
5	Très grave	Effets sur la santé irréversibles

FREQUENCE D'EXPOSITION AU RISQUE (F)

Niveaux fréquence	Echelle	
1	Nulle	inférieur ou égal à 1 fois par an
2	Très improbable	inférieur ou égal à 1 fois par semestre
3	Improbable	1 fois par mois
4	Probable	1 fois par semaine
5	Très probable	plusieurs fois par jour

MESURES DE PREVENTION (Pv)

Niveaux prévention	Echelle
1	Existantes et efficaces
2	Existantes mais partiellement efficaces
3	Existantes mais inefficaces
4	Existantes mais non adaptées
5	Inexistantes

2) La gestion des risques a posteriori



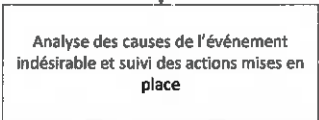
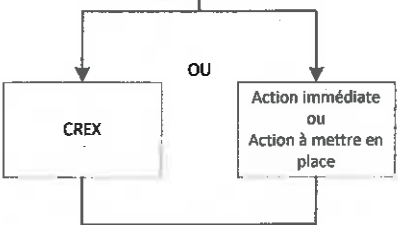
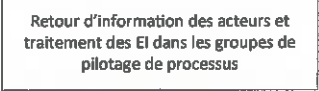

Elle consiste dans la déclaration des événements indésirables.

Un événement indésirable est un événement nuisible ou risquant de nuire à l'utilisateur (patient, professionnel) ou au visiteur, cet événement étant provoqué soit par une absence de procédure, soit par une procédure mal adaptée, soit par le non-respect d'une procédure, soit par l'organisation générale.

Est exclu de la procédure de signalement, tout événement nuisible à l'utilisateur ou au visiteur, lié à une attitude ou un comportement spécifique de professionnel, ce type de problème relevant de la compétence directe de l'encadrement.

Cette fiche n'est pas un outil de délation ou de désignation d'une personne ou d'une fonction, c'est avant tout un outil d'amélioration du fonctionnement interne.

CREX : Comité de Retour d'Expérience : réunion multi-professionnelle pour la recherche des causes (méthode ORION) et la mise en place d'actions d'amélioration suite à un événement indésirable.

QUI	QUOI	COMMENT
Agent déclarant		« Gestion des événements indésirables » (bureau ordinateur)
Agent déclarant		Soutien éventuel de la Cellule Qualité et Gestion des Risques Bureau 36 ☎ 54 97 ou 73 01
Cellule des événements Indésirables		Réunion hebdomadaire de la cellule des événements indésirables. Analyse des causes (CREX) : méthode ORION
		
Cellule des événements Indésirables		Flash Info
Responsable Qualité Gestion Des Risques		Commission de Coordination de la Qualité et Gestion des Risques

3) La coordination des actions

En dehors de la cartographie des risques et pour une coordination globale des projets de l'établissement, le plan d'action qualité en sanitaire et en médico-social est complété avec les actions issues :

- de la réalisation des patients traceurs (un par trimestre dans chacun des services)
- de l'analyse des EI et des CREX,
- des EPP dont RMM,
- des décisions V2014,
- du bilan des actions du PAQ précédent,
- du CAQES,
- des différentes évaluations,
- du bilan et du plan d'actions de la CDU, de l'inter-CLIN, du COMEDIMS,
- du suivi des indicateurs HOP'EN
- du projet d'établissement (dont projet de soins)
- des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- du plan d'action de la filière gériatrique

Le plan d'actions qualité est suivi dans le plan d'action global. Celui-ci comprend deux onglets pour la partie qualité : un volet sanitaire et un volet médico-social.

L'état d'avancement des actions est suivi lors des réunions des groupes de pilotage des processus et en comité de coordination de la qualité et gestion des risques.

Le suivi du plan d'action global est également réalisé en CODIR.

Certaines actions du plan d'actions qualité sont reprises du projet d'établissement présent sur l'intranet.

C- La communication

La communication des résultats des démarches propres au service sera réalisée au cours des réunions de service (binôme : Cadre de Santé / Responsable Qualité)

La communication des résultats des démarches concernant l'établissement dans son ensemble sera réalisée lors des réunions des Cadres de Santé, des instances, à l'occasion de flash info, par des notes d'information.