

QUALITE ET GESTION DES RISQUES – 2022-2026

POLITIQUE

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier de La Châtre est situé dans le sud du département de l'Indre, à 35 km du centre hospitalier de référence de Châteauroux-Le Blanc. A ce titre, il propose la seule offre de soins de proximité dans cette partie du département. Le centre hospitalier a une double vocation : sanitaire et médico-sociale.

Le secteur sanitaire comprend un service de médecine de 25 lits dont 5 lits dédiés aux soins palliatifs, une activité d'hôpital de jour de 3 places (au 1^{er} étage du bâtiment) et un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) de 35 lits répartis en 15 lits au 2^{ème} étage et 20 lits au rez-de-chaussée.

Le secteur médico-social comprend 6 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour un total de 345 places répartis sur 3 sites : La Châtre (4 EHPAD), 1 EHPAD à Aigurande et 1 EHPAD à Cluis.

Le secteur médico-social comprend également un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de 60 places, un SSIAD Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) de 5 places et un centre d'accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée « au fil des mots » de 8 places ouvert 5 jours par semaine.

1. LES OBJECTIFS ET LES ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION ET DE LA CME

La qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients et aux résidents constituent pour le centre hospitalier de La Châtre des enjeux essentiels. Depuis de nombreuses années, les orientations stratégiques de l'établissement se fondent sur les engagements et objectifs suivants en termes de qualité et gestion des risques :

- **L'amélioration et la sécurisation de la prise en charge du patient et du résident** avec la prise en compte de leurs besoins et de leurs attentes
- **La diffusion de la culture sécurité des soins**, la sécurité étant une dimension majeure de la qualité des soins et une des attentes principales des usagers
- **L'amélioration continue de la qualité** qui repose sur l'existence d'une organisation globale et reconnue de gestion de la qualité : analyse a priori et a posteriori des risques, évaluation des pratiques, système documentaire
- **L'inscription des orientations stratégiques de l'établissement au sein de son territoire**

2. L'ORGANISATION

Le centre hospitalier travaille à l'amélioration effective de la qualité et de la sécurité des soins grâce à l'engagement pérenne de la direction, de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), de la direction des soins et de la Commission Des Usagers (CDU) ainsi qu'à l'implication de chaque professionnel médical, soignant, administratif et technique. Le projet d'établissement tient compte de la politique qualité et gestion des risques dans la détermination de ses orientations.

Le responsable qualité et gestion des risques de l'établissement coordonne, avec la direction des soins, la CME, le comité de direction et le président de la CDU, la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement à la fois pour le secteur sanitaire, dans le cadre de la certification et pour le secteur médico-social dans le cadre des évaluations externes.

Rédacteurs (et/ou source(s)) : membres de comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques du CH de La Châtre	Services (ou fonctions) concerné(s) : Tous les services	Validation (nom-fonction et date)	Dr JL. MARSZALEK Président de CME	Signature  Le : 28/11/2023
		Approbation (nom-fonction et date)	S. SOUBRAS Responsable QGDR	Signature  Le : 28/11/2023
		Publication autorisée (nom-fonction et date)	A. CREPIN Directrice déléguée	Signature  Le : 28/11/2023

La démarche d'amélioration continue de la qualité s'articule avec les 4 axes du cercle vertueux de la roue de Deming : PLAN – DO – CHECK – ACT :

- Planifier (PLAN) : déterminer le plan d'actions d'amélioration issus des différentes évaluations (Comité de Retour d'Expérience (CREX), Patient Traceur (PT), Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES), exercices, cartographies, ...)
- Mettre en œuvre (DO) : réaliser les actions d'amélioration
- Evaluer (CHECK) : mettre en œuvre les différentes évaluations : par exemple, le recueil des Indicateurs de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IQSS), la réalisation des Patients Traceurs ou les autres évaluations relatives aux risques identifiés tels que la dénutrition, la prise en charge médicamenteuse, la contention, ...
- Agir (ACT) : à partir des évaluations, déterminer les actions d'amélioration et modifier le plan d'actions et/ou la politique et/ou les documents qualité

3. LE SYSTEME DOCUMENTAIRE

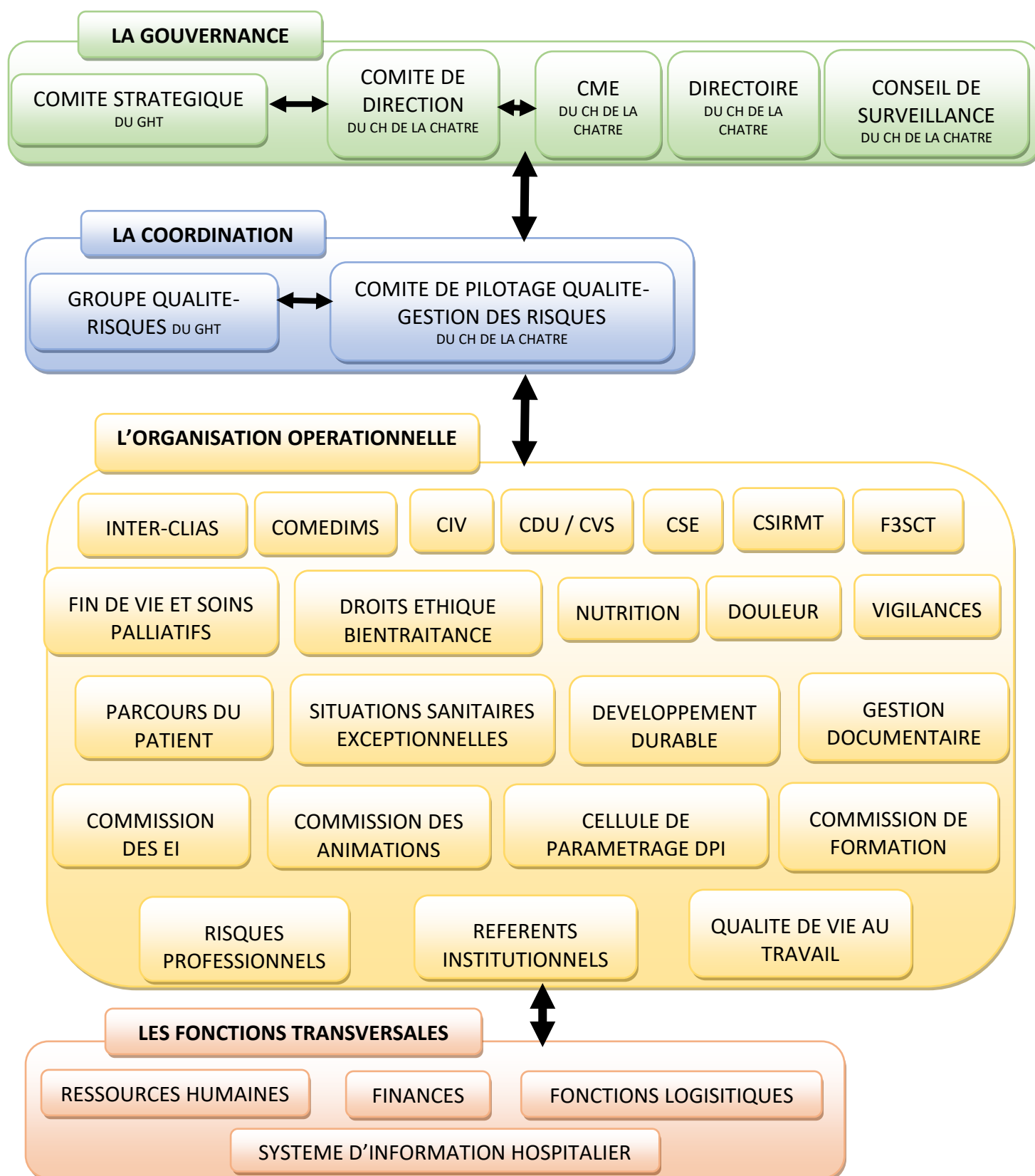
Un accès à la gestion documentaire de l'établissement est installé sur tous les ordinateurs de l'établissement. Il permet une recherche par mot clé des documents.

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

La validation est réalisée par le professionnel « expert » ; l'approbation par le responsable qualité gestion des risques et l'autorisation de la publication par la direction.

Chaque modification fait l'objet d'une nouvelle version du document.

4. LE SYSTEME DE MANAGEMENT GLOBAL DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES



CLIAS : Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSE : Comité Social d'Etablissement

F3SCT : Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

VIGILANCES : pharmacovigilance, matériovigilance, identitovigilance, hémovigilance

CIV : Cellule d'IdentitoVigilance

CDU : Commission des Usagers

CVS : Conseil de Vie Sociale

EI : Evénements Indésirables

DPI : Dossier du Patient Informatisé

5. LES AXES MAJEURS DE LA POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

La politique qualité gestion des risques de l'établissement est articulée autour des 3 chapitres du référentiel HAS :

- a) Pour le chapitre concernant le patient :
 - Favoriser l'écoute, l'implication et la prise en compte de l'expérience du patient dans les soins
- b) Pour le chapitre concernant les équipes de soins :
 - Développer l'évaluation des pratiques, en lien avec la traçabilité dans le DPI et le déploiement de la culture de l'évaluation de la pertinence et des résultats
 - Renforcer la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et développer la réalisation des CREX
- c) Pour le chapitre concernant l'établissement :
 - Renforcer la communication des résultats des évaluations
 - Acquérir un logiciel qualité gestion des risques
 - Réaliser des exercices de gestion de crise au moins une fois par an
 - Actualiser le projet d'établissement et le déployer

6. LA POLITIQUE QUALITE GESTION DES RISQUES AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

Le centre hospitalier de La Châtre fait partie d'un GHT. Dans ce contexte, il participe activement aux travaux du groupe Qualité-Risques du GHT : groupe de travail réunissant tous les responsables qualité gestion des risques des établissements du territoire.

L'enjeu pour ce groupe de travail est de créer une dynamique qualité gestion des risques territoriale à partir :

- du suivi d'indicateurs communs sur le processus management qualité et gestion des risques
- de la gestion commune des événements indésirables
- de la mise en place d'un logiciel commun de management qualité et gestion des risques
- de l'évaluation de la culture qualité sécurité

7. LE PILOTAGE DE LA QUALITE GESTION DES RISQUES

Douleur : 2 cadres de santé (des secteurs sanitaire et médico-social) et l'infirmière « référent institutionnel Douleur »

Fin de vie et soins palliatifs : 3 cadres de santé (des secteurs sanitaire et médico-social)

Transport des patients : 1 cadre de santé du secteur sanitaire

Précarité sociale : 1 cadre de santé du secteur sanitaire

Dossier Patient Informatisé (cellule de paramétrage) : 1 cadre de santé du secteur sanitaire

Nutrition : 2 cadres de santé (des secteurs sanitaire et médico-social)

Contention et Chutes : 3 cadres de santé (des secteurs sanitaire et médico-social)

Bientraitance et réflexion éthique : la directrice des soins

Formation et développement des compétences : la directrice des soins et la responsable ressources humaines

Accueil des stagiaires et tutorat : 1 cadre de santé (du secteur médico-social) et l'infirmière hygiéniste

Risque infectieux : l'infirmière hygiéniste

Prise en charge médicamenteuse : corps médical et pharmaciens

Système d'information : la responsable des systèmes d'information

Qualité de vie et conditions de travail : la responsable des ressources humaines

Document unique d'évaluation des risques professionnels : la responsable des ressources humaines

Droits des patients : 1 médecin membre de la CDU

Situations sanitaires exceptionnelles (plan blanc, plan bleu) : la directrice

Identitovigilance : l'identitovigilant de l'établissement

Hémovigilance : l'hémovigilant de l'établissement

Matérovigilance : le matérovigilant de l'établissement avec le pharmacien

Pharmacovigilance : le pharmacovigilant de l'établissement

Management de la qualité et de la gestion des risques : la responsable qualité et gestion des risques

Gestion des EI : la responsable qualité et gestion des risques

Gestion des documents qualité : la responsable qualité et gestion des risques

8. LA GESTION DU PLAN D' ACTIONS

Le plan d'actions est élaboré, suivi et évalué avec les pilotes de chaque processus en collaboration avec le corps médical.

Il est élaboré en cohérence avec les orientations nationales (Projet Régional de Santé (PRS), Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), Schéma gérontologique du Département de l'Indre) et la stratégie de l'établissement à partir de toutes les données suivantes :

- Résultats des évaluations (audits, recueil des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ...)
- Bilan des événements indésirables (EI) établi en commission des EI et communiqué en réunion de service
- Actions retenues en Comité de Retour d'Expérience (CREX)
- Actions issues du Document d'Analyse d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)
- Actions issues des cartographies des risques
- Actions des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
- Attendus des manuels de certification HAS pour les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux
- Résultats de la précédente visite de certification
- Résultats des démarches d'évaluation du secteur médico-social (EHPAD, SSIAD, SSIAD Equipe Spécialisée Alzheimer, Accueil de jour)
- Réclamations / plaintes
- Résultats des enquêtes de satisfaction
- Résultats des inspections

9. LA COMMISSION DES EVENEMENTS INDESIRABLES (EI)

Une commission des EI hebdomadaire passe en revue les différents EI de la semaine passée. Elle réunit un cadre de santé (participation de chaque cadre selon un planning établi à l'année), la responsable des services économiques, logistiques et des systèmes d'information et le responsable qualité gestion des risques.

Les EI sont anonymisés et font l'objet d'une évaluation de leur criticité et d'une pré-sélection (CREX ou non, envoi au responsable concerné, rencontre du déclarant). La commission des EI peut aussi proposer et/ou valider des actions d'amélioration.

Le retour d'information à propos des EI aux agents déclarants est réalisé systématiquement lors des réunions de service par le responsable qualité, avec le cadre de santé.

7. EVALUATION

La politique qualité gestion des risques de l'établissement sera évaluée annuellement par le biais du bilan du plan d'actions global de l'établissement (nombre d'actions réalisées ou en cours / nombre d'actions retenues), par processus et à travers le suivi d'indicateurs communs sur le processus management qualité et gestion des risques établis par les établissements du territoire.