

La Politique Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins

La Politique Qualité, Gestion des Risques et Sécurité des Soins est définie conjointement par La Directrice de l'Établissement, le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et la Présidente de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (C.S.I.R.M.T.), déclinée au sein des différentes instances et portée à la connaissance de l'ensemble des professionnels de santé de l'Hôpital.

La politique qualité, gestion des risques et sécurité de soins est impulsée, suivie et mise en œuvre par le comité de pilotage pluri professionnels (C.O.P.I.L.) auxquels participent également les représentants des usagers.

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques du Centre Hospitalier BERTINOT JUEL a été actualisée en 2022 suite à l'élection fin 2021 d'un nouveau Président de la Commission Médicale D'Établissement.

Elle prend en compte les :

- les orientations stratégiques de l'établissement,
- les éléments liés à la réglementation,
- les différents résultats des indicateurs nationaux obtenus par l'établissement,
- les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de précédentes visites de certification,
- l'analyse des plaintes et des réclamations et des événements indésirables,
- L'analyse des questionnaires de satisfaction.

Cette politique se décline selon 5 axes :

- Mobiliser les professionnels de santé autour du respect des patients et usagers et de leurs droits,
- Poursuivre le développement de la culture qualité et sécurité,
- Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels,
- Renforcer la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Développer l'engagement de l'établissement dans le développement durable.

Cette politique est caractérisée par :

- L'existence d'un **programme d'amélioration continue de la qualité**,
- Le suivi régulier de ce programme qualité est réalisé par le comité de pilotage qualité et gestion des risques.

Depuis 2015, l'établissement travaille sur la V2014, en désignant les pilotes chargés de décrire les différents processus, leurs risques potentiels et les actions d'amélioration.

De même, la méthode du patient traceur a été mise en place dans l'ensemble des services de soin de l'établissement.

La gestion des risques est déclinée selon le type de risque et l'impact potentiel des risques :

- Traitement du risque a priori,
- Cartographie des risques hiérarchisée,
- Document unique des risques professionnels,
- Traitement du risque a posteriori,

- Signalement des événements indésirables,
- Suivi des enquêtes de satisfaction des patients (questionnaire de sortie),
- Traitement des plaintes et réclamations des usagers.

Cette gestion est assurée par la cellule qualité, composée d'un cadre supérieure de santé et d'une assistante qualité.

Elle est coordonnée dans ce cadre avec les vigilances sous la direction du **coordonnateur médical des risques associés aux soins** et la **direction générale en lien avec les ressources humaines** (risques professionnels).

La cellule qualité est chargée de mettre en œuvre et d'assurer le contrôle des attentes de la Haute Autorité de Santé en matière de sécurité des soins.

L'accent est mis particulièrement sur tout ce qui concerne **les infections nosocomiales**, avec des correspondants hygiène en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du Centre Hospitalier de Beauvais (hôpital support du GHT).

Les réunions régulières du CLIAS permettent la mise en place et l'actualisation des protocoles d'hygiène.

L'établissement est engagé dans le respect des procédures **d'identito-vigilance** (vérification des pièces d'identité et pose d'un bracelet aux patients) et a mis en place une cellule dédiée.

L'objectif est d'apporter une amélioration dans le suivi de l'identité du patient tout au long de son séjour.

QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Dans le domaine plus spécifique **de la qualité et de la sécurité des soins** dispensés aux patients, la politique d'amélioration porte sur :

- **L'amélioration de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse** avec la mise en place de la conciliation médicamenteuse, le déploiement de *PharmaClass* (logiciel qui permet de prévenir la iatrogénie médicamenteuse évitable).

Dans la même optique, la déclaration des erreurs médicamenteuses devra être développée, dans toutes les unités de soins, afin de permettre l'analyse des causes profondes de ces erreurs et la recherche d'actions d'amélioration.

- **L'accompagnement des patients en fin de vie** : il constitue une préoccupation importante des soignants, tant auprès du patient que de ses proches.

Des agents ont pu suivre des formations sur ce thème. Par ailleurs, une convention a été signée avec l'unité mobile de soins palliatifs du CHB, qui est sollicitée au besoin.

- **La prévention des chutes, qui est l'évènement indésirable le plus fréquent chez les patients âgés** : devra bénéficier d'un suivi trimestriel du nombre et de la gravité des chutes. Au CHBJ, la déclaration des chutes est informatisée.
- **La prise en charge de la douleur** : depuis plusieurs années, la lutte contre la douleur est une priorité du Centre Hospitalier BERTINOT JUEL.

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental du malade depuis la loi du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le Code de la Santé Publique dont l'article L1110-5 précise 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 ». La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins.

Il existe au CHBJ un **Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)**. C'est une instance pluri professionnelle, qui est en charge du pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur au travers de plusieurs axes :

- L'élaboration et la mise en œuvre de protocoles et procédures,
 - La formation des professionnels,
 - L'évaluation des pratiques et le suivi des indicateurs,
 - La participation à l'InterClud au niveau du GHT.
- **La prise en charge nutritionnelle des patients** est organisée avec la poursuite de l'amélioration du suivi individuel des patients (poids, IMC, suivi des ingesta...). Le CLAN (comité de liaison d'alimentation et de nutrition) est chargé de veiller à la mise en œuvre de la prise en charge nutritionnelle. Il existe également une commission des menus à laquelle des patients d'USLD participent.

DÉVELOPPEMENT DES ÉVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Cet aspect est un indispensable de l'amélioration de la qualité des soins et de la prévention des risques puisqu'il permet aux professionnels de s'interroger **sur la pertinence des prises en charge** et d'en prévenir les risques.

Cette démarche a débuté lors de la deuxième visite de certification, permettant la mise en place d'un suivi par la CME des différentes démarches et l'enrichissement continu de celles-ci.

Les différents mouvements de personnels et la crise sanitaire ont ralenti cette démarche, qu'il est impératif de relancer. Des démarches nouvelles devront être initiées.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) devront s'intégrer dans le dispositif unique : **le Développement Professionnel Continu (DPC)** reposant sur des principes simples.

Les textes d'application du DPC parus en janvier 2012 placent ainsi tous les professionnels de santé dans la même obligation annuelle : évaluer ses pratiques et faire de la formation continue.

Une orientation différente de ces démarches est initiée avec la mise en place :

- Des staffs hebdomadaires pluri professionnels.

Les RMM (Revue de Mortalité et de Morbidité) et CREX (comité de retour sur expérience) devront être développés.

Fait à Chaumont-en-Vexin, Le 25 mai 2022

La Directrice,

Christine LOUCHET

Le Président de la CME,

Docteur Rachid KASDALI

La Présidente de la CSIRMT,

Evelyne JUNO



