

PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES 2022 - 2026

Introduction

Au sortir de la pandémie, il est nécessaire pour le CHU de Martinique (CHUM) de réinterroger ses pratiques afin de mieux servir la population d'un territoire insulaire dont il est l'établissement de premiers soins, de référence et de recours. Eu égard à cette période et à de fortes contraintes sociales et financières, le CHUM a connu de multiples réorganisations (création en 2013 par fusion de plusieurs établissements) qui pèsent inévitablement sur les pratiques dans le cadre de la prise en charge des patients.

Aussi, les enjeux en matière de Qualité et Gestion des risques doivent dès lors nous amener à consolider les organisations mises en place, à renforcer l'autonomie des pôles dans la démarche Qualité Gestion des Risques, à soutenir l'implication des usagers, et à développer l'expérience patient.

Pour appréhender ces enjeux, la coopération entre la Commission Médicale d'Etablissement (CME), Direction générale et les directions support, les pôles ; et la prise en compte de l'expertise des professionnels, des usagers et des commissions/comités en charge de la qualité et gestion des risques sont une nécessité. Elles sont gages **d'une ligne directrice claire adressée** à la communauté hospitalière et à la communauté des usagers. Elles **engagent l'institution dans la promotion d'une véritable culture qualité sur le terrain.**

Or, l'adhésion des professionnels quel que soit leur catégorie professionnelle s'appuie sur une recherche de sens et réside donc dans la démonstration d'une capacité du CHUM à mener à leurs termes des actions d'amélioration continue des pratiques et des organisations.

Le projet Qualité Gestion des Risques rassemble les axes de travail essentiels en vue de l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient. Il s'appuie donc sur un bilan de notre précédent projet, sur l'analyse a priori des risques, le signalement d'événements indésirables, l'analyse des enquêtes de satisfaction des patients, les résultats de la certification V2014, et les Plans de santé nationaux et autres démarches d'évaluation externes. Il s'intègre dans le projet d'établissement et se décline donc en cohérence avec l'ensemble de ses composantes (projet médical et soignant, capacitaire, projet social, schéma directeur de l'immobilier, schéma directeur du système d'information...).

De ce projet découlera de manière annuelle une politique Qualité Gestion des risques visant à prioriser les objectifs. La mise en œuvre du projet sera ainsi évaluée chaque année. Le bilan annuel est présenté et communiqué aux instances et professionnels de santé du CHUM.

Axe 1

POURSUIVRE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SECURITE A TRAVERS UN PILOTAGE PERFORMANT

Objectif stratégique 1 : Améliorer le pilotage global de la démarche qualité, de la sécurité et de la gestion des risques par thématique en lien avec les différents comités/commissions et les professionnels

Constats / Existants :

- Réserve V2014 Thématique Management Qualité Risques : déploiement inégal de la démarche Qualité Sécurité au niveau des pôles/directions (Cellules Qualité Sécurité des pôles/cellules opérationnelles des pôles)
- Renouvellement de la CME avec de nouvelles sous-commissions / groupes
- Réactivation de la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique) et de ses sous-commissions
- STAFF EIGR (Evénement Indésirables Graves)
- Arrêt du COPIL (Comité de Pilotage) EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) arrêté et du COPIL QR (Qualité Risques)
- Direction Recherche, Qualité Gestion des Risques, Droits des Usagers, Ethique, Standard comportant un Département Qualité Gestion des Risques qui travaille en collaboration avec le PH Coordonnateur GDR et un PH Qualité

Plan d'actions :

Actions principales :

- Réactiver et Positionner le COPIL QR au top Management intégrant et donnant une visibilité à l'ensemble des démarches Qualité et Gestion des Risques du CHUM
- Poursuivre le déploiement du Management par la qualité au niveau des Commissions/Comités/Pôles/services et Directions
- Structurer les démarches QS (Qualité Sécurité) des Pôles/services : objectifs QS à intégrer dans les futurs contrats de pôles

Responsables / pilotes : Directeur général/ Président CME/ Directrice des soins/ Directrice Qualité Gestion des risques

Indicateurs de suivi :

- Nombre de réunions des comités/commissions
- Taux de comités/commissions qui se sont réunis en conformité avec leur règlement intérieur
- Taux de participation moyen aux comités/commissions
- Taux de pôles ayant des indicateurs QS définis dans leurs contrats de pôle

Axe 1

POURSUIVRE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SECURITE A TRAVERS UN PILOTAGE PERFORMANT

Objectif stratégique 2 : Améliorer l'organisation et les outils de la démarche qualité et de la sécurité (gestion documentaire, Fiche d'Événement Indésirable, satisfaction...)

Constats / Existants :

- Réserve V2014 Thématique Management Qualité Risques
- Défaut d'actualisation et de centralisation des documents institutionnels et des Pôles / Directions
- Logiciel qualité risques depuis 2019 opérationnel pour la gestion des EI (Événement indésirables) et non opérationnel pour les autres modules (GED, EPP, Plans d'actions ...)
- Augmentation du retour des questionnaires de satisfaction via la mise en place d'une nouvelle organisation de recueil de la satisfaction patient depuis 2019
- Défaut de communication auprès des équipes des résultats des questionnaires de satisfaction internes et campagne e-satis
- Absence de Revue de Morbi-Mortalité (RMM) dans les secteurs obligatoires

Plan d'actions :

Actions principales :

- Finaliser la structuration du Département Qualité Risques (DQR) accompagnant la démarche au regard des nouvelles échéances (certification V2020)
- Avoir un outil opérationnel de Gestion Electronique des Documents et de Gestion des Plans d'Actions afin d'avoir une gestion centralisée des documents et de suivi des plans d'actions QR
- Diffuser la procédure de gestion des documents Qualité au CHUM actualisée et s'assurer de son appropriation par les équipes
- Formaliser les rôles et attendus des Référents Documentation Qualité (RDQ), des Référents Assurance Qualité (RAQ) et des Référents Indicateurs Qualité (RIQ) dans les pôles et Directions fonctionnelles (fiches de mission, formation...) et compléter leur déploiement au niveau des pôles
- Actualiser les documents présents dans les services (mise à disposition de classeurs, documents DCGS, documents spécifiques ...)
- Déployer la nouvelle politique EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) en promotionnant l'accréditation, les RMM
- Réviser l'organisation de la mesure de la satisfaction patient (interne et nationale) en intégrant l'expérience patient

Responsable / pilote : Directrice Qualité Risques / Président CME/ Directrice des soins

Indicateurs de suivi :

- Taux de présence Classeurs / Documents DCGS actualisés dans les pôles ou services
- Logiciel opérationnel
- Taux de professionnels formés au nouvel outil de GED

Axe 1

POURSUIVRE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SECURITE A TRAVERS UN PILOTAGE PERFORMANT

Objectif stratégique 3 : Améliorer la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des actions d'amélioration

Constats / Existants :

- Réserve V2014 Thématique Management Qualité Risques
- Absence de Plan d'Actions Qualité (PAQ) global
- Nombre insuffisant de Plans d'actions provenant des Pôles et Directions

Plan d'actions :

Actions principales :

- Déployer un outil de PAQ global institutionnel
- Y intégrer tous les plans d'actions issus de différentes sources : EI, EPP, cartographies de risques, certifications et accréditations, évaluations...
- Formaliser et diffuser le Protocole Rédaction d'un PAQ
- Former et accompagner à l'élaboration de plans d'actions

Responsable / pilote : Directrice Qualité Risques

Indicateurs de suivi :

- Taux de plans d'actions existants dans les pôles et directions fonctionnelles, par secteurs, par activités reportés dans le PAQ global
- Taux de plans d'actions clôturés
- PAQ global formalisé

Axe 1

POURSUIVRE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SECURITE A TRAVERS UN PILOTAGE PERFORMANT

Objectif stratégique 4 : Sensibiliser, informer et accompagner le management et les professionnels

Constats / Existants :

- Réserve V2014 Thématique Management Qualité Risques
- Défaut d'implication du management pour la définition des objectifs qualité
- Connaissance insuffisante de la politique et des objectifs qualité par les professionnels

Plan d'actions :

Actions principales :

- Sensibiliser sur les enjeux qualité, gestion des risques et sécurité des soins pour mobiliser le management et les professionnels
- Communiquer auprès des professionnels autour des démarches, des projets, des actions mises en œuvre et des résultats
- Poursuivre l'accompagnement méthodologique du management et des équipes

Responsable / pilote : Directrice Qualité Risques / Département Qualité Risques

Indicateurs de suivi :

- Nombre de Flash Qualité Risques Thématiques diffusés
- Nombre d'actions de communication Qualité Risques réalisées par site
- Nombre de professionnels sensibilisés par catégorie professionnelle

Axe 1

POUR SUIVRE LA STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SÉCURITÉ À TRAVERS UN PILOTAGE PERFORMANT

Objectif stratégique 5 : Améliorer l'anticipation, l'organisation, et la préparation de l'établissement à la gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

Constats / Existants :

- Défaut de Plan de prévention des épidémies (Non-conformité (NC) Réserve V2014 Gestion du risque infectieux)
- Plan blanc non actualisé à l'aune de l'actualisation du Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé – 2019
- Absence d'exercices de simulation

Plan d'action :

Actions principales :

- Actualiser et diffuser le Plan blanc
- Formaliser un plan global de gestion des tensions et des SSE
- Déployer les formations et les exercices de simulation

Responsable / pilote : Direction générale / Département Sécurité - Défense

Indicateurs de suivi :

- Plan blanc et autres plans actualisés et diffusés
- Taux de professionnels formés
- Nombre d'exercices de simulation réalisés

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 6 : S'assurer du respect des droits et de l'information des usagers et promouvoir la bientraitance (personne en situation de handicap, personne âgée ...) notamment en renforçant le partenariat avec les représentants et associations d'usagers

Constats / Existants :

- Réserves Certification V2014

Plan d'actions :

Actions principales :

- Intégrer les représentants des usagers au sein du COPIL QR
- Favoriser la participation des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité, dans l'élaboration de documents d'information destinés aux patients (livret d'accueil, fiches d'informations...), dans la conception de questionnaire de satisfaction
- Poursuivre les collaborations engagées avec les patients experts notamment au travers de leur implication dans les programmes d'éducation thérapeutique
- Associer les patients aux démarches d'amélioration des parcours : recueil de leur expérience lors du déploiement de nouveaux parcours de soins, intégration aux groupes de travail pluri-professionnels
- Impliquer et renforcer le lien avec les usagers dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à travers leur participation aux méthodes de la HAS : Patient traceur, Parcours traceur
- Associer les représentants des usagers dans les mises à jour de la cartographie des risques de maltraitance
- Mettre en œuvre des actions (communication, formation...) visant à améliorer la prise en compte des droits des patients
- Promouvoir des actions en faveur de l'écoute et l'information des patients (témoignages patients...)

Indicateurs de suivi :

- Taux de satisfaction des patients
- Taux de professionnels formés à la bientraitance
- Taux de participation des usagers aux démarches d'amélioration de la qualité et des parcours
- Taux de participation des usagers aux méthodes des patients traceurs et parcours traceurs menés

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 7 : Développer l'expérience patient par le recueil de son vécu lors de son parcours de soin

Constats / Existants :

- Limite du recueil du vécu du patient et de l'utilisateur au travers des plaintes et réclamations uniquement
- Nécessité de développer d'autres modalités du recueil de son vécu lors de son parcours de soin par le développement de l'expérience patient

Plan d'actions :

Actions principales :

- Définir l'Expérience Patient comme étant une priorité institutionnelle
- S'inspirer des différents modèles existants (IFEP (Institut Français de l'Expérience Patient)...), pour mettre en place une démarche adaptée à notre réalité institutionnelle du CHUM, dans son territoire martiniquais
- Développer une coopération en la matière avec les acteurs du territoire (ARS, GipProm...)
- Structurer une démarche et proposer un calendrier d'actions en faveur de l'écoute et l'information des patients (témoignages patients...)
- Intégrer systématiquement l'Expérience Patient dans toutes les démarches visant à une évolution de l'offre de soins (activité, locaux...) du CHUM

Indicateurs de suivi :

- Cellule Expérience patient créée
- Nombre de réunions de Cellule Expérience Patient tenues
- Nombre d'actions en faveur de l'écoute et l'information des patients (témoignages patients...)

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 8 : Impliquer le personnel dans la mise en œuvre et l'appropriation des outils et documents qualité

Constats / Existants :

- Réserve V2014 Thématique Management Qualité Risques

Plan d'actions :

Actions principales :

- Sensibiliser, informer et former les professionnels
 - *Expliquer la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins tant sur le plan théorique que celui de son organisation interne (instances, réseau des référents qualité et gestion des risques, Pôles ...)
 - *Informer de façon systématique les professionnels sur l'état d'avancement de la démarche et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité
 - *Former les professionnels à la démarche qualité
 - *Réaliser des publications et les diffuser (journal interne, intranet ...)
- Valoriser et partager les démarches qualité et gestion des risques portées par les équipes
 - *Favoriser les démarches de Retours d'Expérience (RETEX) entre les professionnels (pédagogie réflexive)
- Développer les méthodes d'évaluation des pratiques pluri-professionnelles
 - *Diffuser prioritairement la méthode du patient traceur ou parcours traceur
 - *Mettre à disposition des outils d'évaluation des pratiques et des prises en charge (analyse des processus, cartographie des risques...)
- Accompagner le déploiement transversal d'outils permettant la sécurisation des données médicales du patient et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions portant sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge à travers :
 - *Un système d'information adapté et robuste
 - *Un dossier du patient unique, informatisé et facilitant l'accès au dossier médical pour les patients

Indicateurs de suivi :

- Taux de démarches de RETEX menés par pôle
- Taux de professionnels ayant participé aux démarches de patients traceurs ou parcours traceurs
- Taux de professionnels ayant été formés à la démarche qualité et aux outils qualité
- Nombre de supports de communication formalisés

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 9 : Réduire les risques en améliorant l'utilisation de l'outil de signalement des EI (événements indésirables) et en poursuivant l'analyse des risques a priori

Constats / Existants :

- Charte de déclaration des EI
- Déclaration des EI via un logiciel en ligne de signalement des EI : Bonne appropriation de l'outil par les professionnels
- Circuit du traitement des FSEI (Fiche de Signalement des Evénements Indésirables) validés et suivis (en coopération entre le Département Qualité Risques (DQR) et les pôles/directions fonctionnelles
- Nécessité d'améliorer la pertinence des FSEI (niveau de gravité en lien avec l'impact patient) et leur complétion (manque d'exhaustivité dans les rubriques relevant de la pré-analyse, des plans d'action...)
- Difficulté pour faire évoluer l'outil face à des bugs et nécessité de changement de certains circuits de traitement
- Une analyse des risques a posteriori limitée à certains secteurs

Plan d'actions :

Actions principales :

- **Poursuivre les sensibilisations** des professionnels au **signalement des évènements indésirables** en s'appuyant sur la charte de confiance validée par la direction générale, la CME et la direction des soins.
- **Améliorer la pertinence** du signalement des évènements indésirables et notamment des Evènements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS).
- **Améliorer la traçabilité et le suivi** des actions correctives et préventives en les intégrant au plan d'actions qualité sécurité des soins des pôles ou de l'établissement.
- Continuer la formation des professionnels à l'utilisation du logiciel de signalement des EI
- Continuer à déployer l'analyse de risques a priori
- Mettre à disposition des outils simples pour favoriser les déclarations et diffuser les résultats

Indicateurs de suivi :

- Nombre de FSEI déclarées,
- Taux de EI indésirables ayant eu une analyse des causes,
- Suivi des plans d'action EI graves

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

**Objectif stratégique 10 : Améliorer la maîtrise des activités et des processus à risques
RISQUE INFECTIEUX - MEDICAMENTS - MEDECINE NUCLEAIRE - RADIOTHERAPIE -DOSSIER
PATIENT - SALLE DE TRAVAIL - LACTARIUM**

Constats / Existants :

Suite à la certification V2014 :

- Des non-conformités majeures ont été relevées pour le risque infectieux, la prise en charge du médicament
- Des non conformités ont été relevés pour le parcours patient, les droits des patient et la prise en charge des urgences et soins non programmés
- Des plans d'actions ont été formalisés

Suite à la visite de l'ASN en 2022,

- Des écarts ont été signifiés notamment pour la médecine nucléaire

Plan d'actions :

Actions principales :

- Assurer le suivi de la mise en œuvre des actions pour lever les non-conformités majeures, non-conformités, écarts et les points sensibles, au regard des différentes inspections, audits et visites d'organismes extérieures.

Indicateurs de suivi :

- Taux d'actions réalisées

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 11 : Assurer le fonctionnement des vigilances et de la veille réglementaire

Constats / Existants :

- La veille réglementaire est assurée par la Direction générale, les directions fonctionnelles ainsi que par le département Qualité Risques et les secteurs soumis à des démarches d'évaluation spécifiques
- La coordination des vigilances est assurée par un coordonnateur des vigilances. Les différentes vigilances sont intégrées dans cette coordination des vigilances.
- Il y a actuellement un défaut d'actualisation et de connaissances de cette organisation.

Plan d'actions :

Actions principales :

- Actualiser l'annuaire des correspondants en vigilances
- Sensibiliser sur les alertes descendantes ascendantes
- Structurer et consolider la veille règlementaire
- Analyser les causes des EI graves liés aux vigilances

Indicateurs de suivi :

- Rapport d'activité de la coordination des vigilances et des différentes vigilances
- Nombre de EI graves liés aux vigilances
- Suivi des plans d'actions liés aux EI graves

AXE 2 :

GARANTIR ET OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE ET SECURITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 12 : Poursuivre l'amélioration des pratiques au travers des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)

Constats / Existants :

- Réserves Certification V2014

Plan d'actions :

Actions principales :

- Former les professionnels identifiés :
 - *aux méthodologies d'évaluation des pratiques
 - *aux méthodologies d'évaluation terrain HAS V2020
- Développer l'accréditation des médecins et des équipes

Indicateurs de suivi :

- Taux de pôles ayant une EPP
- Nombre de médecins/d'équipes accrédités

AXE 2 :

GARANTIR et OPTIMISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DES RISQUES EN IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Objectif stratégique 13 : Mettre en œuvre les moyens pour assurer la conformité aux différents dispositifs d'évaluation externes de la qualité

- Certification HAS
- Poursuite et Accompagnement des démarches de certification ISO, Agence de Biomédecine, COFRAC ...
- Communication interne et externe des résultats

Constats / Existants :

- Niveau de certification critique D avec SURSIS dans le cadre de la Certification V2014 (Mai 2019) :
 - *Des non-conformités majeures ont été ciblées sur le Management de la Qualité, le Risque infectieux, la Prise en charge Médicamenteuse
 - *Des plans d'actions ont été formalisés pour lever ces réserves sur ces trois thématiques
- Report de la visite de suivi prévue en 2020 sur ces trois thématiques par la HAS au vu du contexte sanitaire et sociale entre 2020 et 2021
- Validation d'un passage à la certification V2020 en mars 2022
 - *Visite HAS Certification V2020 prévue en Avril 2023 ;
- Compte tenu du délai imparti, priorisation par le COPIL Qualité Risques d'un programme 2022-2023 sur les 17 critères impératifs, le suivi des actions d'amélioration sur les réserves des 3 Thématiques de la certification V2014
 - *Montée en charge progressive sur 4 ans soit :
 - 2022-2023 : 17 critères impératifs + 1 avancé
 - 2024 : 52 critères standards + 2 avancés
 - 2025 : 52 critères standards + 2 avancés
- En parallèle, d'autres démarches d'évaluation externe sont en œuvre

Plan d'actions :

Actions principales :

CERTIFICATION HAS

- Information et formation sur la démarche HAS des professionnels de santé
- Accompagnement des groupes de travail par le Département Qualité Risques
- Evaluation interne par les méthodes HAS
- Mise en œuvre d'actions d'amélioration suite à ces évaluations internes
- Suivi de ces actions d'amélioration

AUTRES DEMARCHES D'EVALUATION EXTERNE

- Accompagnement des professionnels aux différentes démarches
- Mise en œuvre d'actions d'amélioration
- Suivi de ces actions d'amélioration

Indicateurs de suivi :

- Taux d'actions réalisées

AXE 3 :

VEILLER A LA MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE, GESTION DES RISQUES ET SECURITE COORDONNEE AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Objectif stratégique 14 : Organiser en lien avec les membres du GHT la mise en œuvre d'une démarche commune

Constats / Existants :

- Existence d'un réseau régional de qualitiens et gestionnaires des risques mais peu d'échanges entre le CHUM et les membres du réseau
- Décalage entre l'échéance de visite V2020 HAS du CHUM et celle des autres établissements de l'île
- Définition de valeurs au sein du Département Qualité Risques du CHUM

Plan d'actions :

- Définir des valeurs, base d'une Politique Qualité Risques commune
- Partager et faciliter les stratégies de mise en œuvre de la Certification V2020
- Réaliser des patients ou parcours traceurs inter-établissements et autre audits croisés
- Proposer des axes de travail partagés sur le territoire (audits, protocoles)
- Formaliser et suivre des plans d'actions communs

Indicateurs de suivi :

- Taux de présence de représentants du CHUM aux réunions du Réseau
- Valeurs, bases d'une Politique Qualité Risques commune, définies