

PAQSS

*Programme d'Amélioration de la
Qualité et de la Sécurité des Soins*



Centre Hospitalier de Vannes

*Projet Qualité
Gestion des Risques*

2013/2017



Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

***Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement***

Document n° : QPR.PE.PJ.002

Date d'application : Septembre 2013



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement**

**Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013**

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
1.1	Présentation du cadre	2
1.2	Méthodologie de préparation du projet Qualité Gestion des Risques 2013/2017	3
2	BILAN DU PROJET QUALITÉ/GESTION DES RISQUES 2007/2011	8
3	THÉMATIQUE 1 : LE PATIENT CO-ACTEUR DE SA SANTÉ	11
4	THÉMATIQUE : TABLEAUX	12
5	THÉMATIQUE 2 - DÉVELOPPER LA CULTURE DE SÉCURITÉ	12
6	THÉMATIQUE - TABLEAUX	16
7	THÉMATIQUE 3 DE LA QUALITÉ AU JOUR LE JOUR VERS « LA QUALITÉ »	16
8	THÉMATIQUE - TABLEAUX	20
9	CONCLUSION	23
10	CALENDRIER	24



Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement**

**Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013**



1 INTRODUCTION

Le projet qualité-gestion des risques se construit en cohérence avec le projet médical 2013/2017. Il s'appuie sur l'analyse des résultats du précédent projet Qualité Gestion des risques 2007/2001, sur les axes recommandés par le programme national pour la sécurité des patients (PNS 2013/2017) et le PRS IDF (Défi n° 2 Renforcer la qualité de l'offre de santé francilienne par la coopération de tous). Il se fonde également sur les recommandations de la HAS et de la bibliographie internationale.

Il se propose d'accompagner le passage d'une démarche qualité répondant aux exigences externes à l'intégration d'une culture qualité dans la pratique au quotidien. Cette démarche participera pleinement à l'évolution du CHG dans le territoire de santé.

Ces objectifs entrent dans le cadre d'une amélioration de l'efficacité de l'établissement ^[1]. Il prend ainsi la forme d'un **PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SECURITE DES SOINS (PAQSS)**.

Le projet se concentre en matière de qualité et de sécurité sur la capacité à assurer aux usagers la réponse la plus adaptée à leurs besoins.

Trois domaines complémentaires d'évolution profonde de la culture professionnelle permettent de constituer un facteur de cohérence des évolutions institutionnelles et de changement en profondeur du regard de l'institution :

- la qualité, « *la capacité, des services de santé destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » ^[2]
- la gestion des risques, « *une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins* » ^[3]
- les relations avec les usagers ^[4].

^[1] *Le coût de la non-qualité dans l'organisation des services ou des prestations est préjudiciable aussi bien pour les établissements ou les professionnels qui y exercent que pour les usagers qui y ont recours. (PRS IDF)*

^[2] *Committee on Quality of health care in America, Institute of medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The national academies press; 2001.*

^[3] HAS

^[4] *La place des usagers dans le système de santé est profondément modifiée. Au-delà du respect du droit des malades et de la vie des instances régionales de démocratie sanitaire, de plus en plus de patients veulent être acteurs de leur propre santé. (PRS IDF)*



1.1 Présentation du cadre

La Qualité et la Gestion des risques au Centre Hospitalier de Gonesse sont structurées depuis le Projet Qualité remontant à 1999.

3 projets ont été menés à terme : 1999/2004, 2003/2006 et 2007/2011.

Depuis la mise en œuvre du projet de 2007, le cadre réglementaire a évolué à l'aune de la mise en œuvre de la loi HPST (N° 2009-879 du 21 juillet 2009). La Loi impose aux établissements de santé de mettre en œuvre et d'élaborer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux activités.

Cette responsabilité requière une politique conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Établissement-CME.

La CME voit son rôle largement renforcé dans ce domaine, (Décret 6144-2 et 6144-3). Il appartient à la CME de proposer à la Direction un programme d'action et de travailler à ce programme avec la CRUQPc (Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) et la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique) (R 6144-2-2 et R 6164-5).

La coordination de la gestion des risques associés aux soins est confiée à un représentant de l'établissement (R 6111-4) - un coordonnateur de la prise en charge médicamenteuse est requis (arrêté du 6/4/2011).

La relation avec les usagers est également renforcée : la diffusion publique et l'opposabilité des indicateurs (6144-1 et 6161-2) est mise en œuvre.

La direction qualité s'est dotée d'appuis institutionnels par l'existence d'un comité de pilotage qualité particulièrement actif à l'occasion des procédures de certification. Il est composé des présidents de toutes les commissions de vigilance et de toutes les commissions transversales en charge de la prise en charge du risque et/ou de la qualité.

L'évolution réglementaire de la prise en charge de la sécurité des patients a conduit à une réorganisation de fond. La direction qualité a été transformée en Département Qualité/ Gestion des Risques et Clientèle dont la responsabilité a été confiée à un médecin à temps plein, chargé du département, coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et référent à la direction générale. Il est l'interlocuteur privilégié du président de la CME afin d'inclure les éléments de discussion liées à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des patients dans les programmes de la CME.

1.2 Méthodologie de préparation du projet Qualité Gestion des Risques 2013/2017

Le comité de Pilotage (COFIL- Annexe 1) s'est réuni le 16/4/2013 sous la présidence de Monsieur Jean Pierre BURNIER, Directeur.

Au cours de ce Comité de Pilotage le bilan du précédent projet (PQGR 2003/2006) a été réalisé.

Les projets nationaux (Programme National pour la sécurité des patients 2013/2017^[1]) et régionaux (Programme Régional de Santé IDF 2012/2016^[2]) ont été présentés.

Le COFIL a validé les options suivantes :

- le projet doit s'appuyer sur le suivi des démarches de certification antérieures,
- il doit être en cohérence avec les orientations du projet médical,
- il doit être en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques – HAS et bibliographie internationale ^[3].

Le COFIL a validé la proposition de présenter le projet 2013/2017 sous la forme d'un **PAQSS, Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins** en trois thématiques :

- 1) Le patient co-acteur de sa santé,
- 2) Le développement de la culture de sécurité,
- 3) Le management au cœur de la gestion.

Un sous-groupe est constitué pour décliner chacune des trois thématiques (Annexes 2-3-4) .

Chaque sous-groupe s'est réuni 3 ou 4 fois.

Pour chaque thématique, ont été définis des axes stratégiques, des objectifs, des actions, un pilote, un calendrier. Une méthode d'évaluation et des indicateurs ont été choisis. La diffusion des travaux de chaque sous groupe a été assurée à tous les professionnels participant au projet, au fur et à mesure de la construction du programme, pour une coordination transversale optimale.

Le COFIL valide la proposition finale le 20 juin 2013. Le projet est ensuite validé par la CME et présenté en Conseil de Surveillance.



[1]



[2]

[3] Shekelle P., Pronovost P., Watcher R., McDonald K., Schoelles K., Dy Sydney, Shojana K., Reston J., Adams A. et al

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now, Ann Intern Med. 2013;158:365-368.



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

*Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement*

*Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013*

ANNEXE 1 : Liste du Comité de Pilotage

Titre	NOM	Fonction	Secteur / service
Madame	AUTRAN	Directeur Adjoint	DSI
Monsieur	BARATTER	Représentant des usagers	
Docteur	BARROIS	Médecin Coordonnateur	DQGR
Madame	BENAOMAR	Directeur Adjoint	DST
Docteur	BERTRAND	Présidente	COMEDIMS
Monsieur	BOUSQUIE	Directeur adjoint	DRH/DAM
Monsieur	BURNIER	Directeur	DG
Madame	De la CHAPELLE	Directeur Adjoint	Dafl
Monsieur	DUFOUR	Cadre Sup. de Pôle	Pôle 10
Madame	FRASSA	Coordinateur général des soins	DSS
Madame	GASSER	Directeur adjoint	DAF
Madame	GERMINET	Cadre Assistante Sociale	Service Social
Monsieur	GUELLERIN	Responsable clientèle	DCCQ
Docteur	HUGUET	Présidente du CLUD	UMSA
Madame	JAUNEAU	Cadre Sup. de Pôle	Pôle 2
Madame	KURER	Représentante du CTE	NHG
Monsieur	LANDOULSI	Responsable Gestion des Risques	DQGR
Docteur	LAUSSINE-SAUTY	Représentante du CLIN	Pharmacie
Madame	LESOUF	Cadre Sup. de Pôle	Pôle 3
Docteur	MARTINEZ	Présidente du CLAN	Médecine
Madame	NICOL	Directeur des soins	DSS
Madame	PAVAUX	CS Sage-femme	Pôle 1
Madame	PERRU	Cadre Sup. de Pôle	Pole 9
Madame	PETREMANN	Représentante des usagers	
Madame	RUBBENS	Responsable Qualité	DQGR
Docteur	SEBBAH	Président	COVIRIS
Docteur	SERET-BEGUE	Présidente CRFMC et Commission EPP	Médecine
Monsieur	SULTY	Cadre Sup. de Pôle	Pôle 8
Docteur	VENUTOLO	Président de la CME	Pole 4



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement**

**Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013**

ANNEXE 2 COMPOSITION DU SOUS GROUPE Thématique 1 - le patient co-acteur de sa santé

BARATTER Marc	Représentant des Usagers	
BARROIS Brigitte	Médecin Coordonnateur	DQGR
BOITEL Stéphanie	IDE	EOH
CERNESSON Chantal	Secrétaire Référente	Pôle 4
DESCOMBES Sylvie	PH	Médecine
GERMINET Danièle	Responsable	Service Social
GOMES Déolinda	IDE	DSS
GUELLERIN Christophe	Adjoint Administratif	DQGR
HUGUET Sophie	PH	Oncologie
LAME BOURGUIGNON	Cadre Sup. de Santé	Imagerie Médicale
LE NAVENTURE Caty	Cadre Sup. de Pôle	Pôle 6
LEMOINE Véronique	IDE	DSS
MARTINEZ Monique	PH	Médecine
QUESNOT Aude	Cadre de Santé - Rééducateur	MPR
RUBBENS Nelly	Responsable Qualité	DQGR
TOLEDANO Dany	PH	Réanimation Polyvalente



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement**

**Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013**

ANNEXE 3 COMPOSITION DU SOUS GROUPE Thématique 2 - le développement de la culture de sécurité

BARROIS Brigitte	Praticien Hospitalier	DQGR
BENAOMAR Myriam	Directeur Adjoint	DST
BERTRAND Françoise	PH	Pharmacie / Stérilisation
BOITEL Stéphanie	IDE	EOH
BOUSQUIE Florent	Directeur Adjoint	DRH / DAM
Elias OSSAM	Chef de Pôle	Pôle 1
HIVERT NISSET Béatrice	Secrétaire Médicale	Archives Centrale
Karine GOURLAIN	Praticien	LABO
KHELIL Ahmed	Praticien Hospitalier	LABO
LANDOULSI Jébril	Responsable Gestion des Risques	DQGR
NICOL Sylvie	Directeur des Soins	DSS
PAVAUX Hélène	Cadre Sage Femme	Gynécologie Maternité
RUBBENS Nelly	Responsable Qualité	DQGR



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**Qualité et Prévention des Risques
Politique d'Établissement**

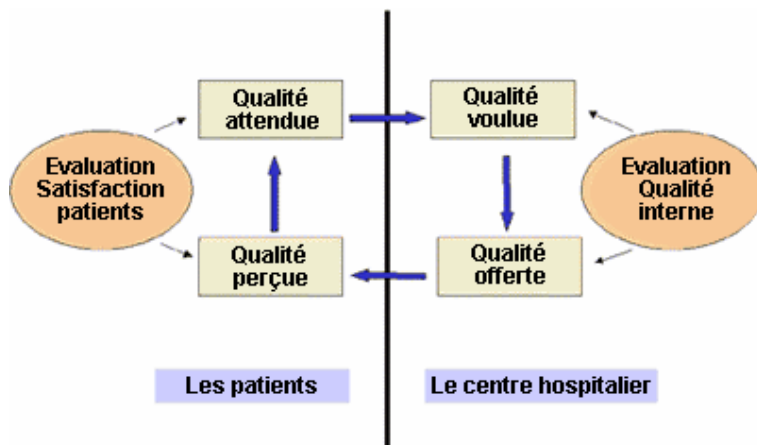
**Document n° : QPR.PE.PJ.002
Date d'application : Septembre 2013**

ANNEXE 4 COMPOSITION DU SOUS GROUPE Thématique 3 - de la qualité au jour le jour vers « LA QUALITE »

AUTRAN Martine	Directeur	DSIO
BARROIS Brigitte	Médecin Coordonnateur	DQGR
BOITEL Stéphanie	IDE	EOH
COLIN Marie Odile	Cadre Sup. de pôle	Pédiatrie
DIONISIO Astrid	Secrétaire Référente	MPR
DUFOUR Marc	Cadre Sup. de Pôle	LABO
FRASSA Isabelle	Directeur des Soins	DSS
GASSER Valérie	Directeur Adjoint	DSF
GOURLAIN Karine	PAC	LABO
HAKIM Marc	Praticien Hospitalier	DIM
LABERGÈRE Olivier	Chef de Pôle	Psychiatrie adulte
LAUSSINE SAUTY Stéphanie	PH	Pharmacie
PAUWELS Arnaud	Chef de Pôle	Pôle 5
VIRZI Isabelle	Cadre de Santé	DSE
RUBBENS Nelly	Responsable Qualité	DQGR

2 BILAN DU PROJET QUALITÉ/GESTION DES RISQUES 2007/2011

Le projet 2007/2011 était orienté sur trois grands axes et centré sur les objectifs proposés par l'HAS.



-L'axe « Qualité » était diversifié avec les certifications, les indicateurs de performance, l'amélioration des pratiques professionnelles mais également de la satisfaction des usagers, le suivi des commissions CLAN, CLIN, CLUD et la gestion documentaire.

-L'axe « Gestion des Risques » était orienté vers le suivi des évènements indésirables et des vigilances avec la COVIRIS, le COMEDIMS, le CLIN, l'Identitovigilance. Les risques professionnels ont été pris en compte par le document unique.

-Le troisième axe lié aux relations avec les usagers s'est orienté vers le développement de la CRUQPEC et la gestion des questionnaires de satisfaction, des demandes de dossier, des plaintes et réclamations.

Un pan complémentaire sur le développement durable s'est également construit tout au long de sa réalisation.

Bilan des 6 axes stratégiques et des 27 actions :

2.1 Axe 1 : évolution des pratiques et dynamique d'amélioration.

Sur les 5 actions qui ont été programmées, 4 actions ont atteint un niveau de réalisation dépassant 80% des objectifs : la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en compte de la dénutrition nosocomiale, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et le développement des audits internes.

En revanche la dernière action concernant la structuration d'une politique EPP n'a pas été totalement conduite. 35 EPP indépendantes ont été engagées et sont poursuivies dans tous les champs de l'établissement. Mais une politique coordonnée reste à définir.

2.2 Axe 2 : l'écoute clients

2 actions ont atteint le niveau attendu : l'amélioration des relations avec la clientèle et l'amélioration de l'accueil dans l'établissement. La politique d'accueil dans l'établissement est développée dans tous les secteurs, en particulier pour les populations en difficultés (personnes à mobilité réduite, déficients auditifs et visuels).

En revanche, le recueil de la satisfaction des usagers n'est développé que dans certains pôles. Le pourcentage de retour des questionnaires de sortie reste inférieur à 10%. L'analyse des plaintes et réclamations est exhaustive. Le nombre de réclamations reste stable. Le respect du délai de transmission des dossiers médicaux est difficile en cas d'hospitalisation dans plusieurs unités.

Le développement de la relation clients / fournisseurs a été finalisé avec quelques contractualisations (DSEL, Stérilisation, Laboratoires) mais la dynamique est complexe et tous les secteurs de l'établissement ne sont pas concernés.

2.3 Axe 3 : reconnaissance extérieure de qualité et sécurité.

La certification V2010 s'est déroulée à partir de la visite des experts visiteurs en mars 2011.

Les recommandations et les réserves opposées initialement étaient importantes car elles faisaient écho à des PEP (prises en charge prioritaires) pour lesquelles les exigences de la HAS sont élevées. Des actions d'amélioration ont été réalisées et suivies.

Les réserves et 4 recommandations ont pu être levées à la suite du rapport intermédiaire réalisé en août 2012.

	Visite initiale	Rapport de suivi
8.h (Bon usage des antibiotiques)	Recommandation	Décision levée
PEP 12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation
PEP 15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Court Séjour	Réserve	Décision levée
PEP 15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Santé mentale	Réserve	Décision levée
PEP 15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
PEP 15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP))	Recommandation	Décision levée
Certification avec 2 réserves et 5 reco.		
		⇒ Certification avec 1 reco.

L'établissement a ainsi été certifié en décembre 2012, avec une seule recommandation pour la prise en charge de la douleur somatique en santé mentale.

La service de stérilisation centrale est certifié ISO 9001 (6 certifications consécutives depuis 2007).

Le projet de développer des démarches de labellisation n'a pas pu être mené à terme.



2.4 Axe 4 : gestion et prévention des risques liés aux activités.

L'Identitovigilance a fait l'objet de procédures affinées et étendues à l'ensemble de l'établissement conformément aux attentes de la HAS.

L'organisation de la gestion de crise endogène et exogène est formalisée et actualisée sous forme de plans. Les simulations n'ont pas été menées.
En revanche 3 actions n'ont pas été finalisées.

La gestion des risques professionnels : une cartographie des risques à priori est élaborée dans le document unique. Malheureusement l'actualisation du document unique reste difficile.

Les risques à priori sont encore en cours d'analyse par une cartographie en voie de modélisation et n'est pas évaluable.

La traçabilité de l'analyse « bénéfique /risque » s'inscrit dans l'amélioration de l'information délivrée aux patients. 3 évaluations ont été conduites en mai 2006, début 2007 et août 2010.
La traçabilité approche, voire dépasse 80% dans quelques secteurs. Mais on observe que certains services à haut risque n'atteignent pas 30%.

Les risques a posteriori sont enregistrés dans des fiches d'évènements indésirables dont le nombre et la pertinence augmentent.

La COVIRIS est en place et élabore un bilan annuel des commissions des vigilances ainsi que des projets d'amélioration de la gestion des risques. Un CREX est formalisé et la charte de non-punitivité a été signée par la Direction.
Des formations à l'annonce d'un dommage lié aux soins destinées aux équipes médicales et paramédicales, sont mises en place (3 sessions par an).

2.5 Axe 5 : développement des outils et soutien aux démarches d'amélioration.

3 actions ont été mené à terme et évaluées. Le suivi des indicateurs qualité est en place avec une déclinaison tant au niveau institutionnel que par unité de soins et par regroupement polaire. La mise à disposition des usagers est organisée.
L'amélioration de la gestion documentaire et du dossier patient a pu être réalisée avec des évaluations du contenu et du circuit.

Mais, la réflexion éthique ainsi que la prise en charge de la maltraitance ont été partiellement développées et ciblées sur certaines pathologies ou certaines typologies de patients.
Enfin, la formalisation d'une politique de maintenance préventive et curative, avec une organisation coordonnée n'a pas pu être développée.

2.6 Axe 6 : communication, formation et sensibilisation.

L'ensemble des actions retenues a été largement développé.
En particulier les actions de formation sur la qualité ont été régulièrement menées et évaluées.
La communication en externe sur les résultats de certaines actions a pu être réalisée avec des posters ou des communications orales dans différents congrès de spécialités (escarres, douleur, hygiène des mains...)
La communication interne des indicateurs et / ou des projets qualité et sa déclinaison par pôles est conduite de façon hétérogène.
Des outils à destination des usagers ont été élaborés par les professionnels de différents secteurs d'activité.

3 THÉMATIQUE 1 : LE PATIENT CO-ACTEUR DE SA SANTÉ

Présentation.

La présentation du programme est formalisée avec : des axes stratégiques. Chacun des axes stratégiques vise un ou plusieurs objectifs, confié(s) à un pilote (ou un binôme). Les objectifs ont été retenus en cohérence avec les éléments cités en introduction et une mention y est faite dans la présentation synthétique (*note de bas de page*). Le calendrier est formalisé et défini. L'évaluation est programmée au moyen d'indicateurs précisés. La présentation détaillée est faite sous forme de tableaux.

Principes

- Il faut une communication renforcée pour améliorer les échanges et prendre en compte la dimension médico psycho sociale du patient sur l'ensemble de son parcours.
- Il faut que les professionnels acceptent que l'utilisateur soit co-responsable de son parcours de soin.

La thématique 1 comporte 2 versants et 5 axes stratégiques :

1. LE VERSANT QUALITÉ POUR DES USAGERS CO-RESPONSABLES A 3 AXES STRATÉGIQUES QUI VISENT PLUSIEURS OBJECTIFS :

1.1 Prendre en compte la conception, par le patient et son entourage, de sa prise en charge.

- Renforcer l'évaluation de la satisfaction des usagers sur l'intégralité du séjour ^(1,2)
- Créer un espace pour favoriser la participation active du patient et de son entourage aux actions d'amélioration ⁽²⁾
- Structurer l'accès au dossier du patient ^(3, 4/ axe9)

1.2 Promouvoir l'ETP

- Développer les programmes d'ETP dans les pôles de soins ^{(4/ axe1,5,9)(5)}

1.3 Promouvoir le respect des droits et libertés et l'écoute des patients et de leur entourage

- Développer la culture de bientraitance ⁽³⁾
- Étoffer la démarche éthique ^(6- critère 13a)

2. LE VERSANT SÉCURITÉ POUR DES USAGERS CO-RESPONSABLES A 2 AXES STRATÉGIQUES QUI VISENT PLUSIEURS OBJECTIFS :

2.1 Renforcer la communication avec l'utilisateur et son entourage sur les items suivants :

- Identitovigilance ⁽⁶⁾
- Analyse bénéfico-risque ^(2,6)
- Signalement des Événements Indésirables par l'utilisateur ^(7- action 1.2)
- Observance ⁽⁴⁾

2.2 Faciliter le rôle des usagers au moyen de :

- La Charte des usagers ⁽⁵⁾
- La Crupec en lien avec l'ouverture d'une maison des usagers ^(7-action1.3)

¹ loi 4 mars

² PQGR 2006/2011

³ recommandation ARS et HAS

⁴ projet médical

⁵ PRS

⁶ suivi des procédures de certification (V 2010 et V2)

⁷ PNS

⁸ recommandations bibliographiques 2013



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

4 THÉMATIQUE 1 : TABLEAUX

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
1.1 Prendre en compte la conception, par le patient et son entourage, de sa prise en charge	Renforcer l'évaluation de la satisfaction des usagers sur l'intégralité du séjour	Analyser les questionnaires de sortie Enquête téléphonique	2014 2014	Clientèle Clientèle	Tx réponse % de satisfaction Tx de retour des Q de sortie	Annuel avec retour à la CRUQPC et discussion
	Renforcer l'évaluation de la satisfaction des usagers sur l'intégralité du séjour : patient acteur	Enquête polaires annuelles	2014	pole	Nbre d'enquêtes	Bilan contrat de pôle
	Créer un espace pour favoriser la participation active du patient et de son entourage aux actions d'amélioration	Intégrer les propositions d'amélioration des patients	2016	pole	Nbre de propositions enregistrées Tx de participation des patients aux actions d'améliorations	
	Structurer l'accès dossier patient = par l'usager acteur et par l'entourage	Harmoniser les pratiques Formation des professionnels Amélioration des modalités d'accueil Amélioration des modalités de sortie (type documents et délais de transmission)	2013 2014 2013 - 2014	CME CFMC déclinaison par Pole	Audits Nombre de professionnels formés IPAQSS	Annuel
1.2 Promouvoir l'ETP	Développer les programmes d'ETP dans les pôles de soins	Évaluer les besoins avant l'entrée dans le NHG Prioriser les projets Former des équipes pluridisciplinaires Accompagner les équipes pour la labellisation	2014 2015 2014 2015	Coordo. du centre ETP	Nbre de professionnels formés Nbre de programmes labellisés Activité (file active, équipe, programme)	2017



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
1.2 Promouvoir le respect des droits et libertés et l'écoute des patients et de leur entourage	Développer la culture de bientraitance	<i>Identifier le concept de bientraitance (réaliser un audit)</i>	2013 à 2017	Comité d'éthique	Résultat audit Nbre de professionnels formés Nbre et diffusion des chartes	Bilan de pôle
		<i>Structurer la politique de bientraitance :</i> - Organiser la formation des professionnels - Déployer la charte de bientraitance en s'appuyant sur l'existant				
		<i>Améliorer la bientraitance au travail en s'appuyant sur les propositions faites au cours de la formation « management »</i>	2014-2015	CHSCT	Chiffres du bilan social	annuelle
	Etoffer la démarche éthique	<i>Organiser la prise en compte des directives anticipées</i>	2014	Comité d'éthique	CR comité d'éthique	annuel
		<i>Favoriser la prise en charge des patients :</i> - En fin de vie - En soins palliatifs <i>En développant les actions de formation et d'accompagnement</i>	2013-2017	UMSA	Nbre d'intervention Nbre d'intervention Nbre d'actions de formation	annuel



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
2.1 Renforcer la communication avec l'utilisateur et son entourage	Impliquer les usagers dans l'identitovigilance	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Consolider la démarche auprès des professionnels</i> - <i>Accentuer la sensibilisation des usagers</i> - <i>Responsabiliser usagers et professionnels</i> 	2013	GDR COVIRIS	Analyse des signalements	annuel
	Accroître la place de l'utilisateur dans l'analyse Bénéfice Risque	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inciter les professionnels à présenter le bénéfice – risque</i> - <i>Intensifier la traçabilité de l'information</i> 	2014 - 2015	CME Qualité	Résultat des audits de suivi	triennal
	Favoriser la participation des usagers et de leur entourage à la déclaration des EI	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Prendre en compte la parole des usagers</i> - <i>Améliorer l'annonce d'un dommage lié aux soins</i> - <i>Poursuivre la formation à l'annonce d'un dommage lié aux soins</i> 	2013	CRUQPC	Nbre d'EI	annuel
	Favoriser l'observance thérapeutique (ex : ETP, chirurgie ambulatoire...)	<i>Impliquer les usagers</i>	2016	Coordonnateur du centre ETP	Suivi éducation thérapeutique Suivi des complications des maladies chroniques	2017
2.2 Faciliter le rôle des usagers	Accentuer la participation des usagers à la vie institutionnelle	<i>Faire évoluer la CRUQPC</i> <i>Ouvrir la maison des usagers</i>	2014 - 2015 2015	DGQR CRUQPC	CR CRUQPC Analyse fonctionnelle	



Centre Hospitalier de Gonesse

5 THÉMATIQUE 2 - DÉVELOPPER LA CULTURE DE SÉCURITÉ

Présentation.

La présentation du programme est formalisée avec : des axes stratégiques. Chacun des axes stratégiques vise un ou plusieurs objectifs, confié(s) à un pilote (ou un binôme). Les objectifs ont été retenus en cohérence avec les éléments cités en introduction et une mention y est faite dans la présentation synthétique (*note de bas de page*). Le calendrier est formalisé et défini. L'évaluation est programmée au moyen d'indicateurs précisés.

La présentation détaillée est faite sous forme de tableaux.

Principes

Le développement de la culture de sécurité est basé sur une évaluation initiale. Il doit être transversal et partagé : il met en perspective la responsabilité individuelle et la responsabilité collective. Il doit être intégré et décliné dans tous les pôles, et évalué par la CME.

La thématique 2 comporte 3 axes stratégiques :

1. développer l'analyse des risques ⁽⁷⁾

1.1 développer l'analyse des risques liés aux soins

- Risques à posteriori
- Détecter et Analyser les risques a posteriori,
- Mettre en œuvre des plans d'action et assurer le suivi.
- Risques à priori
- Maîtriser les risques a priori

1.2 développer l'analyse des risques professionnels au moyen du document unique,

1.3 Développer l'analyse des risques des activités supports, en particulier Identifier et maîtriser les Risques informatiques ⁽⁶⁾

2. Utiliser l'analyse des risques pour développer l'Amélioration des Pratiques Professionnelles-APP et structurer la politique d'EPP ⁽⁶⁾ en instaurant une démarche de DPC (Développement Professionnel Continu) pour tous les professionnels.

3. Promouvoir la pluriprofessionnalité pour construire la culture de sécurité

3.1 Renforcer le travail en équipe pluri professionnelle pour

- Affirmer la politique de PEC médicamenteuse ^(3,5)
- Développer une politique d'utilisation des check listes ⁽⁸⁾
- Développer les RMM ⁽⁶⁾
- Développer la simulation à la sécurité des soins ⁽⁸⁾

3.2 Encourager le travail en équipe pluri professionnelle dès la formation initiale médicale et paramédicale en impliquant les juniors médecins et soignants ^(4, 7 action 3.4.4.1)

¹ loi 4 mars

² PQGR 2006/2011

³ recommandation ARS et HAS

⁴ projet médical

⁵ PRS

⁶ suivi des procédures de certification (V 2010 et V2)

⁷ PNS

⁸ recommandations bibliographiques 2013



6 THÉMATIQUE 2 - TABLEAUX

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	évaluation
1. développer l'analyse des risques 1.1 développer l'analyse des risques liés aux soins - Risques à posteriori	Détecter les risques a posteriori	<i>Incitation à la déclaration des EIG</i> <i>Formation des professionnels à la pertinence de la déclaration</i> <i>Développer l'enregistrement des événements sentinelles</i>	2013 2014 2015	GDR GDR GDR /DIM	Nbre Analyse qualitative par nature	Bilan semestriel CHG + pôles
	Analyser les risques a posteriori	<i>REX et REMED , RMM</i>	2014	Commission EPP/RMM CREX	Nbre de dossiers /secteurs	annuel
	Mettre en œuvre les plans d'action et assurer le suivi des risques a posteriori	<i>Lister les actions</i> <i>Nommer les pilotes</i> <i>Suivre la mise en œuvre des plans d'actions et les Intégrer dans les contrats de pôle</i>	2013	Pôles	Nbre d'actions mises en œuvre et suivi	annuel
- Risques à priori	Maîtriser les risques a priori	<i>Finaliser la cartographie des risques du CHG sur les secteurs à haut risque (identitovigilance)</i> <i>Cartographier les risques du NHG sur tous les secteurs</i> <i>Mettre en œuvre des plans d'action</i>	2013-2014 2015 2016	GDR + pôles	annuelle	Cartographie Nombre De mises à jour
1.2 développer l'analyse des risques professionnels	Promouvoir le document unique	<i>Actualiser le document unique (TMS) et le faire connaître</i> <i>Organiser une coordination santé au travail/DRH/DSS/GDR</i>	2013 2014 2014	GDR	annuelle	Nombre d'actualisations Actions entreprises
1.3 Développer l'analyse des risques des activités supports	Identifier et maîtriser les Risques informatiques	<i>Établir une cartographie des risques informatiques spécifiques du NHG</i> <i>Intégrer les indicateurs Hôpital Numérique dans le NHG</i>	2014 2015	DSI	certification	résultats



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
2. Utiliser l'analyse des risques pour développer l'amélioration des pratiques professionnelles	Intensifier la politique d'EPP pour encourager leurs développements dans tous les secteurs	<i>Proposer des outils simplifiés Inciter chaque secteur à développer la démarche : - Renforcer la formation - Valoriser les secteurs dynamiques</i>	2013 / 2014 2014 1 journée en 2014	DQGR CFMC	Commission EPP annuelle	Nombre d'EPP dans chaque pôle
	Affirmer la politique de PEC médicamenteuse	<i>Inciter à la déclaration des EI à toutes les étapes de la PEC médicamenteuse Développer les REMED ou équivalent Elaborer un plan d'actions d'amélioration et d'évaluation annuel</i>	2013 2013-2017	RMQPCM Coordo. gestion des risques CME	Evaluation annuelle en CME Mesure de l'impact des améliorations mises en œuvre	Nombre EI, Nombre de Remed Analyse des actions
3. Promouvoir la Pluri-professionnalité pour construire la culture sécurité 3.1 S'appuyer sur la pluriprofessionnalité	Développer une politique d'utilisation des check listes	<i>Améliorer l'usage des check listes existantes Inciter à la mise en place de check listes</i>	2013 2013-2017	DQGR COVIRIS	Bilan de pôle	Résultat audit GED (nbre et actualisation des check listes)
	Développer les RMM	<i>Renforcer les RMM transversales interservices et/ou interpoles</i>	2014	CFMC	annuelle	
	Développer la simulation à la sécurité des soins	<i>Mise en œuvre d'une chambre de simulation des risques (« chambre des erreurs »)</i>	2013	DQGR	annuelle	Nombre de personnes testées
3.2 Encourager la pluriprofessionnalité dès la formation initiale (médicale et paramédicale)	Impliquer les « juniors » (médecins et soignants dans les démarches pluriprofessionnelles)	<i>Intégrer les juniors dans les démarches RMM, REX... Cours IFSI</i>	2013- 2017	Coordination des internes DSS Direction IFSI	Evaluation des stages	Nombre « juniors » ayant participé aux RMM, REX...



7 THÉMATIQUE 3 DE LA QUALITÉ AU JOUR LE JOUR VERS « LA QUALITÉ »

Présentation.

La présentation du programme est formalisée avec : des axes stratégiques. Chacun des axes stratégiques vise un ou plusieurs objectifs, confié(s) à un pilote (ou un binôme). Les objectifs ont été retenus en cohérence avec les éléments cités en introduction et une mention y est faite dans la présentation synthétique (*note de bas de page*). Le calendrier est formalisé et défini. L'évaluation est programmée au moyen d'indicateurs précisés.

La présentation détaillée est faite sous forme de tableaux.

Principes

La qualité des soins repose sur une démarche coordonnée et un management stratégique par priorités.

La thématique 2 comporte 4 axes stratégiques :

1. Respecter la conformité aux exigences réglementaires ⁽¹⁾

- 1.1 Se conformer aux niveaux de compétences requises pour chaque organisation :
 - Mettre en place des procédures de contrôle de la conformité des compétences
 - Respecter les chartes de fonctionnement
- 1.2 Mettre en place les moyens requis pour assurer la continuité des soins

2. Poursuivre et développer les démarches de certification ⁽⁶⁾

- 2.1 Certification HAS
 - Pérenniser les actions d'amélioration rendues nécessaires à la suite des visites de certification antérieures, en poursuivant leur évaluation et assurer un suivi renforcé pour les critères cotés B.
 - S'organiser en vue de la prochaine certification : renforcer l'approche par processus, développer le concept du patient traceur et mettre en place le compte qualité.
- 2.2 Certifications ISO
 - Prolonger les actions précédentes en service de stérilisation
 - Débuter les actions requises aux laboratoires
- 2.3 Autres évaluations
 - Accompagner l'évaluation externe en secteur médico social (EHPAD, CAMSP)
 - Prendre en compte l'IFSI
- 2.4 Poursuivre la labellisation des équipes

3. Analyser et suivre la démarche qualité concernant :

- 3.1 Les indicateurs ⁽⁵⁾
 - Assurer une exhaustivité de l'enregistrement en respectant les recommandations pour le recueil
 - Assurer l'analyse et la synthèse des indicateurs IPAQSS au niveau institutionnel et au niveau de chaque pôle
- 3.2 L'information médicale ⁽⁴⁾
 - Améliorer la qualité de l'information médicale en optimisant la traçabilité
- 3.3 Les audits ⁽²⁾
 - Mettre en œuvre une politique structurée d'audits
- 3.4 Les EPP ^(6- recommandations du COTERAH - comité de réforme de la tarification hospitalière- déc 2012)
 - Développer les EPP de pertinence dans chaque pôle



4. La qualité des soins au cœur de la gestion

- 4.1 Structurer une politique de coordination « qualité, risques, vigilance » ⁽⁴⁾
 - Coordonner les groupes institutionnels
 - Valoriser les « relais » et les « référents »
- 4.2 Perfectionner la gestion documentaire ⁽²⁾
- 4.3 Confirmer la politique de développement durable ⁽⁶⁾ et s'adapter aux injonctions Paradoxaes.

¹ loi 4 mars

² PQGR 2006/2011

³ recommandation ARS et HAS

⁴ projet médical

⁵ PRS

⁶ suivi des procédures de certification (V 2010 et V2)

⁷ PNS

⁸ recommandations bibliographiques 2013



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

8 THÉMATIQUE 3 - TABLEAUX

	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	évaluation	Indicateurs
1. Respecter la conformité aux exigences réglementaires	Se conformer aux niveaux de compétences requises	<i>Mettre en place des procédures de contrôle de la conformité des compétences</i> <i>Respect des chartes de fonctionnement</i>	2013	DAM DRH	Bilan social Évaluations externes	% de compétences Résultats des évaluations
	Mettre en place les moyens requis pour assurer la continuité des soins	<i>Organisation interprofessionnelle</i>		DAM DRH		
2. poursuite et développement des démarches de certification	Reconduire les actions en vue de la prochaine certification	<i>Organisation selon l'évolution des recommandations HAS</i>	2014	DQGR	Suivi selon l'évolution des recommandations HAS	Résultats (certification/ accréditation)
	Poursuivre les certifications ISO	<i>Prolonger les actions précédentes : stérilisation, Aux Laboratoires</i> <i>Etre en lien avec les démarches des autres projets</i>	2013 2014			
	Inscrire les autres secteurs dans la démarche d'accréditation/ certification	<i>Accompagner l'évaluation externe en secteur médico social : EHPAD, CAMSP</i> <i>Prendre en compte l'IFSI</i>	2014 2014/2015			



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
3. Analyse et suivi de la démarche qualité : - les indicateurs	Assurer une exhaustivité de l'enregistrement et de l'analyse des indicateurs IPAQSS	<i>S'assurer du respect des recommandations / recueil Développer un « retour »</i>	Annuel (2013)	DQGR + DIM	résultats	
	Assurer une exhaustivité de l'enregistrement et de l'analyse des indicateurs dans chaque pôle	<i>L'inscrire dans les contrats de pôle S'assurer du recueil</i>	2013 2014	Chaque pôle /soutien logistique DQGR	Bilan de contrat de pôle	résultats
- l'information médicale	Améliorer la qualité de l'information médicale	<i>Optimiser la traçabilité de l'information médicale</i>	2013	DIM	Audit de dossier	% atypies Indicateurs de performance
- les audits	Mettre en œuvre une politique structurée d'audits	<i>Enregistrement et suivi exhaustif des audits</i>	2013	DQGR	Tableau de Ganz	Calendrier réalisé
- les EPP	Développer les EPP de pertinence	<i>Proposer à chaque pôle de conduire une EPP de pertinence</i>	2014	CFMC+ pôles	annuelle	Nbre d'EPP



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

Axe stratégique	Objectif	Actions	Calendrier	Pilotage	Indicateurs	Bilan
4. la qualité des soins au cœur de la gestion	coordonner les groupes institutionnels qualité et risques	<i>Structurer :</i> <i>une coordination des objectifs (satisfaction des usagers)</i> <i>une formalisation des liens</i>	2014	DQGR	annuelle	Nbre de présentations
		<i>Renforcer la coordination des vigilances</i>	2014	COVIRIS	Annuelle	CR de réunions
		- <i>Valoriser la place des « relais »</i> - <i>Valoriser la place des référents</i>	2013- 2014	DQGR / DSS		
	améliorer la gestion documentaire	<i>Simplification</i> <i>Déploiement / Décentralisation</i>	2013 2014	DQGR DQGR + Pôles	annuelle	Bilan GED Nbre de services inscrits dans la GED
	confirmer la politique de développement durable	<i>Adaptation aux injonctions paradoxales</i> - <i>0 papier / informatisation</i> - <i>Usage unique/ déchets</i> -	2014 / 2017 2013	DASL	annuelle	Commande de papier Cout de la gestion des déchets



9 CONCLUSION

Le CH de Gonesse s'organise pour décliner son PAQSS en respectant les 4 dimensions identifiées par Shortell et reprises par la HAS :

- 1- la Dimension stratégique : le PAQSS s'appuie sur l'engagement de la direction en coordination avec la CME. Il mobilise tous les professionnels.
- 2- la Dimension culturelle : Le PAQSS vise au développement d'une culture de sécurité.
- 3- la Dimension structurelle : le pilotage de la démarche repose sur une coordination des différents pilotes par le DQGR (organisation interne et utilisation pertinente des ressources).
- 4- la Dimension technique : le PAQSS repose sur un système d'information performant, des méthodes et outils validés, des évaluations internes et externes.



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

10 CALENDRIER

PILOTE(S)	Axe Stratégique	Objectif (et actions)	Calendrier				
			2013	2014	2015	2016	2017
CLIENTELE	Prendre en compte la conception du patient et de son entourage concernant sa prise en charge	Renforcer l'évaluation de la satisfaction des usagers sur l'intégralité du séjour		●			
DSI	Développer l'analyse des risques des activités supports	Identifier et maîtriser les Risques informatiques (cartographie + HN)		○			
CFMC	Utiliser l'analyse des risques pour développer l'amélioration des pratiques professionnelles	Intensifier la politique d'EPP pour encourager leurs développement dans tous les secteurs (outils + formation)	○				
	Analyse et suivi de la démarche qualité	Développer les EPP de pertinence		●			
	Promouvoir la pluriprofessionnalité pour construire la culture sécurité	Développer les RMM		●			
Comité d'éthique	Promouvoir le respect des droits et libertés et l'écoute des patients et de leur entourage	Développer la culture de bientraitance (concept et politique)	○				
		Etoffer la démarche éthique (Organiser la prise en compte des directives anticipées)		●			
UMSA	→	Etoffer la démarche éthique (fin de vie et soins palliatifs)		●			
CHSCT	Promouvoir le respect des droits et libertés et l'écoute des patients et de leur entourage	Développer la culture de bientraitance (-bientraitance au travail)		○			
Coordinateur du centre ETP	Promouvoir l'ETP	Développer les programmes d'ETP dans les pôles de soins		○			
	Renforcer la communication avec l'utilisateur et son entourage	Favoriser l'observance thérapeutique				●	
RMQPCM	Promouvoir la pluriprofessionnalité pour construire la culture sécurité	Affirmer la politique de PEC médicamenteuse (+CME, coord. Gest.risq.)	○				
DAM + DRH	Respecter la conformité aux exigences réglementaires	Se conformer aux niveaux de compétences requises	●				
		Mettre en place les moyens requis pour assurer la continuité des soins	●				
DIM (+ pôles)	Analyse et suivi de la démarche qualité	Améliorer la qualité de l'information médicale	○				
DSS IFSI INTERNES	Encourager la pluriprofessionnalité dès la formation initiale (médicale et paramédicale)	Impliquer les « juniors »	○				
DASL	la qualité des soins au cœur de la gestion	confirmer la politique de développement durable		○			



Centre Hospitalier de Gonesse

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Référentiel
Chapitre

Document n° : XXXXXXXX
Date d'application : Juillet 2013

PILOTE(S)	Axe Stratégique	Objectif (et actions)	Calendrier				
			2013	2014	2015	2016	2017
DQGR	poursuite et développement des démarches de certification	Reconduire les actions en vue de la prochaine certification			●		
		Poursuivre les certifications ISO	●				
		Inscrire les secteur médico social dans la démarche d'accréditation		●			
		Se préparer à une labellisation des équipes					●
	Analyse et suivi de la démarche qualité	Assurer une exhaustivité de l'enregistrement et de l'analyse des indicateurs IPAQSS	●				
		Mettre en œuvre une politique structurée d'audits	●				
	la qualité des soins au cœur de la gestion	coordonner les groupes institutionnels qualité et risques		●			
		améliorer la gestion documentaire		●			
	Promouvoir la pluriprofessionnalité pour construire la culture sécurité	Développer la simulation à la sécurité des soins(chambre)	●				
DQGR + COVIRIS	la qualité des soins au cœur de la gestion	Développer une politique d'utilisation des check listes	●				
		Renforcer la coordination des vigilances		●			
	Renforcer la communication avec l'utilisateur et son entourage	Impliquer les usagers dans l'identitovigilance	●				
DQGR + CME		Accroître la place de l'utilisateur dans l'analyse Bénéfice Risque		●			
DQGR + CRUQPC		Accentuer la participation des usagers à la vie institutionnelle		●			
CRUQPC		Favoriser la participation des usagers et de leur entourage à la déclaration des EI	●				
GDR	développer l'analyse des risques professionnels	Promouvoir le document unique (coordination santé au travail, DRH, DSS)	●				
	développer l'analyse des risques liés aux soins	Maîtriser les risques a priori		●			
		Détecter les risques a posteriori (+ DIM événements sentinelles)			●		
CREX Com.EPP		Analyser les risques a posteriori	●				
DQGR +DSS	la qualité des soins au cœur de la gestion	Valoriser la place des « relais » et des référents	●				



Centre Hospitalier de Gonesse

Référentiel
Chapitre

Centre Hospitalier de Gonesse

PAQSS 2013/2017

Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document n° : XXXXXXXX

Date d'application : Juillet 2013

PILOTE(S)	Axe Stratégique	Objectif (et actions)	Calendrier				
			2013	2014	2015	2016	2017
déclinaison par POLES	Analyse et suivi de la démarche qualité	Assurer une exhaustivité de l'enregistrement et de l'analyse des indicateurs dans chaque pôle		(blue oval)			
	développer l'analyse des risques liés aux soins	Mettre en œuvre les plans d'action et assurer le suivi des risques a posteriori	●				
	Prendre en compte la conception du patient et de son entourage concernant sa prise en charge	Renforcer l'évaluation de la satisfaction des usagers sur l'intégralité du séjour : patient acteur			●		
		Créer un espace pour favoriser la participation active du patient et de son entourage aux actions d'amélioration				●	
		Structurer l'accès dossier patient = usager acteur (modalités d'accueil et de sortie)		(blue oval)			
CME		Structurer l'accès dossier patient = usager acteur (harmoniser les pratiques)	(blue oval)				
		Structurer l'accès dossier du patient par l'entourage	(blue oval)				

