





## I. Contexte

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue une priorité pour le Centre Hospitalier de Saint-Denis.

L'objectif de l'établissement est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers et à leur entourage dans un contexte de sécurité optimale et d'amélioration continue de la prise en charge.

L'élaboration de la politique qualité sous l'égide de la Direction et la Commission Médicale d'Établissement (CME) a été guidée par des réflexions et actions émanant :

-  Du bilan de la précédente politique qualité (2015-2018)
-  Du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
-  Des différents rapports d'évaluation des tutelles (certification, visite CPIAS, ARS, ...)
-  Du Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)

Cette politique est construite en cohérence avec le projet d'établissement, elle a été travaillée avec les professionnels de l'établissement sur la base d'une réflexion transversale avec pour objectif d'asseoir les méthodologies mises en place, pour une démarche partagée entre les équipes médicales, soignantes, logistiques, administratives ainsi que les représentants des usagers.

## II. Bilan de la politique 2015-2018

### 1. Gouvernance

L'amélioration de la qualité de la prise en charge et la maîtrise des risques doivent pouvoir s'appuyer pour leur développement d'une part sur une organisation bien structurée et connue de tous et d'autre part sur des outils opérationnels.

#### + Actions Réalisées

- Mise en place des instances de pilotage de la politique qualité et de moyens humains pour la mise en œuvre de cette politique.
- Formations pour développer l'utilisation de la base documentaire (Gestion Electronique Documentaire).
- Mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs qualité.

#### + A développer

- Utilisation du tableau de bord des indicateurs comme levier d'amélioration dans la démarche qualité.
- Utilisation uniforme de la GED avec une meilleure appropriation de l'outil par les professionnels.

### 2. Compte qualité

Le compte qualité et la certification V2014 s'inscrivent dans une démarche par processus. Il s'agit, pour chaque processus : de le caractériser, d'évaluer les pratiques afin d'en identifier les risques (par le biais d'une cartographie), de les prioriser et enfin de proposer un plan d'action de réduction de ces risques. Cette méthodologie entraîne une approche plus transversale des activités, avec un pilote par processus.

#### + Réalisées

- Nomination des pilotes de processus HAS.
- Identification et hiérarchisation des risques au sein des processus, suivis de plan d'actions.

#### + A développer

- Suivi et évaluation des actions mises en œuvres (inscrites dans le plan d'action de la qualité et sécurité des soins).

### 3. Culture de l'évaluation

Dans la politique qualité 2015-2018, le développement de la culture de l'évaluation s'est fortement appuyé sur la politique d'audit. Les autres formes d'évaluation (suivi d'indicateurs, patients traceurs, ...) ont aussi été développées. La diffusion de cette culture d'évaluation des pratiques parmi les professionnels est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins.

 Réalisées

- Mise en place d'une commission qui assure le pilotage de la démarche EPP.
- Elaboration d'une politique d'audit et réalisation d'audits de manière régulière.

 A développer

- Démarche EPP à l'initiative des services.
- Elaboration d'un programme d'audit annuel centralisé et validé en instances.

#### 4. Gestion des risques

La gestion des risques repose sur deux volets : la réalisation des cartographies des risques *a priori* et la gestion des événements indésirables *a posteriori*. La première vise à identifier pour chaque secteur les risques associés aux soins et ceux associés aux médicaments. La seconde vise à assurer la déclaration et la gestion des événements indésirables et événements indésirables graves

 Réalisées

- Mise en place d'un circuit informatisé de déclaration et de traitement des événements indésirables.
- Cartographie des risques par pôle à travers une méthode définie.

 A développer

- Déclaration systématique des événements indésirables et événements indésirables graves.
- Systématisation des démarches de retours d'expérience après un événement indésirable (fréquent ou grave) en unité de soins
- Développer les RMM et CREX dans les secteurs à risques
- Mise à jour de la cartographie des risques dans les secteurs à risque.

#### 5. Coordination des vigilances

Les vigilances prises en charge dans l'établissement sont : la pharmacovigilance, l'identitovigilance, l'infectiovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance, la réactovigilance, radiovigilance, la biovigilance. Leur coordination au sein d'une commission de coordination des vigilances a été mise en place ces dernières années.

 Réalisées

- Mise en place d'une commission de coordination des vigilances avec des référents nommés pour chaque vigilance.
- Bilan annuel pour certaines vigilances.

 A développer

- Formalisation des circuits de toutes les vigilances.

## 6. Le patient au centre de nos préoccupations

Lors de la mise en œuvre de la politique de qualité et sécurité des soins, le Centre Hospitalier de Saint-Denis a veillé à prendre en compte les attentes, explicites ou implicites, de la patientèle et à assurer la sécurisation des soins prodigués.

### + Réalisées

- Création d'une maison des usagers.
- Participation aux enquêtes E-satis.
- Mise en place d'un livret d'accueil pour les patients.
- Rédaction d'un règlement intérieur sur les droits et les obligations des usagers.
- Informatisation partielle du dossier patient.

### + A développer

- Enquête de satisfaction dans les secteurs non couverts par E-satis : urgences, consultations, imagerie et USLD.
- Actualisation du livret d'accueil.
- Information du patient.
- Utilisation des réclamations comme appui dans la démarche qualité.
- Déclaration des Infections Associées aux Soins.

### III. Orientations

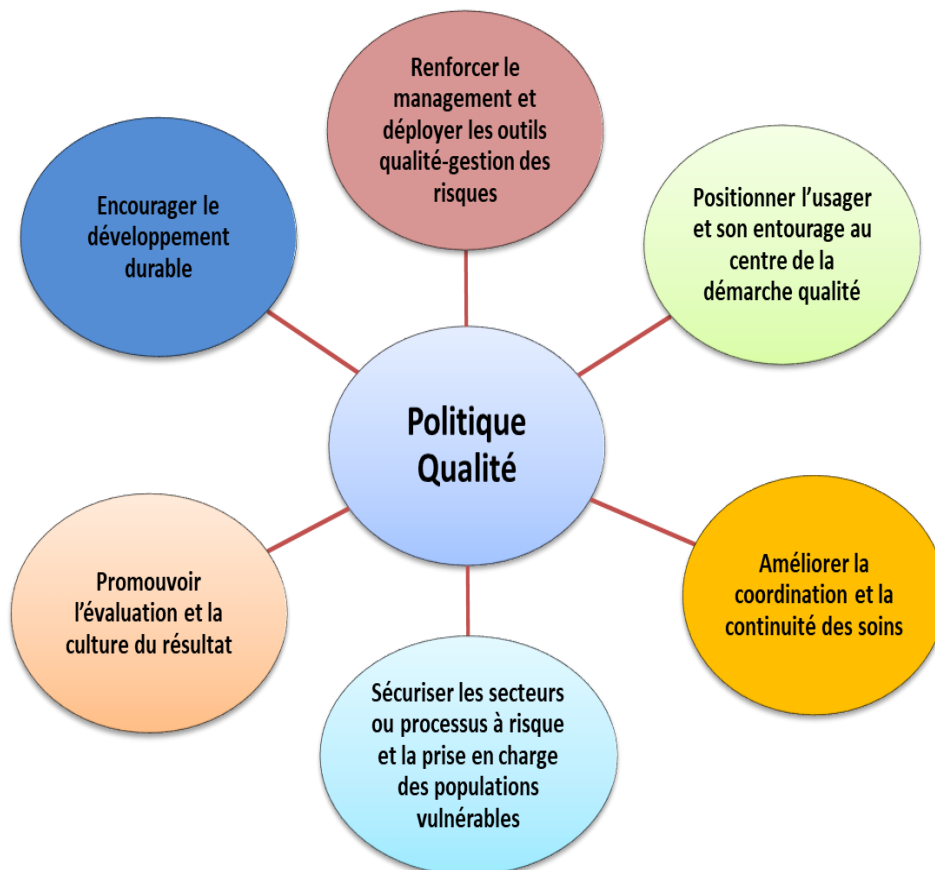
Une actualisation de la politique qualité a été réalisée pour la période 2020-2023.

Elle se décline sur 6 axes prioritaires afin de permettre à chaque professionnel de l'établissement de s'approprier les enjeux institutionnels dans ses missions quotidiennes.

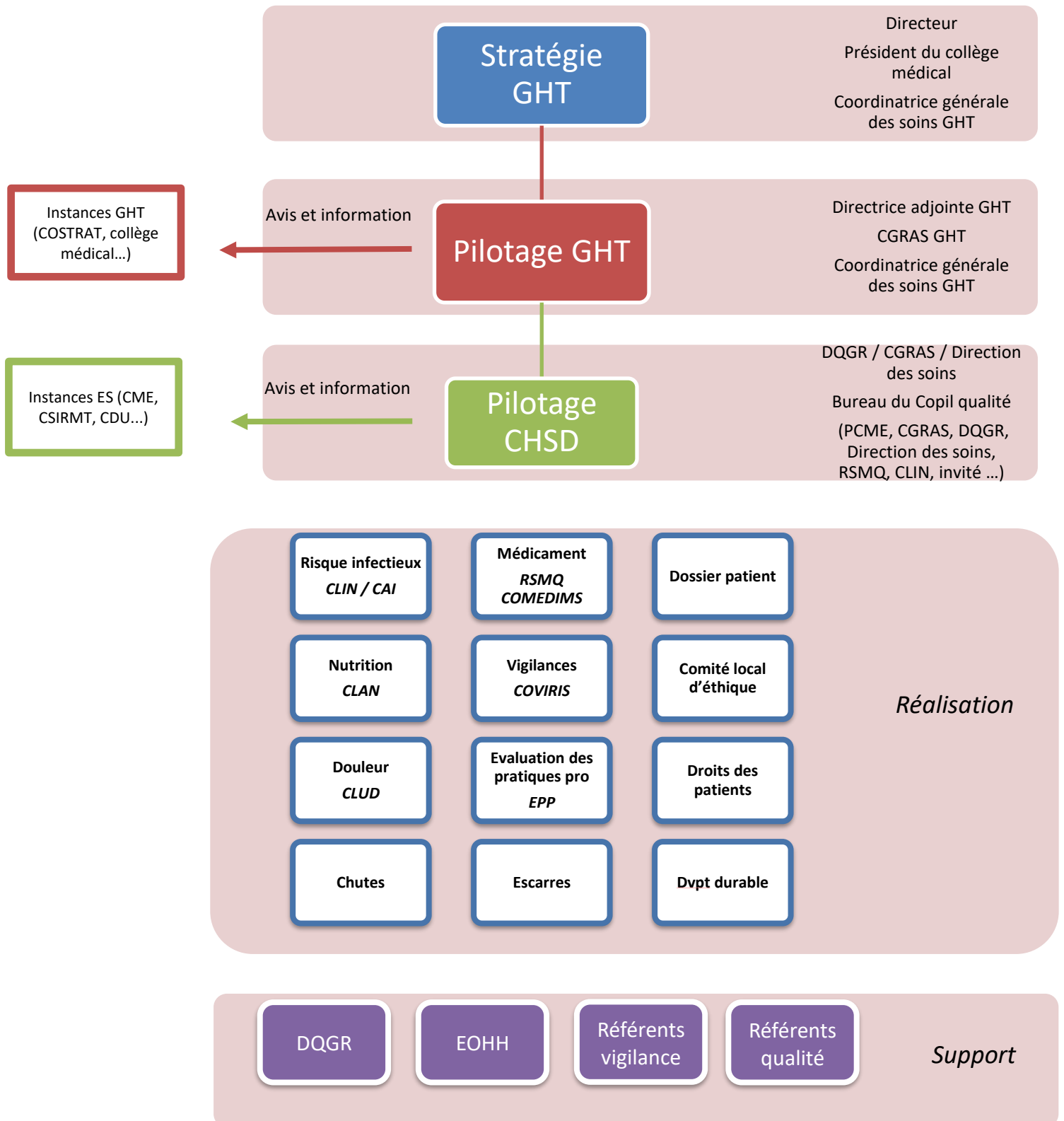
En reprenant les fondamentaux d'une démarche de sécurité et de qualité des soins, cette politique nous permettra de décliner chaque année des axes de travail ciblés au regard de l'évolution des attentes des usagers et des connaissances des risques durant les différentes étapes de leur prise en charge.

Un plan d'action en découlant est élaboré et sera actualisé régulièrement. Les attentes du nouveau référentiel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) et la construction progressive d'une démarche qualité au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT) sont des éléments qui seront intégrés au fur et à mesure au plan d'action.

Ces 6 objectifs prioritaires ont été présentés et validés en CME le 04/12/2019.



## IV. Organigramme




## V. Déclinaison de la politique Qualité

### Renforcer le management et déployer les outils qualité-gestion des risques

L'engagement institutionnel de l'établissement en faveur d'une culture qualité-sécurité des soins favorise l'implication des acteurs à tous les niveaux. Cette priorité se traduit par une structuration plus forte de la qualité – gestion des risques et l'appropriation par les professionnels des différents outils qualité – gestion des risques.

#### Objectifs spécifiques et modalités de suivi

-  **Promouvoir une culture du signalement des évènements indésirables et accompagner les équipes dans l'analyse de causes profondes.**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de déclarations d'évènements indésirables	+10%
Nombre de Retours d'expériences organisés par pôle	3
Nombre de professionnels formés à la déclaration des évènements indésirables	10

-  **Assurer une Gestion Documentaire efficiente.**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de personnes formées à l'outil de GED	

-  **Finaliser la structuration de la coordination des vigilances.**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de réunions sur les vigilances	2
Nombre de signalements obligatoires pour chaque vigilance	

-  **Réorganiser les dispositifs de gestion de crise.**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de personnes formées	

## Positionner l'utilisateur et son entourage au centre de la démarche qualité

L'orientation principale pour les quatre prochaines années est d'affirmer le rôle essentiel des patients et représentants des usagers au sein de l'établissement. La promotion de l'engagement du patient, afin d'en faire pleinement un acteur de sa prise en charge, est un axe essentiel du nouveau référentiel de certification. Le Centre Hospitalier de Saint-Denis cherche à favoriser cet engagement par des actions spécifiques à destination des usagers (et élaborées avec eux) et la meilleure prise en compte de l'avis et l'expérience du patient afin de pouvoir nous améliorer.

### Objectifs spécifiques et modalités de suivi

- Garantir le fonctionnement de la CDU et promouvoir son implication dans les projets développés dans l'établissement.

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de réunions de la CDU	4
Nombres de patients accompagnés par un membre de la CDU lors du traitement de la réclamation	

- Structurer et améliorer le dispositif d'information des usagers à chaque étape de leur prise en charge.

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Taux de patients ayant reçu un livret d'accueil	60%
Traçabilité de la personne de confiance dans le dossier patient	80%
Implication du patient dans son projet de vie et projet de soins en SSR	80%

- Faciliter l'expression de l'utilisateur, améliorer le dispositif de recueil de la satisfaction.

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre d'enquêtes de satisfaction réalisées par secteur	4
Taux de réponse des enquêtes E-satis	+10%

- Utiliser les réclamations comme appui dans la démarche qualité.

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de réclamations utilisées comme appui pour le plan d'action de la qualité et sécurité des soins	
Nombre de points entre la direction qualité et la direction affaires juridiques - droits des patients : information mutuelle sur EI et réclamations	



## Améliorer la coordination et la continuité des soins tout au long du parcours patient

La coordination des parcours de soins dans l'établissement doit permettre de développer une meilleure transmission des informations entre les professionnels de santé, de définir les bonnes pratiques attendues, de développer la complémentarité des filières de soins afin d'assurer une continuité des soins pour le patient.

### Objectifs spécifiques et modalités de suivi

 *Formaliser les parcours de soins des différentes prises en charges.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de parcours de soins définis	

 *Uniformiser l'utilisation du dossier patient.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de réunions du Copil du dossier patient	4
Dossier patient unique et informatisé	

 *Développer le bon usage des antibiotiques.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de réunions du Comité anti-infectieux	4
<b>Indice Composite de bon usage des antibiotiques</b>	80%

 *Garantir une meilleure coordination entre l'hôpital et la ville.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Qualité de la lettre de liaison à la sortie (MCO, SSR, UCA)	80%

## Sécuriser les processus à risque et la prise en charge des populations spécifiques et vulnérables

Le rapport de la dernière certification a mis en évidence des non-conformités au sein des processus et secteurs à risque (endoscopie et médicament). Un plan d'action ciblé et une mobilisation des équipes ont permis de répondre en partie aux attentes des tutelles, leurs effets doivent être poursuivis.

Par ailleurs, compte tenu de la précarité grandissante sur son territoire et de la part importante que représente les populations fragiles (personnes âgées, enfants/adolescents ou les personnes atteintes de handicap) au sein de sa patientèle, le Centre Hospitalier de Saint-Denis cherche à développer sa stratégie pour améliorer la prise en charge de ces populations spécifiques.

### Objectifs spécifiques et modalités de suivi

- ✚ *Pérenniser une démarche de management de la qualité et de gestion des risques au sein des secteurs à risques majeurs.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Manuel qualité, Cartographie des risques	
Informatisation de la check-list au bloc et dans les secteurs interventionnels	
CREX et RMM dans les secteurs à risque	

- ✚ *Améliorer la maîtrise du risque infectieux.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre d'infections associées aux soins déclarées	
Nombre d'infections du site opératoire	0

- ✚ *Améliorer la prise en charge médicamenteuse.*


Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
<b>Taux de conformité au CAQES</b>	
Nombre de conciliations médicamenteuses chez les PA	+10%
Nombre de Revues des Erreurs liées aux médicaments	4

- ✚ *Améliorer la prise en charge de la douleur.*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Traçabilité de la prise en charge de la douleur	80%
Anticipation de la prise en charge de la douleur en UCA	80%
Taux de satisfaction de la prise en charge de la douleur	80%

 **Faciliter l'accès aux soins à tous.**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de demandes d'interprétariats	
Nombre de patients suivis par le service social	

 **Améliorer la prise en charge des populations spécifiques (personnes atteintes d'un handicap, personnes atteintes d'une maladie chronique, personnes âgées, enfants, ).**

Indicateurs/ modalités de suivi	Cible par an
Nombre de patients ayant bénéficié d'une ETP	
Evaluation du risque d'escarres	80%
Nombre de FEI sur les chutes graves en gériatrie	

**Promouvoir l'évaluation sous toutes ses formes et la culture du résultat**

L'évaluation est un impératif de la démarche qualité et constitue un levier fort permettant d'améliorer en continu la prise en charge des patients. Dans les prochaines années, la multiplication des évaluations sur le terrain permettra d'évaluer tant les pratiques de professionnelles que le résultat pour le patient. La mise en œuvre du Développement Professionnel Continu permet également aux professionnels médicaux et soignants de répondre à leurs obligations professionnelles en termes de formation tout en respectant le cadre de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

**Objectifs spécifiques et modalités de suivi**

***Poursuivre le déploiement des EPP dans les unités de soins***

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre d'EPP initiées	4

***Formaliser et pérenniser les audits au sein des unités de soins***

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre d'audits réalisés	4

***Impliquer les professionnels dans la démarche du patient traceur***

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de patients traceurs réalisés	6
Nombre de professionnels formés à la démarche	

***Améliorer l'exploitation des indicateurs***

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Nombre de dialogue de gestion qualité	

## Encourager le développement durable

La démarche de développement durable de l'hôpital intègre les trois dimensions environnementale, sociale et économique. Le Centre Hospitalier de Saint-Denis poursuit son engagement en faveur de la réduction de sa consommation d'énergie et de déchets afin de réduire son impact environnemental. La qualité de vie au travail est également un axe important de sa politique de ressources humaines.

### Objectifs spécifiques et modalités de suivi

#### *Améliorer la gestion des déchets de l'établissement*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Tonnage déchets	

#### *Favoriser la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels*

Indicateurs/ modalités de suivis	Cible par an
Taux de turn-over	
Taux d'absentéisme	
Nombre de fiches d'évènements indésirables sur les vols/violences	