

## **LE CONTEXTE**

---

Pour assurer la pérennité de notre institution, l'établissement s'inscrit dans une démarche qualité continue. L'enjeu est de garantir d'une part, des soins personnalisés aux besoins des patients ou des résidents et d'autre part, d'optimiser la sécurité des personnes et des biens.

De plus, l'hôpital est une structure complexe qui génère des risques divers, certains directement liés aux soins et d'autres moins spécifiques liés aux bâtiments, à l'environnement, aux installations et aux équipements.

Ces risques, mal maîtrisés, peuvent présenter des effets négatifs, dommageables pour les patients ou les résidents, leurs proches, les visiteurs et pour les professionnels et de ce fait remettre en question le niveau de sécurité garanti et la qualité des soins dispensés. La prévention des événements indésirables graves liés aux soins est devenue un enjeu de santé publique et s'inscrit dans une démarche qualité.

Enfin les achats à l'Hôpital public intègrent le développement durable dans les marchés publics spécifiques à tous les stades de la procédure. C'est en effet à ce niveau que le développement durable se place en 1<sup>ère</sup> intention : connaissance du produit, analyse en coût global, cycle de vie du produit, conséquences sur l'exploitation, gestion des déchets. Ce qui fait que la Politique de l'Hôpital d'Uzès veille à être économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement tolérable.

La politique qualité, de gestion, de prévention des risques, de développement durable et de bientraitance constitue un enjeu prioritaire pour l'hôpital d'Uzès.

## **HISTORIQUE**

---

La démarche qualité de l'hôpital d'Uzès est initiée depuis 1999 en cohérence avec le SROS 3<sup>ème</sup> génération, le CPOM et le projet d'établissement.

Cette démarche s'appuie sur :

- l'organigramme de l'établissement et le profil de poste identifiant une direction de la qualité et de la gestion des risques,
- le document « Engagement du Directeur dans la Politique Qualité, de gestion des risques, de développement durable et de bientraitance »
- la politique qualité de l'établissement et les autres politiques,
- un programme d'actions qualité,
- une communication avec un journal interne,
- le site Internet : [www.hopital-local-uzes.fr](http://www.hopital-local-uzes.fr)

## **LA REGLEMENTATION**

---

- Ordonnances du 24 avril 1996 qui font obligation aux établissements de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- Loi du 18 juillet 1998 relative au renforcement de la sécurité sanitaire
- Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000
- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé
- Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005
- Ordonnance n°2005-1112 du 01 septembre 2005
- Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

- Circulaire DHOS / E2 / E4 / n°2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour l'élaboration d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité en Santé
- Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles
- Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005
- Décret n°2006-550 du 15 mai 2006
- Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009
- Circulaire DGOS/PF/192/2010 du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Décret N°2010 – 1402 du 12 Novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

## LES DEFINITIONS

---

### ■ La qualité

La qualité se définit comme « un ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ». (*Norme ISO 8402*)

Son objectif principal est de répondre aux attentes du client, en termes d'exigences, de contraintes, de délais, de coût, ... Elle repose principalement sur la confiance en la qualité du service rendu. Pour obtenir la qualité et la confiance du client, il est nécessaire de définir la politique qualité que l'on souhaite conduire et maîtriser l'organisation interne.

### ■ Le client

Ce terme s'inscrit dans une démarche client/fournisseur. Il désigne le patient, les accompagnants mais aussi les professionnels de l'établissement, les structures internes de l'établissement, les tiers extérieurs.

La volonté de l'hôpital d'Uzès est :

- de s'inscrire dans une logique de filière de soins,
- de travailler en complémentarité avec les CH du département dans le cadre de la CHT (Cévennes- Gard-Camargue) et du GCS du territoire sanitaire de premier recours de l'Hôpital d'Uzès (Hôpital + EHPAD publics autonomes),
- de renforcer le partenariat avec les correspondants externes de la ville.

### ■ La politique qualité

La politique qualité de l'hôpital d'Uzès s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue du service, des pratiques professionnelles et de l'organisation.

*Le service* correspond à :

- l'offre de soins, incluant les prestations logistiques et techniques,
- les autres prestations mises en œuvre : hébergement, formation, recherche, prévention.

*Les pratiques professionnelles* supposent des procédures essentielles connues, les protocoles indispensables, mais également une veille continue du savoir-faire. *L'organisation* est fondée sur la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire, la meilleure qualité au meilleur coût et la meilleure adéquation entre les moyens et le résultat.

### ■ La politique des évaluations des pratiques professionnelles

Prévue par l'article 14 de la loi du 13 août 2004, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a fait l'objet d'un décret d'application le 14 avril 2005, repris dans la Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Les termes de ce décret définissent l'EPP comme « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique* ».

L'évaluation des pratiques a comme finalité d'engager l'ensemble des professionnels dans une démarche continue d'amélioration de la qualité intégrée à leur pratique médicale et paramédicale. Elle s'inscrit dans une démarche coordonnée avec la Formation Médicale Continue (FMC).

Elle constitue une opportunité d'échanges stimulante pour le professionnel, simple d'accès et équitable dans ses modalités de mise en œuvre. Elle ne doit en aucune manière s'assimiler à une formalité supplémentaire, détachée de la pratique. La CME valide les EPP.

**Définition de l'EPP :** *L'EPP est une démarche organisée d'amélioration des pratiques, consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Elle se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.*

#### ■ Le risque

Une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine. (ANAES)

#### ■ La politique de développement durable

A l'heure où le développement durable devient un enjeu de société important, l'Hôpital a, par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité dans la mise en place d'une stratégie et d'une exemplarité de Développement Durable. Dans ce contexte, l'établissement fait le choix de s'engager dans une démarche de Développement Durable.

#### ■ La gestion des risques

C'est un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou à des biens. (Norme ISO 9000/2000). L'établissement identifie les risques a priori dans une cartographie et assure le suivi des risques a posteriori au travers des fiches d'événements indésirables.

#### ■ La prévention des risques

Elle consiste à traiter en amont un risque potentiel avant qu'il ne se produise ou ne développe ses effets. Son champ d'application concerne :

- les risques liés aux patients, aux personnels et aux visiteurs,
- les risques liés à la non-conformité réglementaire,
- les risques liés à des défaillances d'organisation,
- les risques liés à la non-conformité aux bonnes pratiques professionnelles.

La démarche de gestion et de prévention des risques repose sur une approche transversale, coordonnée et pluridisciplinaire intégrée à la démarche qualité. Elle s'appuie aussi sur la formation des personnels.

#### ■ La politique de la « bientraitance »

L'élaboration d'un projet de vie nécessite un questionnement préalable sur la notion de bientraitance.

Elle conduit les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques au quotidien, la bientraitance sous-tend une démarche positive et volontariste, tant individuelle que collective, vers une amélioration constante de celle-ci, en gardant toujours à l'esprit le risque de maltraitance.

La bientraitance demande donc des échanges permanents entre tous les acteurs : institution, professionnels, patients/résidents, familles/proches, bénévoles... et se construit au décours de ces rencontres et de ces questionnements sur les principes éthiques d'humanité, de dignité, de solidarité, de justice et d'autonomie.

#### ■ La mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- IPAQSS
- Score ICALIN

## **OBJECTIFS GENERAUX HIERARCHISES**

---

- Garantir la qualité et la sécurité des soins
- Evaluer les pratiques professionnelles
- Optimiser la gestion des vigilances et des risques réglementaires
- Poursuivre la recherche de la conformité par rapport aux textes réglementaires
- Entretenir une dynamique qualité
- Instaurer une culture de vigilance, de prévention et de sécurité
- Optimiser le système qualité de l'établissement et développer la communication
- Inscrire le développement durable comme un principe directeur de l'établissement
- Informatiser la gestion documentaire qualité de l'établissement
- Informer les usagers

## **OBJECTIFS SPECIFIQUES HIERARCHISES**

---

- Formaliser un programme qualité – gestion des risques
- Développer une communication de la politique qualité
- Optimiser le système de gestion des risques :
  - élaborer et assurer le suivi de la cartographie des risques de l'institution axés sur la prévention
  - évaluer et assurer le suivi des risques professionnels : document unique
  - fiabiliser et assurer le suivi du signalement des événements indésirables
  - intégrer l'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de gestion des risques
- Organiser une revue de projet du programme d'actions qualité à échéance définie
- Développer un système d'évaluation de la qualité en évaluant les pratiques professionnelles
- Structurer une démarche de développement durable
- Sensibiliser le personnel au concept de développement durable
- Développer une culture de bientraitance

## **STRUCTURATION**

---

La démarche qualité - gestion des risques repose sur la structuration suivante :

- un comité de pilotage
- une cellule de gestion des vigilances et des risques
- une cellule qualité
- une qualitiennne
- une gestionnaire des risques
- un cadre supérieur de santé chargé de la coordination des EPP
- un programme d'actions qualité
- la CME pour initier, valider et suivre les démarches EPP
- un groupe de travail sur le développement durable
- un groupe de travail sur la bientraitance

## **EVALUATION**

---

La mise en œuvre de la politique qualité, de gestion des risques et de développement durable et de la Bientraitance est évaluée annuellement par la cellule qualité à partir d'indicateurs ou d'évènements sentinelles.