



POLITIQUE

QUALITE ET GESTION

DES RISQUES

2016 – 2019

Rédacteurs	Valideur	Approbateurs
<p>Noms et fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mme Carine MOULAY, Directrice Qualité, Al maviva Santé <i>Signé</i> 	<p>Nom et fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr ROSSI, Président de CME 	<p>Noms et fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - M. Bruno MARIE, Président, Al maviva Santé <i>Signé</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Mme Stéphanie MALAISIÉ, Directrice Qualité Adjointe Al maviva Santé <i>Signé</i> 		<ul style="list-style-type: none"> - Mme Garbay, Directeur
<ul style="list-style-type: none"> - Mme DIMAGGIO, Responsable Qualité et Gestion des Risques 		

TABLE DES MATIERES

Contexte	4
Le groupe Al maviva Santé	4
La charte qualité du groupe Al maviva Santé	4
Les valeurs du groupe Al maviva Santé	5
Le pilotage Groupe : Directrice Qualité et Directrice Qualité Adjointe	6
L'engagement de la Direction et des instances décisionnaires à la polyclinique oxford	6
L'engagement	6
L'organisation	7
Le pilotage de la démarche à la polyclinique OXFORD	8
CODIR et CME	8
Objectifs de la politique.....	8
Objectif 1 : Renforcer l'implication des professionnels au quotidien dans le dispositif d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques	8
Objectif 2 : Promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques	8
Objectif 3 : permettre aux professionnels de santé et aux usagers de disposer de toutes les données et outils nécessaires à la définition, à la mise en place et au suivi d'actions.....	8
Objectif 4 : Développer la culture qualité et gestion des risques en optimisant la communication auprès des professionnels et des usagers.....	8
Le Management opérationnel de la démarche à la polyclinique oxford	9
Outils.....	9
Ressources	9
Humaines	9

Documentaires	10
Matérielles (moyens – outils).....	10
Communication	10
Les Evaluations et indicateurs à la polyclinique oxford	12
Evaluations.....	12
Les audits :.....	12
Les enquêtes	12
L'évaluation des pratiques professionnelles.....	13
Les retours d'expériences	16
Indicateurs	16
Programme et plans d'actions	18
Le programme annuel qualité et gestion des risques	18
Le plan d'actions	18
Mise à jour de la politique.....	18

CONTEXTE

La HAS a choisi pour la V2014 une approche par thématique pour la certification aussi bien pour l'élaboration du compte qualité que pour les audits de processus. Une liste de thématiques a été établie. Une correspondance entre ces thématiques et les critères du manuel de certification a été définie.

Les impacts recherchés par la V2014 sont :

- un **management de la qualité et des risques installé dans la réalité quotidienne des équipes** de soins. Il doit donner du sens en termes de qualité de la prise en charge des personnes soignées et de qualité des conditions d'exercice ;
- une **démarche qualité véritablement continue** grâce à la définition de priorités correspondant aux vrais enjeux de l'établissement. Les actions et les résultats seront retracés dans le compte qualité de l'établissement, « pierre angulaire » du processus de certification ;
- un **pilotage des actions qualité ayant une plus grande valeur ajoutée** grâce aux nouvelles méthodes de visite et à un niveau de formation et d'entraînement renforcé des experts-visiteurs ;
- un **rapport, plus court**, identifiant ce qui marche, est remarquable ou doit être amélioré.

Afin de répondre aux nouvelles modalités de la certification V2014, la politique qualité et gestion des risques a été mise à jour. Elle annule et remplace la politique 2014-2017.

LE GROUPE ALMAVIVA SANTE

Les enjeux de la démarche qualité et gestion des risques se définissent comme suit :

- Respecter la législation et la réglementation en vigueur
- Obtenir la reconnaissance externe de la qualité des soins
- Assurer des soins dans les conditions optimales de sécurité et de qualité
- Etre en adéquation avec l'évolution des technologies et des pratiques
- Assurer l'évaluation de la qualité et de la gestion des risques pour mesurer les résultats
- Impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche
- Gagner la confiance de l'ensemble des usagers

LA CHARTE QUALITE DU GROUPE ALMAVIVA SANTE

Les valeurs qualité du groupe Al maviva Santé sont inscrites dans une charte qualité, rédigée en 2011, qui définit 15 grands objectifs de qualité et sécurité des soins dans nos établissements de santé. Cette charte est communiquée aux patients, aux visiteurs, aux

professionnels et au grand public par voie d'affichage et par l'intermédiaire des sites Internet des cliniques :

- Assurer le respect des **droits** des patients
- Assurer une **écoute attentive** de l'expression des usagers
- Garantir la **sécurité** des personnes et des biens
- Favoriser la **coordination** et la **continuité** des soins à travers une prise en charge pluridisciplinaire du patient
- Promouvoir la **bienveillance** des patients
- Prioriser la maîtrise du **risque infectieux** associé aux soins
- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la **douleur**
- Fiabiliser l'**identification** du patient
- Développer une **culture qualité et sécurité** des soins
- Renforcer l'**information thérapeutique** des patients
- Pérenniser la sécurité de la **prise en charge médicamenteuse**
- Favoriser l'**implication** et l'**expression** des professionnels
- Promouvoir la **qualité de vie** au travail
- Généraliser l'évaluation des **pratiques professionnelles et organisationnelles**
- Respecter l'environnement par la promotion du **développement durable**

LES VALEURS DU GROUPE ALMAVIVA SANTE

- ✚ L'excellence médicale
- ✚ Des pôles de spécialités à la pointe des techniques médicales
- ✚ Une démarche qualité exigeante
- ✚ Respect et bienveillance à l'égard du patient
- ✚ Une prise en charge hôtelière de qualité

LE PILOTAGE GROUPE : DIRECTRICE QUALITE ET DIRECTRICE QUALITE ADJOINTE

La Direction Qualité et Gestion des Risques du Groupe Al maviva Santé a été créée en 2009 et renforcée en 2015 pour harmoniser et mutualiser les démarches qualité et gestion des risques de chaque clinique afin d'en renforcer leur culture.

- Accompagner les établissements du groupe dans leur démarche de certification HAS
- Piloter et animer le réseau qualité du groupe
- Développer et animer de retours d'expérience, d'échanges entre professionnels par le biais de réunions inter-cliniques (inter-COVIRIS, inter-CLUD, inter-Pharmacien...) et de documentation (répertoire qualité partagé)
- Accompagner les établissements dans la définition de leur politique de gestion des risques pour qu'elle soit coordonnée et structurée, puis déclinée en programme de prévention des risques prioritaires.
- Orienter la politique de sécurité des soins à partir des recommandations nationales et régionales (veille réglementaire)
- Mutualiser les moyens (formations, audits croisés)

L'ENGAGEMENT DE LA DIRECTION ET DES INSTANCES DECISIONNAIRES A LA POLYCLINIQUE OXFORD

L'ENGAGEMENT

La politique Qualité et Gestion des risques est déclinée en objectifs sur quatre ans, les plans d'actions élaborés et le suivi des indicateurs permettront d'évaluer l'état d'avancée de cette politique. Gage d'une véritable culture d'établissement basée sur la recherche permanente du progrès, cette stratégie doit être comprise, partagée et mise en œuvre au quotidien par tous afin de garantir son succès.

La politique qualité et sécurité des soins de la Polyclinique Oxford est intégrée dans le projet d'établissement. La qualité et la sécurité des soins étant ainsi définies comme orientation stratégique.

Depuis sa création, la Polyclinique Oxford s'est inscrite dans une culture de qualité et de sécurité des soins, la satisfaction des patients étant au cœur de ses préoccupations.

La Polyclinique Oxford s'engage à élaborer et à mettre à jour régulièrement le compte qualité dans le but d'en faire un outil de :

- **synchronisation** : actualisable, vivant et donc continu le but étant de faire converger dans un même document la démarche de gestion des risques de l'établissement, les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et à terme de répondre aux attentes des autorités de tutelle (exemple dans le suivi des annexes qualité des CPOM).
- **pilotage** : Appropriation de la démarche par tous les acteurs de l'établissement, réalisation d'analyses par thématique à l'aide d'une vision dynamique et croisée. Le pilotage s'effectue sur SARA et des tableaux de bord associés aux plans d'action seront alimentés et suivi.
- **partage avec tous les professionnels**

Ceci est assuré par délégation de la Direction et du président de CME au responsable qualité et gestion des risques et présenté aux instances décisionnaires.

L'ORGANISATION

- ✚ Directeur et président de CME
 - Supervisent l'ensemble des démarches Qualité et gestion des risques. Pour cela ils ont besoin d'avoir une lisibilité sur toutes les analyses de processus les patients traceurs et sur le PAQSS
 - Décident la priorisation des actions en s'appuyant sur l'avis d'une instance de pilotage (COVIRIS)
- ✚ Instance de pilotage : Comité de Direction
 - Directeur et président de CME
 - Responsable qualité, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
 - Directrice des soins
 - Présidents des sous-commissions de la CME
 - Responsables des vigilances
 - Représentants des soignants
 - Coordinateur de la gestion des risques associé aux soins
- ✚ Rôle de l'instance de pilotage COVIRIS
 - Suivi de l'ensemble du déroulement de la démarche
 - Vision globale des travaux
 - Collige l'ensemble des actions d'amélioration
- ✚ Les différentes instances représentées apportent leur concours technique :
 - Conférence Médicale d'Établissement (CME),
 - Comité de Qualité, Gestion des Risques et Vigilances (COVIRIS),
 - Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN),
 - Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH),
 - Commission de la Prise en Charge Médicamenteuse et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS),
 - Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC),
 - Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)
 - Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
 - Commission de Restauration (CLAN)

LE PILOTAGE DE LA DEMARCHE A LA POLYCLINIQUE OXFORD

CODIR ET CME

L'équipe qualité de la Polyclinique Oxford est composé de :

- Mme. DIMAGGIO, Responsable Qualité et Gestion des Risques
- Dr VIOT, Coordonnateur des Risques Associés aux Soins

La gestion des risques associés ou non aux soins est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité en établissement de santé.

Les politiques sont élaborés sur la base d'une identification des besoins et des risques propres à l'établissement.

OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

OBJECTIF 1 : RENFORCER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS AU QUOTIDIEN DANS LE DISPOSITIF D'IDENTIFICATION, D'ANALYSE ET DE HIERARCHISATION DES RISQUES

- ➔ Développer les compétences des professionnels
- ➔ Inciter les professionnels à la déclaration d'évènement indésirable

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR L'EVALUATION ET L'AMELIORATION DES PRATIQUES

- ➔ Développer les évaluations de pratiques professionnelles en lien avec le DPC
- ➔ Poursuivre les audits de processus et de patient traceur
- ➔ Optimiser l'exploitation, le suivi et la restitution des enquêtes

OBJECTIF 3 : PERMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET AUX USAGERS DE DISPOSER DE TOUTES LES DONNEES ET OUTILS NECESSAIRES A LA DEFINITION, A LA MISE EN PLACE ET AU SUIVI D' ACTIONS

OBJECTIF 4 : DEVELOPPER LA CULTURE QUALITE ET GESTION DES RISQUES EN OPTIMISANT LA COMMUNICATION AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS

- ➔ Interne :
 - Renforcer le rôle des responsables de service et pilotes de processus
 - Assurer la sécurité de l'établissement (et notamment la gestion de crise)
- ➔ Externe :
 - Mettre à disposition des professionnels et usagers des données actualisées ...

LE MANAGEMENT OPERATIONNEL DE LA DEMARCHE A LA POLYCLINIQUE OXFORD

OUTILS

Tous les risques ne peuvent être traités simultanément. Il convient donc d'établir des priorités. La priorisation des démarches à mettre en œuvre peut être effectuée selon plusieurs modes tels que :

- Choix effectué selon la gravité (repérer les événements indésirables devant faire l'objet d'un traitement ciblé prioritaire, événements de niveaux 3 à 5 selon
- La mise en œuvre d'une échelle de gravité unique au sein de l'établissement, toutes activités confondues, est essentielle pour parler un langage commun et prendre des décisions sur la base de règles communes.
- Choix effectué selon la fréquence (cas d'événements peu graves mais dont la répétition pose problème : événements annonciateurs possibles d'un événement plus grave, impact sur l'organisation et les pratiques, coûts accrus, par exemple les événements de niveaux 1 et 2
- Déjà utilisé dans les démarches d'amélioration de la qualité, le diagramme de Pareto favorise une hiérarchisation des familles d'événements indésirables établie en fonction de leur fréquence de survenue (sous réserve d'une notification la plus exhaustive possible de ces événements). Sur un mode empirique, il incite à traiter de façon prioritaire les 20 % d'événements responsables de 80 % des dommages ou coûts induits (loi dite des « 20/80 »).
- Choix effectué selon la criticité : Partir d'une cartographie des processus (établissement, pôle d'activité ou unité de soins)
- Choix pondéré selon le niveau de maîtrise du risque identifié.

RESSOURCES

HUMAINES

Pour impliquer l'ensemble des professionnels dans la démarche continue de l'amélioration de la qualité, l'établissement s'est engagé à proposer une formation continue aux professionnels. Les réglementations et recommandations en vigueur ainsi que les entretiens professionnels permettent à la Direction de cibler les thèmes de formation (douleur, erreur médicamenteuse, hygiène, démarche qualité, bientraitance, etc...).

Un plan de formations internes et externes est établi chaque année et soumis au Comité d'Entreprise.

Des formations internes sont également mises en œuvre comme l'hygiène des mains, la douleur, la qualité et la gestion des risques, la prise en charge médicamenteuse, l'hémovigilance, etc... Tout nouvel arrivant reçoit une formation interne dans les domaines cités précédemment.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, tous les professionnels de santé doivent valider leur obligation annuelle de DPC (développement professionnel continu). Le DPC est un dispositif visant à :

- Revoir profondément les pratiques en matière d'amélioration et de perfectionnement des connaissances, d'analyse des pratiques professionnelles
- Poser une obligation individuelle pour l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et non médicaux, et ce, quels que soient leurs modes d'exercice
- Fusionner la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles d'une part, et compléter les autres dispositifs de formation des professionnels de santé non médicaux
- Mobiliser différents acteurs et instances dans la mise en œuvre : dont responsables des ressources humaines, des soins, de la formation, de la qualité, CME, médecins, cadres...

DOCUMENTAIRES

La gestion documentaire est définie dans la procédure des procédures.

Les documents qualité permettent la diffusion des bonnes pratiques opposables dans l'établissement. Toutefois, il convient d'évaluer périodiquement ce système pour garantir sa maîtrise, et de former régulièrement les professionnels, notamment les nouveaux arrivants.

MATERIELLES (MOYENS – OUTILS)

- Ordinateurs
- Logiciel de gestion documentaire et de déclaration des évènements indésirables
- Pack office
- Salle de réunion
- Etc...

COMMUNICATION

La communication institutionnelle utilise différents moyens de communication selon le public destinataire. Elle permet de relayer les informations, les objectifs, les évaluations et les résultats de la politique qualité et sécurité des soins.

- Journaux internes
- Notes de services
- Notes d'information
- Staffs de services
- Comptes rendus de réunions
- Affiches de communication
- Procédures, protocoles, projet d'établissement...
- Rapports d'évaluations
- Site Internet
- Réseaux sociaux (Facebook...)
- Mailing
- Communication aux instances...

Le système d'information qualité et gestion des risques repose notamment sur une gestion documentaire et un système de signalement d'évènement indésirable.

LES EVALUATIONS ET INDICATEURS A LA POLYCLINIQUE OXFORD

EVALUATIONS

LES AUDITS :

AUDIT DE PROCESSUS

L'audit de processus est une méthode qui consiste à investiguer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

Toujours accompagné d'une vérification de son application sur le terrain :

- Sens descendant de l'organisation du processus vers l'application terrain
- Sens ascendant en partant du terrain pour remonter vers l'organisation du processus

AUDIT QUALITE INTERNE

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

LES ENQUETES

La politique d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en accord avec la CRUQ.

Pour s'assurer de la satisfaction de nos patients, de nos professionnels de santé et de nos correspondants sur le bon déroulement de la démarche qualité mais également du suivi des activités de la clinique, nous avons mis en place un certain nombre d'enquêtes ou d'outils similaires. Un planning annuel d'enquêtes et d'audits est mis en place.

Pour les patients :

- Questionnaire de sortie donné systématiquement à l'admission
- Questionnaire de satisfaction sur le thème de la restauration

Pour le personnel :

- Enquêtes sur les douleurs induites par les soins

Pour les correspondants externes :

- Questionnaire de satisfaction sur le déroulement de la prise en charge du patient

Les résultats sont recensés par le service qualité qui en fait l'analyse. Elle est transmise à la CRUQ, au COVIRIS et en CME (si nécessaire) pour en définir les actions d'amélioration.

L'information est ensuite diffusée aux services.

Les enquêtes externes :

- Rapport annuel de la CRUQPC
- Enquêtes du réseau douleur Paca Est
- Enquêtes du réseau ONCO PACA
- Enquête bilan national du CSTH
- Recueil des IQSS
- Recueil des indicateurs du TBIN
- Recueil des indicateurs du CBUM
- Recueil des indicateurs hôpital numérique
- Enquêtes diverses : ARS, OMEDIT, etc...

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est un vecteur opérationnel de développement des démarches qualité et sécurité des soins au sein des secteurs d'activité.

En cohérence avec l'axe de la politique EPP, le développement des revues de mortalité-morbidité (RMM) et des revues d'erreurs médicamenteuses (REMEDI) est un objectif prioritaire afin de permettre une analyse des événements indésirables graves par les équipes de terrain. Une procédure en définit les modalités.

De même, l'identification et le suivi d'indicateurs de pratique clinique sont vivement encouragés.

LE DPC ET LES EPP

Une approche à dominante analyse des pratiques qui est à compléter par une activité d'acquisition ou d'approfondissement des connaissances / compétences

Liste des méthodes d'analyse des pratiques professionnelles (EPP) validées dans le cadre du DPC par la HAS (à ce jour) :

- Revue de mortalité et de morbidité (RMM)
- Analyse a priori des risques
- Groupe d'analyse de pratiques
- Réunions de concertation pluridisciplinaire

- Revue de pertinence
- Suivi d'indicateurs
- Audit clinique
- Chemin clinique
- Patient traceur

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles mise en place au sein de la Polyclinique Oxford s'inscrit dans la politique qualité et gestion des risques. Les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) constituent un des outils sur lesquels repose cette politique qualité. La Polyclinique Oxford intègre également sa démarche EPP dans le projet de soins et le projet médical.

L'établissement poursuit sa démarche de déploiement des EPP.

Le programme EPP est concerté et validé en CME, à laquelle participent tous les représentants des différentes instances. Le choix des EPP du programme actuel a pris en compte le programme présenté lors de la V2 et de la V2010, les orientations stratégiques, les préoccupations des professionnels autour de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, les exigences de la HAS et des autres tutelles.

Des plans d'actions sont issus des EPP et font partis intégrante du plan d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS) formalisé et suivi par le service Qualité, et validé par la Direction et le Président de la CME.

LES OBJECTIFS

La volonté de la clinique dans le choix de ses thèmes est de :

- Déployer des EPP dans tous les secteurs d'activité et/ou processus
- Déployer des EPP pour des prises en charges ou des pratiques spécifiques à l'établissement
- Répondre aux exigences des tutelles : HAS, ARS, etc...

Compte-tenu de la taille de l'établissement, la direction et la CME ont décidé conjointement de s'appuyer sur les instances existantes pour le suivi des évaluations : COMEDIMS, CLIN/EOH, CLUD/EOH, COVIRIS...

L'ORGANISATION

1) Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des EPP

Un pilote médical ou paramédical est nommé pour chaque EPP. En fonction du thème, différents professionnels sont associés pour mener à bien ces évaluations.

2) Le choix des thèmes

Le choix des thèmes est réalisé sur proposition des membres de la CME, de la CSSI et de la Direction. Les instances et comités peuvent également être force de proposition dans le choix des thématiques au regard de leur programme d'actions annuel.

Seules les recommandations issues de la HAS ou de sociétés savantes validées par la HAS sont utilisées. Le choix des recommandations est réalisé après avis du Responsable Qualité de l'établissement, fondé sur des critères de faisabilité, de validité et d'efficacité.

3) L'accompagnement des équipes

L'accompagnement méthodologique et logistique est assuré par le service qualité sur les différentes phases de la démarche (recherche bibliographique, élaboration du rapport, définition des actions...), notamment pour définir le périmètre des EPP selon des recommandations et des objectifs clairs, porteurs d'améliorations.

Le service qualité étant présent à toutes les réunions des instances et comités, dont la CME, il peut par là même apporter son soutien aux équipes.

4) Le suivi des démarches

Un état d'avancement des démarches EPP est systématiquement réalisé en réunions de COVIRIS, CME et autres réunions d'instances concernées par ces démarches (CLUD, CLIN...).

Le suivi de l'état d'avancement des démarches EPP et la mesure de leur impact sont réalisés au moyen du tableau de bord de la HAS, au moyen des cycles d'évaluation et du suivi d'indicateurs.

Les plans d'actions de chaque EPP sont intégrés dans le plan global d'actions qualité et sécurité des soins du service qualité (énoncé précédemment).

La réévaluation est, selon les études, réalisée ou planifiée, dans l'objectif de mesurer l'impact des actions d'amélioration issues des différentes études mises en œuvre.

5) La communication

Les professionnels sont informés des démarches EPP par le biais :

- des comptes rendus d'instances et comités
- des staffs de service
- de leur participation au groupe de travail.

En fonction de l'état d'avancement de chaque étude, les résultats sont diffusés à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

6) La révision de la stratégie

La révision de la stratégie de développement des EPP a lieu en CME et en COVIRIS, chaque année et à chaque fois que nécessaire, en fonction des enjeux de l'établissement et des enjeux de prise en charge des patients.

Un retour est fait au sein des différentes instances et comités, ainsi qu'aux professionnels au moyen des comptes rendus de réunion.

L'EVALUATION DE L'ORGANISATION

L'adhésion des professionnels est évaluée en continu par la Direction et le Président de la CME, la Directrice des Soins, le Responsable Qualité.

LES RETOURS D'EXPERIENCES

Au sein de chaque groupe de travail, instances... des retours d'expériences sont réalisés.

Le groupe Almaviva Santé déploie des échanges professionnels entre clinique afin de favoriser les retours d'expériences, de mutualiser les moyens et les compétences autour d'un objectif commun : l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Inter-EOH, Inter-EOD, Inter-Qualité, Inter-BLOC...). Des audits croisés sont également organisés par le groupe.

L'abonnement à certains périodiques pour la veille réglementaire permet de relever des cas pratiques qui sont ensuite communiqués aux professionnels concernés (au travers de réunions, de mailings, des journaux internes...).

La Polyclinique Oxford participe également aux réunions :

- du réseau Douleur Paca Est
- du CCLIN Sud Est
- du Centre de Coordination en Cancérologie 3C07
- du réseau ONCO-PACA Corse

INDICATEURS

La HAS met à disposition des professionnels de santé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ces indicateurs sont des outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, développés avec les professionnels de santé et utilisés à des fins de pilotage interne.

Certains de ces indicateurs font l'objet d'un recueil national, au sein des établissements de santé. Outre l'usage en termes de pilotage interne, ils sont aussi utilisés afin de répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers et d'aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national. Ce principe de mesure d'indicateurs de qualité et de sécurité généralisée à tous les établissements de santé s'articule avec la procédure de certification de la HAS qui vise les mêmes objectifs.

L'introduction d'un recueil généralisé d'indicateurs dans le système de santé et dans la certification poursuit un triple objectif :

- développer la culture de la mesure de la qualité des soins ;
- disposer de mesures factuelles de la qualité ;
- renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins.

Dans le cadre de la certification, 2 types d'utilisation des indicateurs sont à distinguer :

- **Les indicateurs nationaux de qualité généralisés par la Haute Autorité de Santé :**
 - Transversaux : DPA, DAN, RCP, TBIN, E-SATIS et optionnels (conformité des demandes d'examen en imagerie)
 - D'autres indicateurs de pratique clinique IDM, HPP, AVC et optionnels (Prise en charge postopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte : OBE) lorsque l'établissement est concerné
- **Les indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales** généralisés par le ministère de la santé Les indicateurs et les tableaux de bord internes à l'établissement : ils sont utilisés par l'établissement à des fins de pilotage interne ou d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les critères rattachés à des indicateurs nationaux généralisés par la Haute Autorité de Santé ou le ministère de la Santé sont, au même titre que ceux associés aux Pratiques Exigibles Prioritaires, des points de passage obligés d'une visite et sont diffusés au public par le biais du site scope santé.

La mesure annuelle des indicateurs qualité et sécurité des soins par les professionnels permet une revue annuelle des objectifs des services et une approche plus pérenne des démarches qualité. Ils permettent une meilleure réactivité de l'établissement sur les thématiques prioritaires.

PROGRAMME ET PLANS D' ACTIONS

LE PROGRAMME ANNUEL QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Un programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques reprenant les objectifs et sous objectifs détaillés dans la politique est élaboré par la cellule qualité en étroite collaboration avec la CME et la Direction. La mise en œuvre de ce programme est réalisée par le Comité qualité, Risques et Vigilances (COVIRIS) à laquelle participent les pilotes de chaque processus.

LE PLAN D' ACTIONS

Un plan d'actions qualité et gestion des risques via un fichier Excel permet de tracer et de suivre toutes les actions permettant de réaliser les objectifs de la politique.

Le suivi du plan d'actions, pour plus de facilité, est également réalisé au sein des instances.

MISE A JOUR DE LA POLITIQUE

Bilans annuels de la politique

Et mise à jour intégrale de la politique à la fin de sa validité.