

Date de la fiche : octobre 2009

Etablissement : Centre Hospitalier Jean-Martin CHARCOT

Statut : public

Département : Yvelines (78)

Contact pour cette expérience : Martine Pelicier-Boisset, responsable médical qualité

01.30.81.84.80, [martine.pelicier-boisset@ch-charcot78.fr](mailto:martine.pelicier-boisset@ch-charcot78.fr)

Anne Walczak, responsable qualité

01.30.81.84.81, [anne.walczak@ch-charcot78.fr](mailto:anne.walczak@ch-charcot78.fr)

## THEME

QUALITE

## TITRE DE L'EXPÉRIENCE

Management global de l'établissement par la qualité

## DIAGNOSTIC DE DÉPART

Après avoir reçu les experts visiteurs en décembre 2007, l'établissement a obtenu sa certification en mai 2008. L'année 2009 a été marquée par l'écriture du projet d'établissement 2009-2013 dans lequel est intégré un volet qualité et gestion des risques.

Ces 2 moments ont été l'occasion de réfléchir à l'organisation et au management de la qualité dans l'établissement.

Différentes nécessités sont apparues :

- renforcer l'équipe dédiée qualité (1 responsable qualité et 1 secrétaire qualité) avec notamment la création de la fonction « responsable médical qualité » ;
- repréciser les enjeux liés à la démarche qualité, en dépit de la mobilisation de nombreux professionnels aux divers projets qualité et gestion des risques ainsi que ceux liés à la préparation de la seconde visite de certification ;
- développer la culture qualité parmi les personnels administratifs, logistiques et techniques ;
- travailler l'appropriation des outils qualité par les professionnels de terrain ;
- renforcer la participation des médecins.

## GRANDES ETAPES DE LA DÉMARCHE

- **Pré requis** : Arrivée, en 2008, d'une nouvelle direction
- **Phase 1** : mise en place d'une nouvelle organisation de la qualité et de la gestion des risques, validée par les instances et s'appuyant sur les professionnels de terrain :
  - o Elaboration de l'organigramme « Qualité et Gestion des Risques »: choix délibéré de réaliser non pas un organigramme hiérarchique mais un organigramme fonctionnel intégrant trois dimensions :
    - la qualité et la sécurité des soins,
    - la gestion des risques,
    - l'évaluation des pratiques professionnelles, associée à la formation.
  - o Elaboration d'un document spécifiant les périmètres d'attribution et les missions de tous les acteurs impliqués (instances ou professionnels).

- Définition du positionnement des acteurs en place et arrivée de nouveaux protagonistes (professionnels et instances).  
Parmi eux, mise en place de nouvelles instances et groupe de travail :
    - Sous-commission de la CME « Qualité et Sécurité des Soins » (Sous Com QUASS),
    - Comité de Coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS),
    - Sous-commission Evaluation des Pratiques Professionnelles (Sous Com EPP)
    - Groupe de réflexion éthique (GRE)
  - Définition des missions des référents qualité médicaux, soignants, administratifs, logistiques et techniques.
  - Formalisation des missions et objectifs des groupes qualité appliquée.
- **Phase 2** : élaboration du projet d'établissement 2009-2013
- Elaboration du volet « Qualité et Gestion des Risques » du projet d'établissement 2009-2013 définissant les orientations stratégiques pour les 5 années à venir. Ce projet intègre notamment la volonté d'impliquer et d'associer davantage les représentants des usagers dans l'ensemble de la démarche.
  - Elaboration du plan d'action qualité 2009 (issu du volet Qualité et Gestion des Risques) sous forme de tableau de bord.
- **Phase 3** : Parallèlement :
- Amélioration du recueil et de l'analyse des événements indésirables déjà existant dans l'établissement par l'informatisation du dispositif et la mise en place du COVIRIS examinant mensuellement la « synthèse » des déclarations d'événements indésirables.
  - Préparation de l'entrée dans la V2010 (information/formation des professionnels).
- **Phase 4** :
- Développement de la politique d'évaluation des pratiques de l'établissement, notamment au travers du recensement des indicateurs existants pertinents pour l'hôpital et de la mise en place de nouveaux indicateurs et tableaux de bord (issus du projet COMPAQH) ; L'objectif est d'utiliser les indicateurs dans le management des activités, tel que préconisé dans le manuel de certification.
  - Adaptation de la démarche qualité consolidée aux nouvelles conditions de fonctionnement générées par l'emménagement à venir dans le nouvel hôpital.
  - Développement de la communication autour de la démarche et du projet global.
  - Développement de l'accompagnement des professionnels dans l'utilisation de la qualité comme outil de management des activités.

## OUTILS UTILISÉS

- Rapport de certification V2,
- [Organigramme fonctionnel de la qualité et de la gestion des risques](#),
- [Document décrivant les missions des acteurs du dispositif et leur périmètre d'attribution](#),
- Fiches missions des référents qualité,
- [Logiciel de recueil et d'analyse des événements indésirables](#),
- [Groupe qualité appliquée : fiche descriptive](#),
- [Présentation de la démarche qualité et gestion des risques lors de la journée des nouveaux arrivants](#).

## MOBILISATION ET COMMUNICATION AUTOUR DU PROJET

- Présentation et validation des différents documents (ex. : organigramme fonctionnel) au Comité de pilotage Qualité et Gestion des Risques composé notamment de l'équipe de direction au complet, du président et du vice-président de la CME, de représentants du personnels, du chef de service du DIM,
- Présentation du projet à l'ensemble des professionnels à travers les instances, comités et réunions catégorielles (ex. : collège médical, réunions de cadres de santé, CHSCT, etc.),
- Rappel des connaissances de base sur la qualité et présentation de la démarche qualité de l'établissement lors des journées des nouveaux arrivants (doublement du temps consacré à ce sujet depuis un an),
- Utilisation des supports de communication internes : Lettre de la direction, Journal de Charcot, intranet, etc.,
- Projet de réalisation :
  - o d'une lettre de la qualité,
  - o d'une plaquette de présentation de la démarche Qualité et Gestion des Risques au sein de l'établissement,
  - o de mini-guides d'aide méthodologique (gestion et animation de réunion, création de tableau de bord,...),
- Restructuration récente de la rubrique Qualité et Gestion des Risques de l'Intranet.

## RÉSULTATS OBTENUS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

### **Résultats :**

- Très bon accueil de l'organigramme fonctionnel,
- Engagement des directions et du terrain (ex. : candidatures spontanées de nouveaux arrivants),
- Prise de conscience et sensibilisation qui ont généré les premières initiatives (ex. : reprise en main des marchés de nettoyage, convention pour les kinésithérapeutes, nouvelle maquette du tableau de garde,...)
- Désignation de référents qualité (soignants, administratifs, logistiques et techniques ; liste des médecins référents qualité en cours de constitution),
- Bonne appropriation du logiciel de déclaration des événements indésirables avec multiplication des déclarations (doublement de leur nombre et apparition de déclarations émanant des services ALT),
- Renforcement de la prise de conscience des professionnels dans tous les secteurs d'activité (DARM, DRH, CME etc.).

**Difficultés :**

A ce stade, on constate :

- un manque de personnes relais à vocation transversale en attente de l'entrée en scène des référents qualité,
- l'apparition de missions et tâches supplémentaires,
- la culture qualité est encore aujourd'hui vécue par certains professionnels comme étant invasive.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS FACTEURS CLÉS DE LA RÉUSSITE

**Enseignements tirés :**

- L'entrée en fonction rapide des référents qualité est indispensable à la mise en œuvre de la politique définie,
- Nécessité d'élaborer un plan de communication afin d'accompagner de façon régulière les professionnels dans l'appropriation de la culture qualité.

**Avantages et inconvénients :**

- *Avantages :*
  - o Délégation d'un médecin assurant le lien entre la communauté médicale et le service qualité et également avec l'ensemble des acteurs du dispositif ;
  - o Dispositif complet, impliquant l'ensemble des acteurs de l'hôpital dans la mesure où il fait appel à des personnels de terrain, notamment avec la mise en place des référents qualité ;
  - o Démarche intégrant d'emblée les exigences de la certification V 2010.
- *Inconvénients :*
  - o La mesure de la qualité (indicateurs) est une culture difficile à diffuser du fait de sa nouveauté.

**Facteurs clés de réussite :**

- Communication permanente autour du projet,
- Engagement et implication des personnels mobilisés,
- Appui permanent par la direction,
- Détection des bons relais,
- Coopération avec les représentants des usagers et leurs familles,
- Pour aller vers une approche exhaustive, ne pas craindre une approche analytique et de détails qui pourront prendre valeur emblématique une fois repérés,
- Utilisation réflexe des outils qualité,
- Accompagnement des professionnels par les personnels dédiés, notamment dans le cadre d'une mission de conseil.