



Centre hospitalier
Le Quesnoy

Projet Qualité et Gestion des Risques 2016-2020



Hôpital Léon
Schwartzberg



Centre
"Les Chênes"



Clinique
gériatrique



Centre
médico-social



Résidence
Léonce Bogart



Résidence
Yvonne

Validé par :

- la CDU le 3 novembre 2016
- la Q2S le 6 décembre 2016
- le Directoire le 13 décembre 2016
- le CTE le 13 décembre
- la CME le 15 décembre 2016
- le Conseil de Surveillance le 15 décembre 2016

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
PREAMBULE – DEMARCHE ENGAGEE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DU QUESNOY	3
AXES DU PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES	4
AXE 1 : Poursuivre la stratégie d’amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité au travers du pilotage	5
Objectif stratégique 1 : Améliorer le pilotage global de la démarche qualité, de la sécurité et de la gestion des risques par thématique en lien avec les différents comités/commissions et les professionnels	5
Objectif stratégique 2 : Améliorer l’organisation et les outils de la démarche qualité et de la sécurité (gestion documentaire, FEI, satisfaction...)	9
Objectif stratégique 3 : Améliorer la définition, la mise en œuvre et l’évaluation des actions d’amélioration	12
Objectif stratégique 4 : Améliorer l’organisation, l’anticipation et la préparation de l’établissement à la gestion des situations exceptionnelles	15
AXE 2 : Garantir la mise en œuvre de la qualité, de la sécurité et des risques de manière optimum	17
Objectif stratégique 5 : S’assurer du respect des droits des usagers et promouvoir la bientraitance notamment en continuant le partenariat avec les représentants des usagers	17
Objectif stratégique 6 : Impliquer le personnel dans la mise en œuvre et l’appropriation des outils et documents qualité	20
Objectif stratégique 7 : Réduire les risques en améliorant l’utilisation de l’outil de signalement des FEI et en poursuivant l’analyse des risques a priori	23
Objectif stratégique 8 : Améliorer la maîtrise des activités et processus à risques (risque infectieux – médicaments – endoscopie – dossier patient - balnéothérapie)	28
Objectif stratégique 9 : Assurer le fonctionnement des vigilances et de la veille réglementaire	33
Objectif stratégique 10 : Poursuivre l’amélioration des pratiques au travers des EPP	35
Objectif stratégique 11 : Mettre en œuvre les exercices de préparation aux situations exceptionnelles ...	38
Objectif stratégique 12 : Mettre en œuvre les moyens pour être conforme aux différents dispositifs d’évaluation	40
AXE 3 : Mettre en place la coordination de la démarche qualité et sécurité dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire	46
Objectif stratégique 13 : Organiser en lien avec les membres du GHT la mise en œuvre du compte qualité commun	46
AXE 4 : Favoriser la performance logistique au service des usagers	48
Objectif stratégique 14 : Garantir le confort hôtelier et la sécurité	48
Objectif stratégique 15 : Poursuivre l’amélioration de la prestation restauration et linge	50
Objectif stratégique 16 : Poursuivre l’optimisation et la rationalisation du fonctionnement des unités logistiques	53
Objectif stratégique 17 : Développer et faciliter la relation client/fournisseur entre les unités de soins et les services logistiques	55
Objectif stratégique 18 : Favoriser des achats éco responsables, efficaces et respectant les besoins des demandeurs et rationaliser l’utilisation de nos ressources	57
AXE 5 : Favoriser la réduction de notre empreinte environnementale	59
Objectif stratégique 19 : Maîtriser nos consommations d’eau et d’énergie et limiter nos émissions de gaz à effet de serre	59
Objectif stratégique 20 : Optimiser la gestion des déchets et des rejets liquides	61

PREAMBULE - DEMARCHE ENGAGEE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DU QUESNOY

Le volet « Qualité et gestion des risques » du projet d'établissement 2016-2020 rassemble nos priorités institutionnelles pour assurer la qualité de la prise en charge et la sécurité du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en intégrant les activités support au service du soin.

Le Projet « Qualité et Gestion des risques » permet de définir la politique à conduire en matière de qualité et de sécurité.

Il se substitue, tout en s'inscrivant dans leur continuité aux politiques « qualité et sécurité des soins » qui étaient précédemment mises en place (version 1 : 2005, version 2 : 2010/2012, version 3 : 2012/2016) ainsi qu'aux autres politiques (dossier patient, prise en charge médicamenteuse, prise en charge hôtelière, développement durable, communication)

Le management de la qualité et la gestion des risques repose sur le CoDir (Comité de Direction), qui mobilise l'ensemble des parties prenantes. Le CoDir est composé du Directeur, de la Présidente de la CME, de la coordinatrice des soins et de la responsable qualité.

La CME et ses sous-commissions (Comédims, Clin, Clan, Clud, Csth, groupe circuit des produits de santé...), la CDU, la CCSIRMT, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), la coordinatrice des vigilances, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM), contribuent à la définition et à la mise en œuvre des plans d'action en lien avec les pilotes de thématique.

Le projet qualité gestion des risques s'appuie sur l'analyse a priori des risques, le signalement d'événements indésirables, l'analyse des enquêtes de satisfaction des patients et les résultats de la certification V2014.

La promotion d'une véritable culture sur le terrain repose sur des actions d'amélioration continue des pratiques et organisations, à destination de tous les personnels au travers de l'analyse des événements indésirables.

Le déploiement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les comités de retours d'expériences (Crex) sont autant d'outils fédérateurs qui permettent une approche pluri professionnelle et pluridisciplinaire, sources de renforcement de la culture qualité et sécurité. La prise en compte des parcours patient et le management des processus sont à poursuivre, en s'appuyant sur les évaluations : patient traceur, audit de processus.

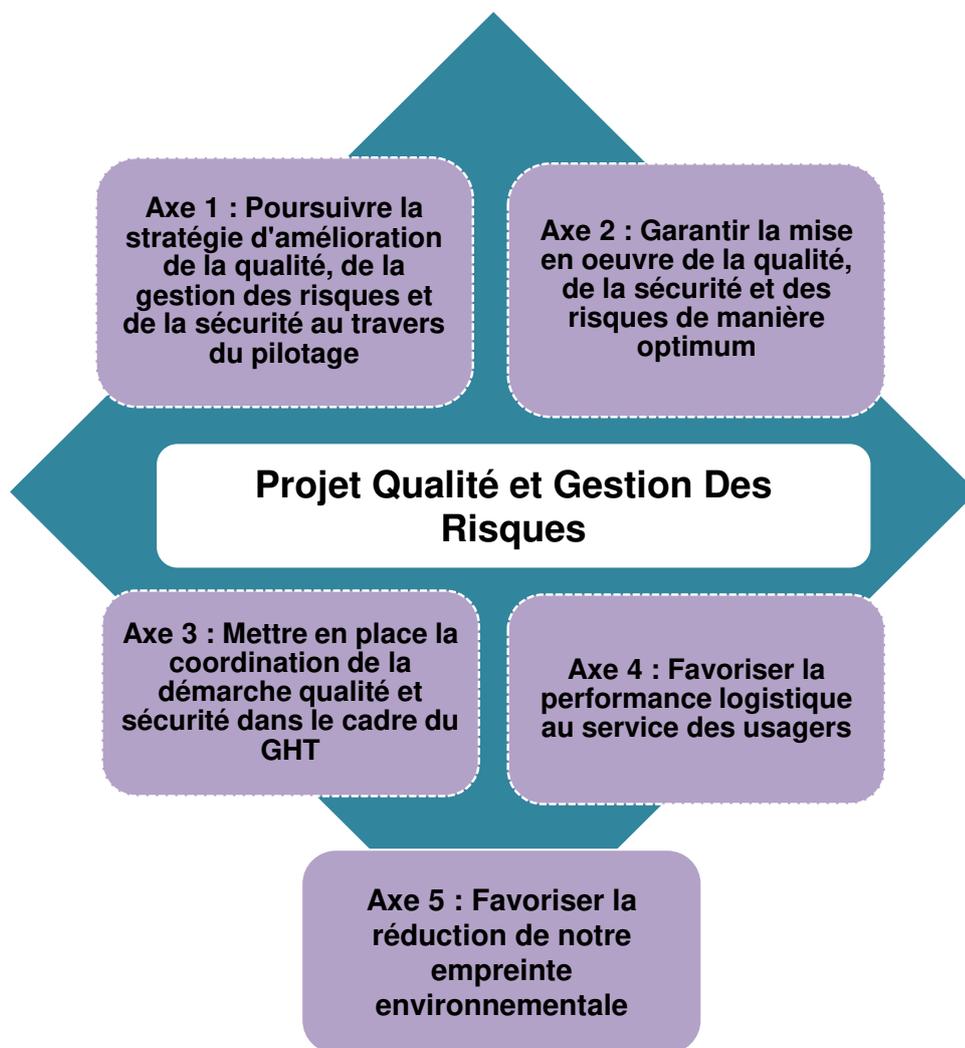
L'établissement poursuivra également ses exigences en termes d'audits annuels, au-delà des exigences externes (IPAQSS). Il maintiendra l'analyse de l'atteinte de ses objectifs au travers des indicateurs.

Le projet qualité et gestion des risques est cohérent avec les priorités des autres projets (projet médical, projet de soins, projet social, projet du système d'information). Il rassemble les axes de travail essentiels pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient qui sont déclinés, par thématique, en plan d'actions, dont l'avancée des réalisations sera suivie régulièrement et dont les résultats seront publiés annuellement. Un tableau de bord des indicateurs permet de visualiser les résultats, de les communiquer. L'analyse des indicateurs permet d'apporter des actions d'amélioration et de faire évoluer les projets.

Le bilan annuel est présenté aux instances (CME, CSIRMT, CTE, CS, directoire).

AXES DU PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Le schéma ci-dessous présente les axes du Projet Qualité et Gestion Des Risques du Centre Hospitalier du Quesnoy.



AXE 1 : POURSUIVRE LA STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA SECURITE AU TRAVERS DU PILOTAGE

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : AMELIORER LE PILOTAGE GLOBAL DE LA DEMARCHE QUALITE, DE LA SECURITE ET DE LA GESTION DES RISQUES PAR THEMATIQUE EN LIEN AVEC LES DIFFERENTS COMITES/COMMISSIONS ET LES PROFESSIONNELS

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« La démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est ancrée dans la culture institutionnelle, inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management très impliqué. »
« Il existe une politique, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. La politique est formalisée, régulièrement revue et un programme d'actions est rédigé. La validation de la politique et des programmes d'actions est finalisée par la CME après avis du CODIR. Celui-ci se prononce sur proposition du comité opérationnel Q2S. La politique d'amélioration comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. »

« L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus de management de la qualité et de la gestion des risques. Les missions respectives des instances sont définies dans des règlements intérieurs. La coordination est effective entre la Q2S et les sous commissions de la CME (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CSTH, identitovigilance...). Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins est un praticien membre de la Q2S. »

Jusqu'en mars 2014 le pilotage de la démarche de la qualité et des risques était assuré par un Comité de Pilotage (COPIL). Suite aux nouvelles modalités de certification, l'établissement a fait le choix de mettre en place un pilotage de sa démarche qualité et sécurité des soins sur la base des thématiques avec un ou des pilotes pour chaque thématique. Chaque pilote a la responsabilité du renseignement de son thème en lien avec les personnes et les comités ressources.

Les professionnels de l'établissement et les représentants des usagers sont associés directement ou indirectement à l'élaboration du compte qualité à différentes étapes de son élaboration, notamment pour l'identification des risques.

Le contenu du compte qualité est soumis aux comités/commissions en lien avec les thèmes abordés. Pour toutes les thématiques, le contenu du compte qualité est validé par la commission qualité et sécurité des soins (Q2S) puis par le Comité de Direction (CoDir).

Il a été décidé de s'appuyer sur la Commission Qualité et Sécurité des Soins (Q2S) pour assurer le pilotage de l'ensemble de la démarche.

La composition de la commission qualité et sécurité des soins est la suivante :

- Présidente de la CME
- Chefs de pôle des services de soins et médico-technique
- Médecin d'EHPAD
- Coordonnateur des risques associés aux soins
- Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Coordinatrice des soins
- Cadre de santé de chaque pôle et un cadre des EHPAD
- Service qualité

Le service qualité coordonne l'élaboration et le suivi du compte qualité. Un qualicien accompagne systématiquement les pilotes de thématiques et les personnes ressources pour l'analyse des thématiques. Des bilans intermédiaires sont présentés à la Commission Qualité et Sécurité des Soins pour assurer la cohérence de la démarche et sont validés par le Comité de Direction (CoDir). Les comités spécifiques (CLuD, CIV, groupe circuit des produits de santé, CSIRMT, CDU...) sont associés à la validation des informations contenues dans le compte qualité en amont de sa validation par la Q2S et le CoDir.

Bien que la loi HPST ne l'y oblige plus, le Centre Hospitalier Le Quesnoy a conservé un certain nombre de sous-commissions (CLIN-CLAN-CLuD...) qui poursuivent leurs missions.

Le tableau ci-dessous synthétise le bilan général du fonctionnement des comités/commissions présenté dans le rapport d'activité 2015 de la qualité/sécurité des soins et gestion des risques.

Comité / commission / groupe	Nombre de réunions réalisées / Nb réglementaire ou fixé par le règlement intérieur	Dates	Chapitre associé	Nb de RU
Conseil de surveillance	2 / 4 (réglementaire)	25 juin - 29 octobre	2.4.1	2 + 2
Directoire	4 / 8 (réglementaire)	27 janvier - 16 avril - 18 juin - 15 octobre	2.4.2	
Commission médicale d'établissement (CME)	4 / 4 (réglementaire)	19 février - 23 juin - 13 octobre - 26 novembre	2.4.3	
Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT)	2 / 2 (réglementaire)	22 juin - 22 octobre	2.4.4	
Comité technique d'établissement (CTE)	2 / 4 (réglementaire)	22 juin - 22 octobre	2.4.5	
Commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) *	4 / 4 (réglementaire)	31 mars - 16 juin - 29 septembre - 15 décembre	2.4.6	1+2+1+1
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) *	3 / 3 (réglementaire)	21 mai - 13 octobre - 17 décembre	2.4.7	
Bilan des comités réglementaires (Pourcentage de réunions réalisées)	72% (21/29)			
Comité de Direction (CoDir)	(RI non élaboré)	9 février - 30 mars - 2 novembre	2.4.8	
Revue de direction	(RI non élaboré)	10 décembre	2.4.9	
Commission qualité sécurité des soins (Q2S)	6 / 6 (RI v5 - janvier 2015)	20 janvier - 26 mars - 28 mai - 30 juin - 8 octobre - 1 ^{er} décembre	2.4.10	
CREX	6 / 6 (Engagement ARS)	02 juin - 05 juin - 08 juin - 02 juillet - 09 juillet - 05 novembre	2.4.11	
Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) *	2 / 2 (RI - mars 2013)	02 avril - 10 décembre	2.4.12	1+1
Réseau des correspondants hygiène	Pas de règlement à ce jour	15 janvier - 10 mars - 21 avril - 23 juin - 17 novembre		
Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) *	2 / 2 (RI v3 - avril 2015)	14 avril - 10 novembre	2.4.13	
Comité de lutte contre la douleur (CLUD)	2 / 2 (RI v2 - décembre 2014)	05 juin - 27 novembre	2.4.14	0 + 0
Référents douleur	3 / 2 (même nombre que le CLuD)	19 février - 01 octobre - 14 décembre		
Comité de liaison en alimentation (CLAN)	1 / 2 (RI en cours de révision)	12 octobre 2015	2.4.15	1
Groupe circuit des produits de santé	3 / 3 (RI - novembre 2010)	12 février - 04 juin - 05 novembre	2.4.16	
Comité du médicament et des dispositifs médicaux stérile (COMEDIMS)	2 / 3 (RI V2 février 2015)	16 février 2015 - 29 juin 2015	2.4.17	
Cellule d'identitovigilance (CIV)	4 / 4 (RI v3 - septembre 2014)	10 février - 26 mai - 15 septembre - 8 décembre	2.4.18	
Comité de matériovigilance/réactovigilance	3 / 3 (RI - décembre 012)	23 mars - 15 juin - 3 décembre	2.4.19	
COPIL DP (dossier patient)	6 / 6 (RI - mars 2012)	26 janvier - 16 mars - 19 mai - 14 septembre - 9 novembre - 15 décembre	2.4.20	
Groupe développement durable *	1 / 1 (RI - avril 2015)	17 avril 2015	2.4.21	
Groupe plaie et cicatrisation (GPC)	Pas de règlement à ce jour	Pas de réunion	2.4.22	

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- organiser par thématique l'ensemble du fonctionnement,
- maîtriser la mise en œuvre du programme d'actions qualité,
- impliquer les pilotes et l'encadrement dans les choix stratégiques,
- poursuivre la coordination en lien avec les comités/commissions,
- renforcer la place de l'utilisateur/représentants des usagers dans le dispositif de pilotage de la qualité,
- poursuivre le pilotage des vigilances,
- optimiser la préparation de l'établissement aux visites de certification.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : *(Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.)* :

- veiller avec les présidents de comités/commissions à intégrer l'ensemble des actions aux plans d'action (faire le lien entre les comptes rendus et les plans d'action),
- préserver la présence d'un membre du CoDir dans chaque comité/groupe de travail,
- mettre en place une information exhaustive ascendante et descendante entre le CoDir, les pilotes (revue de direction) et l'encadrement (réunion des cadres) en mettant systématiquement un point à l'ordre du jour,
- mettre à jour les programmes d'action au minimum deux fois par an par l'intermédiaire des pilotes d'action,
- améliorer l'information en continu des professionnels sur les attentes de la Haute Autorité de Santé en utilisant à la fois des supports écrits (flashs spéciaux) et des échanges directs dans les unités/service (au moins une fois par an),
- veiller au respect du nombre de réunions et à la participation des comités en lien avec les vigilances (CIV – matério/réacto – hémovigilance - pharmacovigilance),
- avoir une organisation permettant la transmission ascendante et descendante des informations sur les vigilances.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 1-1** : réorganiser le pilotage des comités pour arriver à un pilotage par thématique,
- **action 1-2** : changer l'organisation de la gestion documentaire en créant des classeurs par thématique,
- **action 1-3** : identifier la thématique associée à chaque Fiche d'Evènements Indésirables.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 1-1** : 2018
- **Action 1-2** : 2017
- **Action 1-3** : 2017

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de participation moyen aux comités/commissions** : objectif $\geq 70\%$
($< 50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $< 80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $<$ l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : **70,5%** (moyenne simple des différents comités/commissions)
- **Taux de comités/commissions qui se sont réunis en conformité avec leur règlement intérieur** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $< 50\%$, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint $> 59\%$ et $< 80\%$)
Données 2015 : **87,3%** (62/71)

Axe 1 : Poursuivre la stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité au travers du pilotage

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : AMELIORER L'ORGANISATION ET LES OUTILS DE LA DEMARCHE QUALITE ET DE LA SECURITE (GESTION DOCUMENTAIRE, FEI, SATISFACTION...)

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« L'établissement a mis en place une gestion documentaire informatisée accessible à tous les professionnels et connue de tous ce que les experts-visiteurs ont pu vérifier lors de la visite. »

« Le signalement des événements indésirables est dématérialisé, le circuit des fiches d'événements indésirables est organisé. Tous les documents qualité sont accessibles à tous dans la gestion documentaire sur l'intranet. Ils sont disponibles en format papier (un exemplaire par bâtiment). »

La Direction et l'ensemble des agents du Centre Hospitalier du Quesnoy se sont engagés dans une démarche continue de la qualité et de la sécurité des soins afin de garantir, le meilleur niveau de qualité, de sécurité et d'accueil pour ses usagers, dans le respect de la maîtrise de coûts et de l'environnement. Pour cela, l'établissement a établi une stratégie conforme aux orientations du projet d'établissement applicable dans l'ensemble des pôles qui le constitue.

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier du Quesnoy a défini 4 objectifs stratégiques dont celui de promouvoir une démarche d'amélioration continue dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins, au travers 5 objectifs opérationnels :

- évaluer l'avancement de la démarche en suivant les projets qualité/gestion des risques,
- développer une culture « positive de l'erreur »,
- consolider la communication et la structurer en l'organisant au niveau des services,
- poursuivre le déploiement du système de management de la qualité (SMQ) du circuit du médicament,
- certifier le Centre Hospitalier à la quatrième version de certification.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- favoriser le signalement des événements indésirables, notamment par la culture positive de l'erreur,
- améliorer la connaissance et l'appropriation des professionnels sur les documents qualité,
- améliorer et simplifier le système de validation des documents qualité,
- améliorer et simplifier l'analyse, le recueil et l'information sur la satisfaction des patients,
- assurer la remontée d'informations aux autorités (ARS, ASN, Omédit) sur les événements indésirables graves.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- poursuivre la simplification du contenu des documents,
- poursuivre la communication annuelle systématique sur le bilan des Fiches d'Evènements Indésirables,
- identifier, lors de la création d'activité, s'il serait intéressant de mettre en place une évaluation de la satisfaction.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 2-1** : améliorer la diffusion (pour une meilleure appropriation) des documents qualité en lien avec le nouvel intranet,
- **action 2-2** : mettre en place une gestion de signatures électroniques en lien avec le projet du système d'information,
- **action 2-3** : mettre en place la nouvelle version du logiciel de Fiches d'Evènements Indésirables,
- **action 2-4** : améliorer la mise en place des actions, la communication et le suivi suite aux Comité de Retour d'EXpérience,
- **action 2-5** : améliorer la connaissance sur la charte de non-punition,
- **action 2-6** : systématiser l'analyse des enquêtes en utilisant le scanner associé au logiciel sphinx,
- **action 2-7** : étudier des solutions alternatives pour recueillir la satisfaction des patients (bornes interactives, enquêtes téléphoniques...),
- **action 2-8** : organiser et formaliser le signalement des Evènements Indésirables graves.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 2-1** : 2017
- **Action 2-2** : 2019
- **Action 2-3** : 2017 (phase d'évaluation des pré-requis techniques et des attentes des utilisateurs) – 2018 (mise en place de l'outil),
- **Action 2-4** : 2017
- **Action 2-5** : 2017
- **Action 2-6** : 2017 à 2020 (suivant la progression fixée dans les indicateurs)
- **Action 2-7** : 2019 (étude) – 2020 (mise en place éventuelle)
- **Action 2-8** : 2017

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre de flash spéciaux en lien avec les EI** : objectif ≥ 1
(Non atteint : 0)
 Données 2015 : **1** flash spécial EI en mai 2015

- **Nombre d'enquêtes de satisfaction annuelles réalisées** : objectif $\geq N-1$ (sauf évolution de l'activité ou de la réglementation)
(Non atteint < 7, partiellement atteint : 8, en grande partie atteint : 9)
 Données 2015 : **10** (1 questionnaire de satisfaction en continue (patients + famille) - 1 enquête annuelle USLD (patients + familles) - 4 enquêtes en radiologie (échographie – scanner – radiologie – mammographie) — 2 enquêtes ETP (1 réa cardiaque – 1 syndrome métabolique) – 1 endoscopie – 1 enquête douleur)

- **Taux de supports d'enquêtes compatibles avec l'utilisation du scanner pour le logiciel SPHINX** : objectif : 2016 : 15% - 2017 : 25% - 2018 : 50% - 2019 : 75% - 2020 : 100%)
(<50% de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et <80% : partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **12 supports**

- **Taux de protocoles/procédures ayant une synthèse** : objectif : 2016 : 15% - 2017 : 25% - 2018 : 50% - 2019 : 75% - 2020 : 100%)
(<50% de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et <80% : partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **0 protocole / procédure**

- **Taux de documents de plus de 4 ans révisés** : objectif : 2016 : 65% - 2017 : 75% - 2018 : 85% - 2019 : 95% - 2020 : 100%)
(<50% de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et <80% : partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **55%**

Axe 1 : Poursuivre la stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité au travers du pilotage

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 : AMELIORER LA DEFINITION, LA MISE EN ŒUVRE ET L'ÉVALUATION DES ACTIONS D'AMELIORATION

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de l'Haute Autorité de Santé de février 2016 :

«L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les résultats sont communiqués aux professionnels. La revue de direction annuelle permet de faire le bilan de l'avancée de toutes les thématiques. Les tableaux de bord des indicateurs sont mis à jour régulièrement et transmis chaque trimestre aux médecins et aux cadres pour diffusion et affichage. Les indicateurs nationaux sont affichés dans l'établissement et diffusés dans le livret d'accueil du patient. Une communication thématique est diffusée régulièrement par "flash spécial"(bilan des fiches d'événement indésirable et des actions réalisées, prise en charge médicamenteuse...). La satisfaction des usagers est recueillie chaque année dans tous les secteurs et les résultats sont diffusés et analysés dans les instances et notamment à la CRUQPC et font l'objet d'actions d'amélioration incluses dans le PAQSS si nécessaire. »

Le Centre Hospitalier du Quesnoy réalise annuellement un rapport d'activité N complété d'un programme d'action N+1.



Le tableau ci-dessous présente un extrait de bilan des objectifs généraux de l'année.

		Bilan des actions programmées en 2015							
		Nouveautés	Fonctionnement	Atteint	En grande partie atteint	Partiellement atteint	Non atteint	Projet annulé	Remarques
management de la qualité	Faire un bilan semestriel en Q2S de l'avancement des thématiques	X			X				le bilan a été fait avec les pilotes et lors de la certification
management de la qualité	Organiser l'analyse des EI par la Q2S	X		X					Organisation mise en place en mars 2015
management de la qualité	S'assurer de la transmission des informations nécessaires au pilotage de chaque thématique (Base IT/IPE/187 : réglementation - CR - FEI - résultats d'audit ...)		X	X					Les éléments nécessaires ont été transmis en vu de la préparation de la certification. Une évaluation de la pérenité sera faite en 2016.
La politique qualité et sécurité des soins									
management de la qualité	Évaluer la mise en place de la politique		X	X					Bilan intermédiaire fait en octobre 2015
Les engagements du CPOM									
management de la qualité	Être conforme aux objectifs fixés.		X					X	L'ARS n'a pas adressé de demande pour un bilan intermédiaire

Le tableau ci-dessous présente un extrait de bilan chiffré par thématique.

Bilan chiffré du pilotage pour 2015

Pilote : F.MOURA	Nb initial	Nb ajouté	Nb non fait	Nb en cours	Nb soldé
Bilan du plan d'action global 2015	17	4	5	6	10
			24%	29%	48%
Bilan des actions pour améliorer l'autodiagnostic (action restantes en 2015)	5			2	3
				40%	60%
Détail des actions 2014/2016 du compte qualité	6			3	3
				50%	50%
Bilan des audits 2015	1	1			2
					100%
Révision des documents de plus de 4 ans	15			5	10
				33%	67%
Bilan de l'auto diagnostic	94,6				
Nb de risques intégrés au compte qualité 2014/2016					

Bilan chiffré de la politique qualité et sécurité des soins

Objectif atteint	16	59%
Objectif atteint en grande partie	9	33%
Objectif partiellement atteint	2	7%
Objectif non atteint	0	0%
Pas d'évaluation	2	

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- vérifier le respect de la priorisation des actions en fonction de leur catégorie (compte qualité – CREX – audits/enquêtes/inspections),
- veiller à la mise en œuvre des actions de fonctionnement,
- s'assurer de la mise en place de l'évaluation des actions.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 3-1** : mettre en place un système de priorisation des actions,
- **action 3-2** : s'assurer du renseignement lors du bilan annuel de la colonne (modalités / indicateurs de suivi) sur les plans d'action.

Echéance - Calendrier

- **Action 3-1** : 2016 (mise en place) – 2017 (mettre en action de fonctionnement le respect de la priorisation)
- **Action 3-2** : 2016 (mise en place) – 2017 (mettre en action de fonctionnement)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux d'actions prioritaires (compte qualité – audit – CREX) réalisées :** objectif $\geq 80\%$
(Non atteint <50%, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint >59% et <80%)
Données 2015 : **pas d'évaluation**
- **Taux d'actions non prioritaires réalisées :** objectif $\geq 80\%$
(Non atteint <50%, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint >59% et <80%)
Données 2015 : **pas d'évaluation**
- **Taux d'actions de fonctionnement réalisées :** objectif $\geq 80\%$
(Non atteint <50%, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint >59% et <80%)
Données 2015 : **pas d'évaluation**
- **Taux d'audits/inspections réalisés :** objectif $\geq 80\%$
(Non atteint <50%, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint >59% et <80%)
Données 2015 : **82%** (14/17)

Axe 1 : Poursuivre la stratégie d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité au travers du pilotage

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : AMELIORER L'ORGANISATION, L'ANTICIPATION ET LA PREPARATION DE L'ETABLISSEMENT A LA GESTION DES SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de l'Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« Un plan de crise est rédigé et actualisé annuellement. Il comporte, outre le plan blanc, un plan canicule, un plan neige, un plan de gestion du risque biologique. »

« Le plan de crise est disponible sur la base de gestion documentaire et une version papier est disponible dans la salle prévue pour la cellule de crise. »

Le Centre Hospitalier du Quesnoy a organisé ses plans d'urgence en les déclinant en 8 procédures/protocoles, 4 d'entre eux ont été actualisés en 2015 :

- PG/OPC/023 : « Plan blanc et gestion de crise » - version applicable : V2 – novembre 2012
- PG/OPC/011 : « Prévention et action en cas de forte chaleur » - version applicable : V10 – décembre 2015
- PG/OPC/013 : « Gestion d'une pandémie grippale » - version applicable : V3 – octobre 2015
- PG/OPC/017 : « Conduite à tenir en cas d'Infection à Clostridium Difficile » - version applicable V4 – décembre 2015 ;
- PG/OPC/022 : « Plan Vigipirate, Posture Permanente de Sécurité » - version applicable : V2 – novembre 2015 ;
- PG/OPC/043 : « Prévention et action en cas d'épisode neigeux ou de verglas important » - V1 – mars 2014 ;
- PG/QPR/009 : « Gestion des alertes sanitaires » - V1 – août 2011 ;
- PR/HYS/044 : « Conduite à tenir devant une situation épidémique » - V5 – août 2014.

Il n'y a pas eu d'exercice plan blanc en 2015, par contre un audit de la procédure plan blanc a été réalisé en 2015. Les membres de la cellule de crise ont analysé les résultats en décembre 2015, la révision de la procédure se fera début 2016. A l'issue de cette révision un exercice de rappel des membres de la cellule de crise sera organisé.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- préparer l'établissement à la gestion d'une pandémie et/ou d'une situation exceptionnelle,
- poursuivre l'anticipation aux situations climatiques exceptionnelles.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- poursuivre l'évaluation organisationnelle (vérification annuelle du contenu des pochettes plan blanc),
- poursuivre l'évaluation organisationnelle pour les situations climatiques exceptionnelles (enquête sur l'organisation pour la préparation à la canicule, feuille de rappel des agents, enquête sur l'organisation pour une période de grand froid).

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 4-1** : étudier la faisabilité de compléter la procédure plan blanc avec d'autres mesures (confinement, zone de replis...),
- **action 4-2** : faire un document simplifié d'information sur le plan blanc pour tout le personnel (y compris les nouveaux arrivants, stagiaires...),
- **action 4-3** : finaliser le PCA.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 4-1** : 2016
- **Action 4-2** : 2017
- **Action 4-3** : 2018

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre d'évaluations organisationnelles du plan blanc sur la base de l'EQ/OPC/030** :
objectif ≥ 1
(Non atteint : 0)
Données 2015 : 1
- **Taux de conformité de l'évaluation organisationnelle avant la mise en place des mesures correctives** : objectif : 100%
(Non atteint < 100%)
Données 2015 : pas d'évaluation en 2015 sur cet outil
- **Taux de conformité de l'évaluation organisationnelle après la mise en place des mesures correctives** (maximum 15 jours après l'évaluation) : objectif : 100%
(Non atteint < 100%)
Données 2015 : pas d'évaluation en 2015 sur cet outil

AXE 2 : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DES RISQUES DE MANIERE OPTIMUM

OBJECTIF STRATEGIQUE 5 : S'ASSURER DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE NOTAMMENT EN CONTINUANT LE PARTENARIAT AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« Il existe une politique des droits et des devoirs du patient intégrée dans le projet d'établissement, le projet de soins et de la qualité et gestion des risques, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle a été élaborée et validée avec la CRUQPC. Elle comporte six objectifs d'améliorations : accueil, bientraitance et droits du patient, l'information et la communication, cohérence-sécurité-continuité des soins, accompagnement des patients, la sortie du patient. L'établissement a identifié des mesures de traitement des risques en fonction de la cartographie des risques de maltraitance élaborée en 2013 et 2014, adaptées aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'à son contexte et ses spécificités de prises en charges. »

« La participation des usagers est effective dans l'élaboration de la politique qualité qui fait l'objet du recueil des avis des usagers et de la validation et du suivi du programme dans le cadre de la CRUQPC. »

« Les représentants des usagers ont participé à l'identification des risques a priori sur la maltraitance et à l'élaboration du document final. La traçabilité est assurée dans les secteurs d'activité. »

Le Centre Hospitalier du Quesnoy a pour objectif principal de garantir la sécurité de l'ensemble des personnes transitant dans l'établissement (patients, visiteurs, prestataires, professionnels) tout en veillant à l'efficacité des actions mises en œuvre en les évaluant en continu.

L'établissement a fait sienne la définition de la qualité/sécurité de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

« Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier du Quesnoy a défini 4 objectifs stratégiques dont celui de garantir la maîtrise de la qualité des activités de l'établissement notamment en garantissant le respect des droits des patients et en promouvant la bientraitance.

En 2015,

- 37% des agents du pôle de médecine gériatrique et 41% des agents du pôle de médecine polyvalente ont été formés à la bientraitance.
- 92.6% des patients interrogés sont satisfaits du respect accordé à leurs droits.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- poursuivre l'implication des représentants des usagers,
- poursuivre l'amélioration du recueil de la satisfaction des patients,
- mettre en œuvre les actions d'amélioration suite à l'analyse des plaintes et réclamations,
- assurer la communication du dossier patient dans le respect de la réglementation,
- favoriser l'information du patient sur ses droits d'accès à son dossier,
- faciliter et promouvoir le signalement par les usagers (patient et/ou entourage) des difficultés rencontrées au cours du séjour,
- poursuivre le déploiement des actions d'amélioration pour la bienveillance au travers de la cartographie des risques de maltraitance.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : *(Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.)* :

- veiller avec les membres de la CDU au renseignement du tableau de suivi des demandes de dossier,
- veiller à la mise à jour de la cartographie des risques de maltraitance.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 5-1** : associer les représentants des usagers dans les mises à jour de la cartographie des risques de maltraitance,
- **action 5-2** : mettre en place un outil de communication pour améliorer le retour des enquêtes (patients/ familles),
- **action 5-3** : veiller avec les membres de la CDU à la mise en place des mesures proposées (dans le tableau de suivi des plaintes et réclamations, intégrer les dates de réalisation des mesures proposées),
- **action 5-4** : communiquer sur l'existence d'un formulaire spécifique de demande de dossier,
- **action 5-5** : mettre en place l'outil de signalement pour les patients dans le cadre du respect du Programme National pour la Sécurité des Patients.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 5-1** : 2017
- **Action 5-2** : 2018
- **Action 5-3** : 2017 (mise en place) – 2018 (mettre en action de fonctionnement)
- **Action 5-4** : 2017
- **Action 5-5** : 2017 (ou date de mise à disposition de l'outil au niveau national)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre d'agents formés à la bientraitance par pôle :** objectif : + 2 agents par pôle par an
(0 : non atteint – 1 atteint en grande partie).
Données 2015 : non évaluée selon cette méthode
- **Taux de satisfaction sur le respect des droits des patients (MCO-SSR) :** objectif $\geq 90\%$
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $<$ l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : **92,6%** (MCO-SSR – 716/773)
- **Taux de satisfaction globale (très satisfaits) :** objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : **81,7%** (MCO-SSR – 752/921)

OBJECTIF STRATEGIQUE 6 : IMPLIQUER LE PERSONNEL DANS LA MISE EN ŒUVRE ET L'APPROPRIATION DES OUTILS ET DOCUMENTS QUALITE

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« L'établissement a mis en place une gestion documentaire informatisée accessible à tous les professionnels et connue de tous ce que les experts-visiteurs ont pu vérifier lors de la visite. »

« Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. »

« Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le programme d'amélioration de la qualité est décliné dans tous les secteurs et dans chaque unité. Le médecin responsable et le cadre assurent la mise en œuvre des actions et la diffusion des informations. Ils contribuent aux différentes évaluations. Ils disposent, chaque trimestre, des tableaux de bord des indicateurs qualité retenus par le Q2S. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin : dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes. Un CREX central étudie les fiches d'événement indésirable et décide des analyses profondes à mener (selon la méthode ALARM ou REMED) et des actions correctives à déployer. Les déclarants participent aux CREX et sont informés des suites notamment des actions d'amélioration décidées. »

La démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une démarche transversale qui implique de nombreux acteurs.

En 2013 un Comité de Retour d'EXpérience central a été mis en place, il a pour mission la cotation de l'ensemble des événements indésirables, le choix des événements indésirables donnant lieu à la mise en place d'un CREX ainsi que le suivi de la mise en place des actions et l'évaluation des actions mises en place.

Il y a eu 6 Comités de Retour d'EXpérience en 2015.

A fin 2015, 724 documents qualité étaient applicables. Parmi ces documents 50 ont été créés en 2015 et 109 actualisés.

	documents applicables	documents créés en 2015	documents actualisés en 2015	documents inchangés
Enregistrement	330	26	53	251
Fiche technique	65	5	13	47
Imprimé type	74	8	9	57
Protocoles	157	10	19	128
Procédures	94	1	15	78
Manuel qualité	1	0	0	1
Contrat service	3	0	0	3
	724	50	109	565

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- améliorer la participation du personnel à la mise en œuvre et à l'utilisation des outils (Fiches d'Evènements Indésirables – Comité de Retour d'EXpérience – protocoles...),
- améliorer la connaissance des documents qualité.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 6-1** : créer un groupe de travail (comportant du personnel de terrain) pour la mise en place de la nouvelle version de l'outil « Fiches d'Evènements Indésirables »,
- **action 6-2** : améliorer la diffusion des actions d'amélioration qui découlent des CREX et le suivi de la mise en œuvre aux différents services,
- **action 6-3** : mettre systématiquement un agent de terrain directement impliqué dans la mise en œuvre du protocole (IDE, AS, ASH, OPQ...) et dans la signature des documents qualité,
- **action 6-4** : faciliter la recherche des documents qualité avec le nouvel intranet,
- **action 6-5** : prioriser les protocoles de 3 thématiques par an et les auditer (cycle de 4 ans pour évaluer toutes les thématiques).

Echéance - Calendrier

- **Action 6-1** : 2017
- **Action 6-2** : 2017 (puis suivi au travers de l'indicateur)
- **Action 6-3** : 2016 (mise en place) puis évaluation en continu par le service qualité
- **Action 6-4** : 2017
- **Action 6-5** : 2018

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre de CREX réalisés** : objectif ≥ 6 / an (sauf évolution des objectifs de l'ARS)
(Non atteint : <4, atteint partiellement : 4, en grande partie atteint: 5)

Données 2015 : 6

- **Nombre de FEI signalées** :

Données 2015 : 721 (285 FEI + 411 chutes + 9 matériovigilance + 16 escarres)

- **Nombre de CREX réalisés / nombre de FEI graves**

Données 2015 : pas d'évaluation

- **Nombre de consultation des protocoles/procédures sur intranet** : objectif \geq N-1
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $<$ l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : pas d'évaluation possible avant 2017 (rq : il ne sera pas possible de dissocier les consultations émanant des structures médico-sociales)

- **Taux de consultation des nouveaux protocoles/procédures sur intranet** : objectif \geq N-1
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $<$ l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : pas d'évaluation possible avant 2017 (rq : il ne sera pas possible de dissocier les consultations émanant des structures médico-sociales)

- **Taux de thématiques pour lesquelles un ou des protocoles associés ont été évalués** :
objectif : 3
(Non atteint : 0, partiellement atteint : 1, en grande partie atteint : 2)
Données 2015 : indicateur non évalué, organisation non mise en place à cette date

- **Nombre d'interventions (formation – information – réunions) réalisées par le service qualité** : objectif \geq 125 interventions
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $<$ l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : **127 interventions**

Axe 2 : Garantir la mise en œuvre de la qualité, de la sécurité et des risques de manière optimum

OBJECTIF STRATEGIQUE 7 : REDUIRE LES RISQUES EN AMELIORANT L'UTILISATION DE L'OUTIL DE SIGNALEMENT DES FEI ET EN POURSUIVANT L'ANALYSE DES RISQUES A PRIORI

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« La politique du Centre Hospitalier du Quesnoy s'appuie sur une cartographie des risques a priori et sur l'analyse des événements indésirables. Elle est communiquée aux instances ainsi qu'au cours des réunions des cadres, et par transmission des documents de synthèse aux équipes (format papier et dématérialisé). »

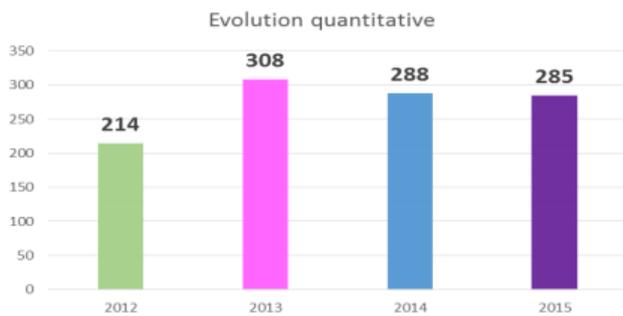
Les professionnels sont sensibilisés au signalement des évènements indésirables au moins une fois par an au travers d'un système de communication interne »

« Le signalement des événements indésirables est dématérialisé, le circuit des fiches d'évènements indésirables est organisé.

« Les professionnels sont sensibilisés au signalement des évènements indésirables au moins une fois par an au travers d'un système de communication interne. La communication se fait sous diverses formes : incitation directe et/ou indirecte en montrant les actions menées suite aux signalements ainsi que la diffusion de tableaux de bord trimestriels dans les unités et regroupant les FEI dans les principales catégories. ».

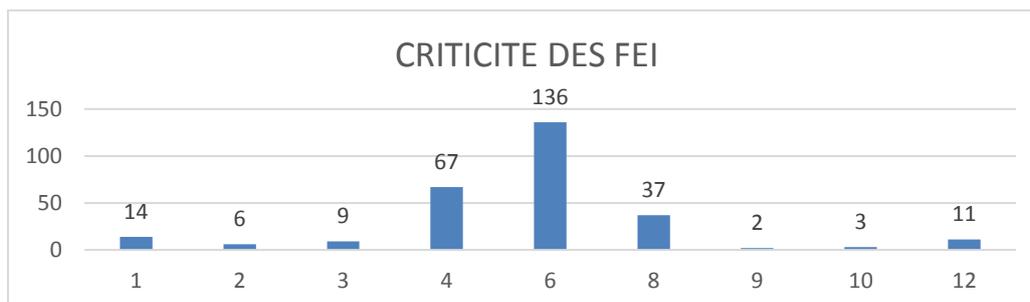
« Toutefois, la culture de déclaration des évènements indésirables n'est pas appropriée par l'ensemble des professionnels ».

Le graphique ci-dessous présente le bilan chiffré des Evènements Indésirables.

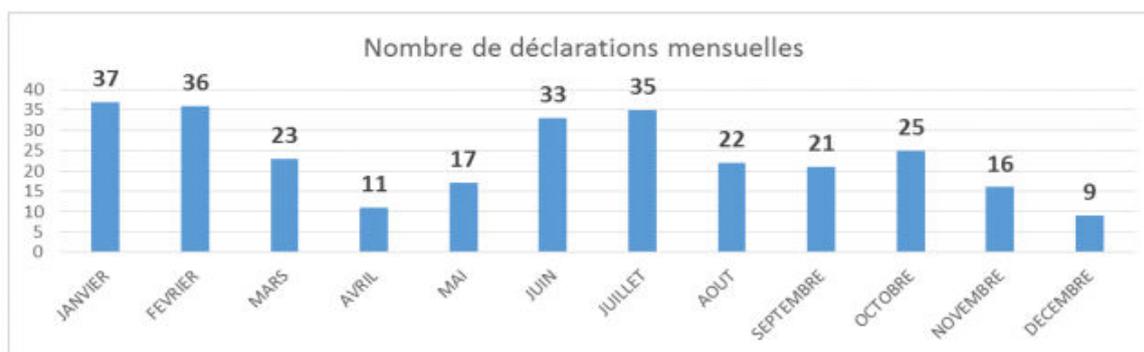


En 2015 il y a eu **285 Fiches d'Evènements Indésirables** sur le Centre Hospitalier du Quesnoy.

Le graphique ci-dessous présente la criticité des FEI

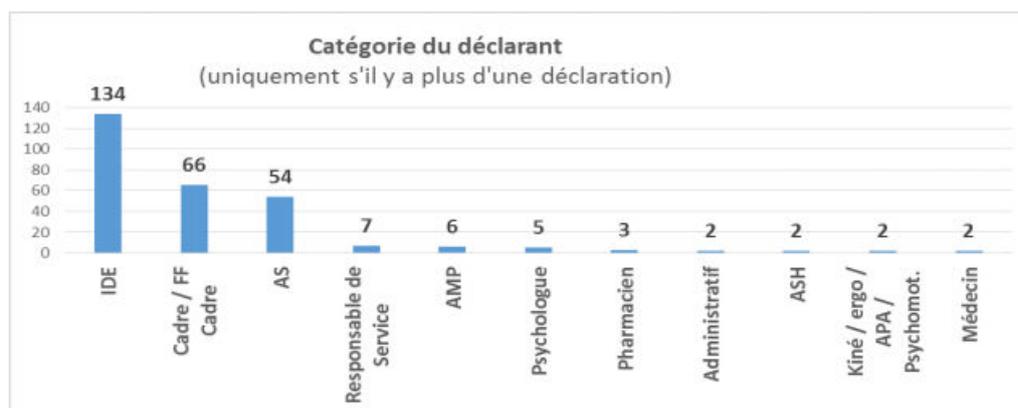


Le graphique ci-dessous présente le nombre de déclarations mensuelles en 2015.



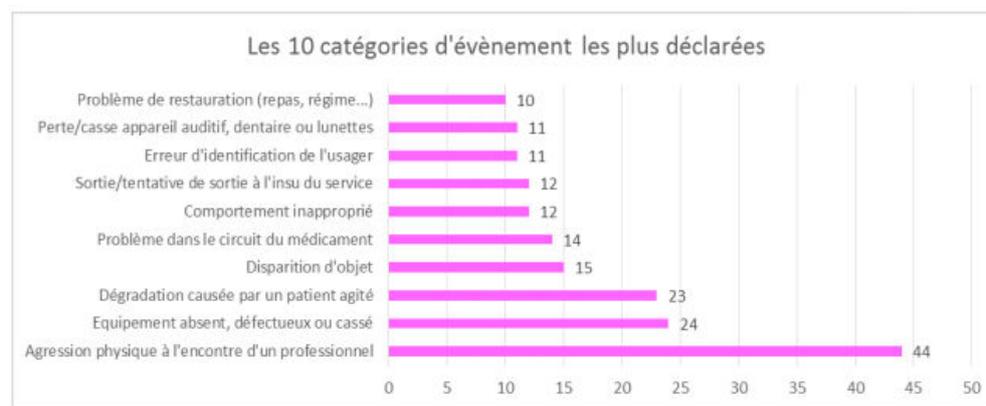
Il y a en moyenne **24 Fiches d'Evènements Indésirables par mois** (18 en 2012 – 26 en 2013 – 24 en 2014)

Le graphique ci-dessous présente la catégorie professionnelle du déclarant (uniquement s'il y a plus d'une déclaration.)



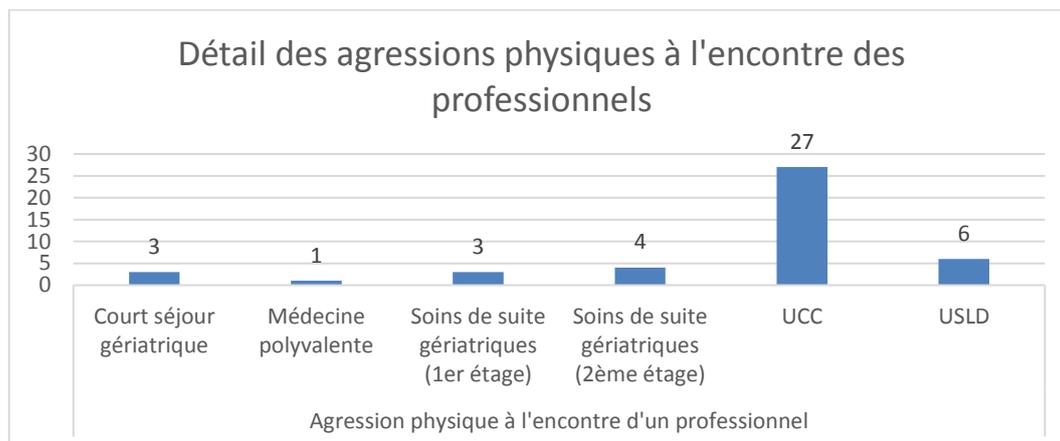
43% des Fiches d'Evènements Indésirables sont déclarés par des **IDE** et **27%** par des **cadres**.

Le graphique ci-dessous présente la nature des Evènements Indésirables.



La catégorie d'évènement le plus déclaré est **l'agression physique à l'encontre d'un professionnel**.

Le graphique ci-dessous reprend la répartition des 44 actes de violence par unité



C'est dans l'**Unité Cognitivo Comportementale** qu'il y a eu le plus d'agressions à l'encontre des personnels.

Le graphique ci-dessous présente les unités qui déclarent le plus.



C'est l'**Unité Cognitivo Comportementale** qui déclare le plus d'Evénements Indésirables.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- améliorer la connaissance des déclarants sur le système de cotation,
- améliorer la réactivité par rapport à l'analyse des Fiches d'Evènements Indésirables et la pertinence sur les décisions prises,
- favoriser des analyses intra services formalisées.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : *(Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.)* :

- poursuivre la cotation régulière des Fiches d'Evènements Indésirables et réaliser la cotation à une fréquence adaptée en fonction de la gravité et de la fréquence des événements.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 7-1** : rappeler les règles de cotation des Fiches d'Evènements Indésirables lors du flash de 2017,
- **action 7-2** : insérer un support d'aide à la compréhension de la cotation lors de la mise en place du nouvel outil,
- **action 7-3** : améliorer le délai entre l'évènement et la mise en place du CREX (1 mois ½ maximum),
- **action 7-4** : créer un outil simplifié d'analyse des Evènements Indésirables, directement utilisable par les cadres/médecins et professionnels de terrain,
- **action 7-5** : accompagner les équipes dans la mise en place de cet outil simplifié d'analyse des Evènements Indésirables.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 7-1** : 2017
- **Action 7-2** : 2018
- **Action 7-3** : 2017 (puis suivi au travers de l'indicateur)
- **Action 7-4** : 2018
- **Action 7-5** : 2019

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre de FEI signalées** :

Données 2015 : **721**

- **Taux de FEI graves (criticité \geq 9)** :

Données 2015 : **6% (16/285)**

- **Nombre de réunions pour la cotation des FEI : objectif ≥ 6**
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $< l'objectif$: atteint en grande partie).
Remarque : une cotation qui se prolonge sur deux journées est comptabilisée pour une journée.
Données 2015 : 7

- **Taux d'actions des cartographies des risques programmées réalisées : objectif : 80%**
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : non évalué

- **Délai entre l'EI et la date du CREX : objectif ≤ 45 jours**
(Non atteint ≥ 90 jours, partiellement < 90 jours et ≥ 60 jours, en grande partie atteint >45 jours et < 60 jours)
Données 2015 : non évalué

- **Nombre d'analyses d'EI réalisées directement dans les unités :**
Données 2015 : non évalué

Axe 2 : Garantir la mise en œuvre de la qualité, de la sécurité et des risques de manière optimum

OBJECTIF STRATEGIQUE 8 : AMELIORER LA MAITRISE DES ACTIVITES ET PROCESSUS A RISQUES (RISQUE INFECTIEUX – MEDICAMENTS – ENDOSCOPIE – DOSSIER PATIENT - BALNEOTHERAPIE)

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« Le CLIN a élaboré sa politique de maîtrise du risque infectieux sur la base de l'identification des besoins et de l'analyse des risques propres au fonctionnement de l'établissement. Cette politique, commune aux secteurs MCO, SSR et EHPAD est portée institutionnellement par le médecin cardiologue, président du CLIN et l'EOHH. Un plan d'action précise les objectifs à atteindre durant l'année (traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48 heures, signalement des infections liées aux soins, par exemple). Ces objectifs sont adaptés au contexte et aux spécificités de l'établissement. »

« La politique de la prise en charge médicamenteuse a été élaborée en décembre 2014 ; elle a été validée par les instances concernées. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Des dispositions spécifiques concernant le sujet âgé y sont incluses (recommandation, suivi de la fonction rénale et du poids...).

Le projet médical comporte un volet sur la prise en charge médicamenteuse.

Un axe sur le circuit du médicament est intégré à la politique qualité.

Le CBUM a été actualisé et validé en 2014.

La cartographie des risques relative au circuit du médicament a été établie en 2013 et a donné lieu à un plan d'actions. »

« Les endoscopies bronchiques et gastriques sont réalisées dans le secteur de soins externes dans des locaux réservés à cet effet. Le pilotage est donc unique dans ce secteur, les intervenants médicaux étant des praticiens privés intervenant dans l'établissement. Le nombre d'endoscopies effectuées est limité (36 en 2014) mais répond à un besoin de la population locale de l'hôpital et de la ville. La politique de l'établissement compte en effet la notion du développement des activités externes adaptées aux besoins de la population sans développement spécifique pour l'endoscopie.

Une cartographie des risques a été élaborée en concertation avec les autres lieux de réalisation des endoscopies dans la région et adaptée à l'établissement, ce qui a permis d'orienter la procédure de prise en charge tant en terme de prévention des risques que de réponses aux spécificités de l'établissement.

Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Cette cartographie des risques a permis aussi de mettre en place des actions d'amélioration comme par exemple la mise en œuvre d'une enquête de satisfaction spécifique avec la mise en place d'indicateurs de suivi qui seront recueillis à partir de 2015. »

« L'ensemble des impératifs liés au dossier patient est décliné de la constitution du dossier, sa confidentialité (code d'accès individuels), son utilisation, son accessibilité (DPI partagé) jusqu'aux archives (organisation permettant un accès facile au dossier archivé). »

Les écarts mesurés lors de la certification V2014 relèvent notamment :

- pour l'infectiovigilance d'un problème de locaux non identifiés et non sécurisés des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux,
- pour le circuit des médicaments d'une pratique consistant à utiliser les médicaments personnels du patient et d'une absence d'ordonnance de sortie pour les médicaments,

Par contre, les efforts réalisés par le Centre Hospitalier du Quesnoy afin d'améliorer le dossier patient et la prise en charge en endoscopie ont été soulignés et doivent être poursuivis.

Pour la balnéothérapie, une réunion annuelle a été mise en place depuis 2011.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- améliorer la maîtrise du risque infectieux en supprimant les écarts constatés lors de la V2014,
- poursuivre la maîtrise du risque infectieux lié à l'eau en balnéothérapie,
- améliorer la maîtrise de la prise en charge médicamenteuse en supprimant les écarts constatés lors de la V2014,
- poursuivre le management de la qualité (SMQ) du circuit du médicament,
- améliorer la maîtrise de la prise en charge en endoscopie en mettant en œuvre les mesures pour lever les points sensibles de la V2014, pour l'endoscopie,
- poursuivre l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (*Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.*) :

pour le risque infectieux :

- assurer le suivi de la mise en œuvre des actions pour lever les non-conformités et les points sensibles,

pour la balnéothérapie :

- poursuivre l'analyse annuelle des données (réglementation, résultats microbiologiques, FEI...),
- poursuivre l'analyse microbiologique,

pour la prise en charge médicamenteuse :

- assurer le suivi de la mise en œuvre des actions pour lever les non-conformités et les points sensibles,
- poursuivre les démarches en vue d'atteindre les objectifs fixés par le CBU,
- s'assurer du respect de la réglementation (arrêté du 6 avril 2011) et des recommandations de bonnes pratiques,

pour l'endoscopie :

- assurer le suivi de la mise en œuvre des actions pour lever les non-conformités et les points sensibles pour l'endoscopie,

pour le dossier patient :

- poursuivre l'analyse de la tenue du dossier patient sur la base des enquêtes IPAQSS.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 8-1** : développer en lien avec le COPIL DP de nouveaux critères d'évaluation de la tenue du dossier patient.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 8-1** : 2017 – 2018 (à déployer en plusieurs étapes sur deux années)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux d'actions du compte qualité (risque infectieux – médicaments – endoscopie) réalisées dans les délais** : objectif : 100%
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : pas de donnée
- **Nombre de réunions annuelles pour la balnéothérapie** : objectif : 1
(Non atteint : 0).
Données 2015 : 1
- **Nombre d'analyses microbiologiques anormales interdisant l'accès aux bassins de balnéothérapie** :
Données 2015 : pas d'évaluation
- **Taux de conformité à l'audit croisé du médicament** : objectif \geq 2014
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Remarque : la grille d'audit est évolutive, elle est réalisée une année sur deux par des auditeurs externes.
Données 2015 : 92,5% (données de 2014, dernier audit externe – 135 critères conformes sur 146 évalués)
- **Taux de formations programmées dans le cadre du circuit du médicament réalisées** :
objectif : \geq 80%
(Non atteint <50%, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint >59% et <80%)
Données 2015 : pas de donnée (programme non formalisé)
- **Taux de conformité au CBU (contrat de bon usage du médicament)** : objectif \geq données de 2015
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : 84,4% (38 critères / 45)

- **Taux de remboursement affecté suite au CBU : objectif : 100%**
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **100%**

- **Taux d'unités fonctionnelles pour lesquelles les enquêtes IPAQSS internes ont été réalisées dans le respect du plan d'action : objectif : 100%**
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Remarque : unités concernées : 4 fois par an en thérapies physique, Court séjour gériatrique, soins de suite gériatrique 1^{er} étage, soins de suites gériatrique 2^{ème} étage, UCC, réhabilitation respiratoire, SSP, médecine, syndrome métabolique – 1 fois par an en USLD → 37)
 Données 2015 : **indicateur non évalué**

- **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS NATIONALES (données publiées) : objectif \geq 80%**
 (<50% des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - \geq 50% des indicateurs ont atteint l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% des indicateurs ont atteint l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **90%** (9 critères / 10 critères - bilan des IPAQSS 2016 sur les dossiers de 2015).

 - Tenue du dossier patient - MCO : 85%
 - Document de sortie – MCO : 71%
 - Traçabilité de la douleur – MCO : 81%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – MCO : 89%
 - Traçabilité du risque escarres – MCO : 95%
 - Tenue du dossier patient - SSR : 85%
 - Délai d'envoi du courrier - SSR : 83%
 - Traçabilité de la douleur – SSR : 90%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – SSR : 84%
 - Traçabilité du risque escarres – SSR : 96%

- **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS NATIONALES (données non publiées) : objectif \geq 80%**
 (<50% des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - \geq 50% des indicateurs ont atteint l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% des indicateurs ont atteint l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Remarque : audit recueilli une année sur deux
 Données 2015 : **50%** (4 critères / 8 critères - bilan des IPAQSS 2016 sur les dossiers de 2015).

 - Tenue du dossier patient V2 - MCO : 78%
 - Délai d'envoi du courrier - MCO : 84%
 - Qualité de la lettre de liaison à la sortie – MCO : 64%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – MCO : 86%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – MCO : 50%
 - Tenue du dossier patient V2 - SSR : 87%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – SSR : 81%
 - Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – SSR : 61%

- **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS INTERNES** : objectif $\geq 80\%$
 (<50% des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et <80% : partiellement atteint - $\geq 80\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).

Remarque : base dernier trimestre de l'année

Données 2015 : **79%** (11 critères / 14 critères) dernier trimestre 2015

- Tenue du dossier patient - MCO : 88%
- Tenue du dossier patient V2 - MCO : non évalué
- Délai d'envoi du courrier - MCO : 71%
- Document de sortie – MCO : non évalué
- Qualité de la lettre de liaison à la sortie – MCO : non évalué
- Traçabilité de la douleur – MCO : 92%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – MCO : 91%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – MCO : 91%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – MCO : 68%
- Traçabilité du risque escarres – MCO : 100%
- Tenue du dossier patient - SSR : 93%
- Tenue du dossier patient V2 - SSR : non évalué
- Délai d'envoi du courrier - SSR : 82%
- Traçabilité de la douleur – SSR : 94%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – SSR : 85%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – SSR : 84%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – SSR : 68%
- Traçabilité du risque escarres – SSR : 100%

- **Taux de nouveaux agents utilisateurs formés à l'utilisation du DPI** : objectif 2016 : 89% - 2017 : 91% - 2018 : 94% - 2019 : 96% - 2020 : 100%
 (<50% de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et <80% : partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).

Données 2015 : **86%** (98 agents formés sur 114 concernés)

OBJECTIF STRATEGIQUE 9 : ASSURER LE FONCTIONNEMENT DES VIGILANCES ET DE LA VEILLE REGLEMENTAIRE

Contexte - Constats

Conformément à la réglementation (Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé) et à son projet d'établissement, le Centre Hospitalier du Quesnoy s'est doté en lien avec la CME d'une organisation visant à gérer de façon globale et coordonnée la lutte contre les événements indésirables, la veille sanitaire et la gestion des risques associés aux soins.

Cette organisation repose sur une fonction de coordinateur de gestion des risques, associée à un travail en concertation avec plusieurs commissions et/ou instances :

- Cellule d'identitovigilance (4 réunions annuelles)
- Csth : comité de sécurité transfusionnel et d'hémovigilance (2 réunions annuelles)
- Comité de matério/réactovigilance (3 réunions annuelles)
- CoMeDiMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (pharmacovigilance) (2 réunions annuelles)

Leurs missions sont :

- Conduite de démarches préventives et curatives d'analyse et de réduction des risques
- Conduite d'actions de formation, de communication et de sensibilisation autour de la prévention des risques et de la gestion des événements indésirables auprès des professionnels
- Coordination des différentes vigilances présentes au sein des deux établissements.

La veille réglementaire est assurée par la direction et les directions fonctionnelles ainsi que par le service qualité.

Dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients, des actions réunissant les thèmes Identitovigilance, hygiène, et prise en charge médicamenteuse sont organisées au sein du Centre Hospitalier et destinées aux professionnels des services de soins telles que : « *La Chambre des erreurs* », un outil ludique (sous forme d'enquête) d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit d'une mise en scène permettant d'identifier les risques d'erreurs dans la prise en charge des patients.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques,

- les objectifs en termes de vigilance (identitovigilance - matério/réactovigilance - hémovigilance - pharmacovigilance) sont d'analyser les événements indésirables, veiller à la mise en œuvre et le suivi des plans d'action d'amélioration, et à la mise en place d'actions de formation/information.
- les objectifs en termes de veille réglementaire sont de garantir l'information aux professionnels

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- poursuivre l'analyse systématique de tous les Evènements Indésirables par les comités spécifiques,
- poursuivre le suivi des plans d'action,
- poursuivre la sensibilisation/formation du personnel (chambre des erreurs, flyers, semaine de la sécurité des patients...),
- poursuivre la diffusion de la réglementation.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 9-1** : mettre à disposition des professionnels sur l'intranet les textes réglementaires par thématique.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 9-1** : 2018

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de nouvelles actions par comité/commission des vigilances réalisées** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59% , en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : non évalué par comité/commission
- **Taux d'actions de fonctionnement par comité/commission des vigilances réalisées** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59% , en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : non évalué par comité/commission
- **Taux de FEI en lien avec une commission des vigilances analysées** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59% , en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : non évalué par comité/commission

OBJECTIF STRATEGIQUE 10 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DES PRATIQUES AU TRAVERS DES EPP

Contexte - Constats

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

« La politique du Centre Hospitalier du Quesnoy intègre aussi la stratégie Evaluations de Pratiques Professionnelles. »

« Des EPP sont suivies dans l'ensemble de l'établissement pour améliorer le parcours du patient. »

« Les démarches d'EPP sont pluriprofessionnelles et sont déployées dans tous les secteurs d'activité ; elles sont également coordonnées par la Q2S. »

« L'établissement conduit des EPP : prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée, pertinence de l'antibiothérapie dans les infections urinaires, surdosages des AVK. »

La Direction et l'ensemble des agents du Centre Hospitalier du Quesnoy se sont engagés dans une démarche continue de la qualité et de la sécurité des soins afin de garantir le meilleur niveau de qualité, de sécurité et d'accueil pour ses usagers, dans le respect de la maîtrise de coûts et de l'environnement. Pour cela, l'établissement a établi une stratégie conforme aux orientations du projet d'établissement applicable dans l'ensemble des pôles qui le constitue.

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier du Quesnoy a défini 4 objectifs stratégiques dont celui de garantir la maîtrise de la qualité des activités de l'établissement notamment par l'amélioration des pratiques en favorisant la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

A ce titre, le bilan des indicateurs de suivi de la politique d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins fait apparaître pour 2015 :

- 11 Evaluations de Pratiques Professionnelles ont progressé depuis 2010
- 3 Evaluations de Pratiques Professionnelles ont été créées,

cela représente une augmentation de +82% depuis 2010, soit au-delà de l'objectif de 52.7%.

Le tableau page suivante présente le bilan des Evaluations de Pratiques Professionnelles 2015 selon le rapport d'activité 2015 de la qualité/sécurité des soins et gestion des risques.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 10-1** : 2017 (validation du support avec tous les pilotes) – 2018 (mise en place)
- **Action 10-2** : 2017 et 2019

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux d'EPP pour lesquelles au moins une action a été menée sur l'année** (création/mise à jour de documents qualité – audit – formation...) : objectif : 2016 : 78% - 2017 : 84% - 2018 : 89% - 2019 : 95% - 2020 : 100%.
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : **73% EPP** (11 EPP /15)

Axe 2 : Garantir la mise en œuvre de la qualité, de la sécurité et des risques de manière optimum

OBJECTIF STRATEGIQUE 11 : METTRE EN ŒUVRE LES EXERCICES DE PREPARATION AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Contexte - Constats

Le guide « Gestion de crise » de la HAS dans sa Fiche 13 « Définir et valider un dispositif de gestion de crise » pose comme principe que :

- Toute organisation peut être soumise à une crise dont l'origine peut être d'origine interne ou externe. Elle peut être jugée autant sur sa réponse à la crise que sur la crise elle-même.
- Un dispositif de crise est prévu dans chaque établissement de santé. Il définit les responsabilités et les procédures graduées d'organisation selon le contexte et les ressources susceptibles d'être mobilisées.
- Ce dispositif doit prendre en compte l'éventualité de l'événement indésirable grave.
- Les crises d'origine externe à l'établissement (risques exceptionnels, etc.).
- Les crises d'origine interne : « tension hospitalière » générée par la demande (affluence de patients), ou les ressources disponibles (compétences, moyens), ou événements indésirables associés aux soins engageant de façon brutale l'image ou la sécurité de l'établissement

Le Plan Blanc (sanitaire) au-delà des situations ciblées et des exigences réglementaires constitue pour l'établissement un plan de gestion des alertes lui permettant une mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une situation inhabituelle quelle qu'en soit l'origine. Il s'agit pour le gestionnaire de la structure, d'une boîte à outils qu'il mobilise tout ou partie pour gérer la situation, en fonction des besoins spécifiques. La mobilisation des moyens doit être graduée et adaptée à la situation, après analyse.

Le Plan Bleu du secteur des personnes âgées du Centre Hospitalier a pour but :

- d'assurer la prise en charge des personnes âgées face à une situation exceptionnelle de canicule,
- de coordonner, de répartir et de renforcer les moyens disponibles en fonction des besoins.

Il doit être évolutif en fonction des risques identifiés, des procédures nationales ou locales recommandées, des exercices, des expériences vécues afin d'en renforcer l'efficacité. Il doit être révisé annuellement.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, l'objectif est de s'assurer de la préparation effective de l'établissement aux situations exceptionnelles.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- mettre en place la cellule de crise en cas de niveau 3 de la canicule.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 11-1** : réaliser régulièrement un exercice de déclenchement de la cellule de crise,
- **action 11-2** : évaluer la connaissance du personnel sur les mesures à mettre en œuvre en cas de plan blanc,
- **action 11-3** : réaliser un exercice sur l'arrivée d'un patient contagieux aux soins externes (mettre en situation les professionnels).

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 11-1** : 2016 (puis à définir chaque année avec le CoDir)
- **Action 11-2** : 2017
- **Action 11-3** : 2016

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Nombre d'exercices réalisés** : objectif : être en conformité avec le plan d'action.
(Non atteint : non conforme au plan d'action).
Données 2015 : pas d'exercice

Axe 2 : Garantir la mise en œuvre de la qualité, de la sécurité et des risques de manière optimum

OBJECTIF STRATEGIQUE 12 : METTRE EN ŒUVRE LES MOYENS POUR ETRE CONFORME AUX DIFFERENTS DISPOSITIFS D'ÉVALUATION

Contexte - Constats

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.

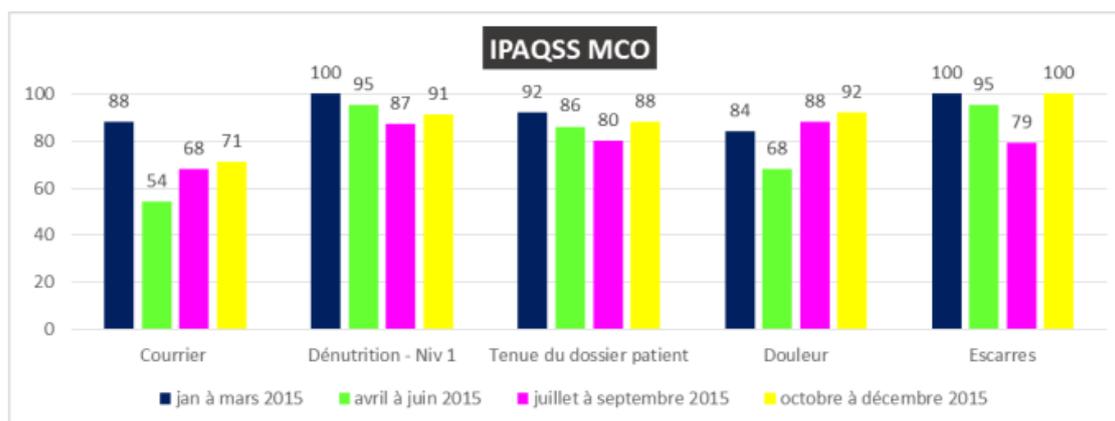
Il est attendu des établissements qu'ils intègrent les résultats disponibles des indicateurs dans leur travail d'autoévaluation. La réalisation du recueil atteste de l'accomplissement d'un travail d'évaluation.

Selon le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé de février 2016 :

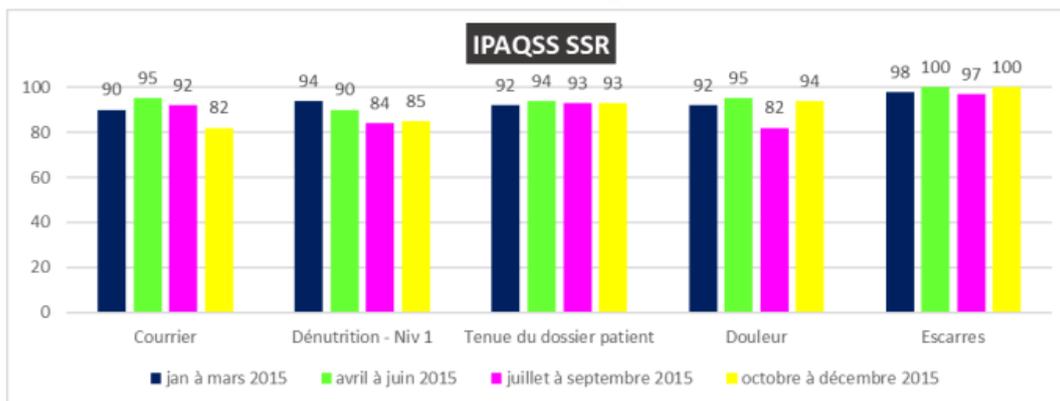
« Le suivi des indicateurs IPAQSS nationaux et d'enquêtes mensuelles locales complémentaires permet d'évaluer l'effectivité de la prise en charge de la douleur, des troubles nutritionnels et de la prise en charge des malades à risque et/ou porteurs d'escarres. De ce fait, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Le suivi des résultats des analyses de dossiers est effectif par leur diffusion aux équipes par unité fonctionnelle. »

Le COPIL évalue deux fois par an la mise en œuvre des actions définies dans le cadre de la politique. Outre les IPAQSS et les indicateurs Hôpital Numérique, des audits mensuels sur 5 dossiers par unité sont réalisés selon les modalités du recueil des IPAQSS. Les indicateurs sont diffusés trimestriellement et conduisent à des actions d'amélioration ciblées.

Le graphique ci-dessous présente le bilan chiffré des enquêtes IPAQSS 2015 pour le MCO selon le rapport d'activité 2015 de la qualité/sécurité des soins et gestion des risques.



Le graphique ci-dessous présente le bilan chiffré des enquêtes IPAQSS 2015 pour le SSR selon le rapport d'activité 2015 de la qualité/sécurité des soins et gestion des risques.



Le bilan 2015 du CBU fait apparaître les résultats suivants :

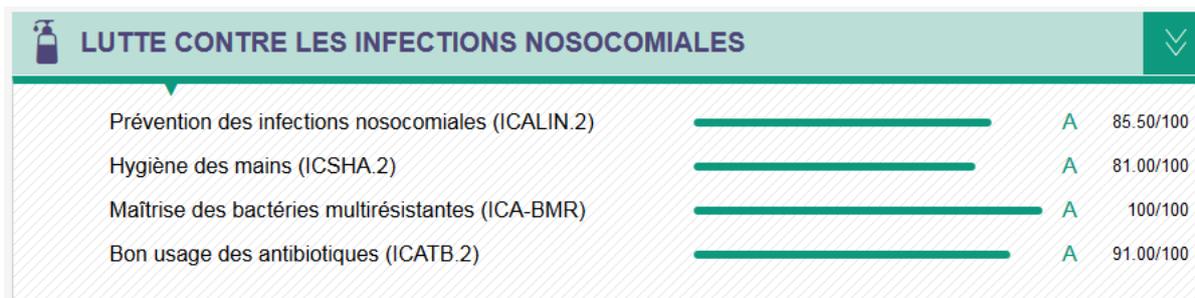
Chapitre	Objectif Total	Taux Atteint	Item
Chapitre 1 : Amélioration et sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations	24	25	96%
Chapitre 2 : Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau et respect des référentiels	4	4	100%
Chapitre 3 : Engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations hors GHS	2	2	100%
Chapitre 4 : Autoévaluation	1	1	100%
Chapitre 5 : Maîtrise de la prescription hospitalière de médicaments produits et prestations (pour les établissements ayant contractualisés en 2015 : avenant)	7	13	53.85%

Pour hôpital numérique les données sont les suivantes :

Prérequis		
Indicateurs de pré-requis - Identités, mouvements		
P1.1a	Pourcentage des applications connectées au référentiel d'identités	Oui
P1.1b	Intégration de l'INS	Oui
P1.2	Fonctionnement régulier (oui/non)	Oui
P1.3	Pourcentage des applications connectées au référentiel des séjours/mouvements	Oui
P1.4	Existence du référentiel et des procédures de mises à jour (oui/non)	Oui
Indicateurs de pré-requis - Fiabilité, disponibilité		
P2.1	Existence d'un PRA du SI formalisé (oui/non)	Oui
P2.2a	Définition d'un taux de disponibilité cible	Oui
P2.2b	Mise en oeuvre d'une évaluation du taux de disponibilité observé	Oui
P2.3	Existence des procédures (oui/non)	Oui
Indicateurs de pré-requis - Confidentialité		
P3.1	Existence de la politique de sécurité, de l'analyse des risques et d'une fonction de référent sécurité (oui/non)	Oui
P3.2	Existence du document et processus de diffusion et acceptation (oui/non)	Oui
P3.3	Existence et procédure de diffusion (oui/non)	Oui
P3.4	Pourcentage d'applications gérant des données de santé et intégrant un dispositif d'authentification personnelle	Non
P3.5	Pourcentage d'applications permettant une traçabilité des connexions (utilisateur, horodatage)	Oui

Domaines		
Indicateurs de domaine - Résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-		
D1.1	Pourcentage de comptes-rendus d'imagerie structurés produits sous forme électronique	Oui
D1.2	Pourcentage de comptes-rendus d'anapath structurés produits sous forme électronique	Non
D1.3	Pourcentage de résultats de biologie structurés produits sous forme électronique	Oui
D1.4	Pourcentage des examens avec une ou plusieurs images illustratives consultables sous forme électronique	Non
D1.5	Taux de services de soins et médico-techniques accédant aux comptes-rendus et images sous forme électronique	Non
Indicateurs de domaine - Dossier patient informatisé et interopérable et		
D2.1	DMP compatibilité (création / alimentation) (oui/non)	Oui
D2.2	Pourcentage de comptes-rendus d'hospitalisation des patients publiés au DMP	Non
D2.3	Pourcentage de services dans lesquels le DPII intègre les documents cités	Oui
D2.4	Pourcentage de séjours pour lesquels le dossier patient a été mis à jour et contient le CR d'hospitalisation	Non
D2.5	Pourcentage des consultations externes réalisées par des professionnels médicaux pour lesquelles le dossier patient a été mis à jour	Non
Indicateurs de domaine - Prescription électronique alimentant le plan de soins		
D3.1	Pourcentage de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées	Oui
D3.2	Pourcentage de séjours disposant de prescriptions d'examens de biologie informatisées	Oui
D3.3	Pourcentage de séjours disposant de demandes d'examens d'imagerie et d'explorations fonctionnelles informatisées	Oui
D3.4	Pourcentage de séjours disposant de prescriptions d'actes infirmiers informatisées	Oui
D3.5	Pourcentage de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions	Oui
Indicateurs de domaine - Programmation des ressources et agenda du patient		
D4.1	Existence de la vision du planning consolidé (oui/non)	Non
D4.3	Taux d'ACE planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé	Non
D4.4	Taux d'examens planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé ou d'un outil de programmation	Non
Indicateurs de domaine - Pilotage médico-économique		
D5.1	Existence d'un SI alimenté des données de production (oui/non)	Oui
D5.2	Pourcentage de pôles ou entités couverts par le tableau de bord	Non
D5.3	Utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du pilotage de l'établissement avec l'existence d'une contractualisation interne (oui/non)	Non
		12
		23
		66%

Pour la lutte contre les infections nosocomiales :



Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- améliorer la conformité aux IQSS,
- poursuivre la mise en place des moyens pour être conforme au CBU,
- mettre en œuvre les moyens pour être conforme à Hôpital Numérique,
- poursuivre l'amélioration du niveau de certification.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : *(Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.)* :

- poursuivre les IPAQSS internes et les évaluations intermédiaires du risque infectieux,
- poursuivre la communication sous diverses formes (tableaux de bord, réunions, rapports d'activité...) par rapport aux résultats des indicateurs,
- poursuivre la participation aux versions test des enquêtes IPAQSS,
- poursuivre l'évaluation intermédiaire du CBU pour faciliter la conformité au bilan final,
- poursuivre les évaluations régulières du plan Hôpital Numérique pour faciliter la conformité au bilan final,
- poursuivre et améliorer l'évaluation au travers des patients traceurs,
- veiller à la mise à jour des fiches processus au minimum une fois par an,
- poursuivre les revues de direction.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 12-1** : anticiper la réalisation du compte qualité sur l'ensemble des thématiques,
- **action 12-2** : mettre en œuvre des audits de processus sur la partie « mise en œuvre ».

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 12-1** : 2017
- **Action 12-2** : 2017 (définition de la méthode et test) – 2018 (mise en œuvre)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

▪ **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS NATIONALES (données publiées) :** objectif $\geq 80\%$

($< 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: atteint en grande partie).

Données 2015 : **90%** (9 critères / 10 critères - bilan des IPAQSS 2016 sur les dossiers de 2015).

- Tenue du dossier patient - MCO : 85%
- Document de sortie – MCO : 71%
- Traçabilité de la douleur – MCO : 81%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – MCO : 89%
- Traçabilité du risque escarres – MCO : 95%
- Tenue du dossier patient - SSR : 85%
- Délai d'envoi du courrier - SSR : 83%
- Traçabilité de la douleur – SSR : 90%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – SSR : 84%
- Traçabilité du risque escarres – SSR : 96%

▪ **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS NATIONALES (données non publiées) :** objectif $\geq 80\%$

($< 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: atteint en grande partie).

Remarque : audit recueilli une année sur deux

▪ Données 2015 : **50%** (4 critères / 8 critères - bilan des IPAQSS 2016 sur les dossiers de 2015).

- Tenue du dossier patient V2 - MCO : 78%
- Délai d'envoi du courrier - MCO : 84%
- Qualité de la lettre de liaison à la sortie – MCO : 64%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – MCO : 86%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – MCO : 50%
- Tenue du dossier patient V2 - SSR : 87%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – SSR : 81%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – SSR : 61%

▪ **Taux de conformité aux enquêtes IPAQSS INTERNES :** objectif $\geq 80\%$

($< 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ des indicateurs ont atteint l'objectif et $< 80\%$: atteint en grande partie).

Remarque : base dernier trimestre de l'année

Données 2015 : **79%** (11 critères / 14 critères dernier trimestre 2015)

- Tenue du dossier patient - MCO : 88%
- Tenue du dossier patient V2 - MCO : non évalué
- Délai d'envoi du courrier - MCO : 71%
- Document de sortie – MCO : non évalué
- Qualité de la lettre de liaison à la sortie – MCO : non évalué
- Traçabilité de la douleur – MCO : 92%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – MCO : 91%

- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – MCO : 91%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – MCO : 68%
- Traçabilité du risque escarres – MCO : 100%
- Tenue du dossier patient - SSR : 93%
- Tenue du dossier patient V2 - SSR : non évalué
- Délai d'envoi du courrier - SSR : 82%
- Traçabilité de la douleur – SSR : 94%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 1 – SSR : 85%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 2 – SSR : 84%
- Dépistage des troubles nutritionnels niveau 3 – SSR : 68%
- Traçabilité du risque escarres – SSR : 100%

- **Taux de conformité au CBU (critère C411) :** objectif : 2016 : 87% (équivalent à 39 critères sur 45) - 2017 : 90% - 2018 : 93% - 2019 : 96% - 2020 : 100%.
(*<50% de l'objectif : non atteint - ≥ 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - ≥ 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie*).
Données 2015 : **84%** (38 critères / 45)

- **Taux de conformité à Hôpital numérique :** objectif : 2016 ≥ 66% (avec évolution suivant le devenir d'Hôpital numérique)
(*<50% de l'objectif : non atteint - ≥ 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - ≥ 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie*).
Données 2015 : **66%** (23 critères / 35)

- **Taux de conformité à chacun des indicateurs de lutte contre les IN :** objectif : maintenir le niveau A.
(*Niveau D : non atteint – niveau C : partiellement atteint - niveau B : en grande partie atteint*).
Données 2015 : (donnée de 2014 publiée en 2015)
 - **ICALIN 2 : A**
 - **ICSHA 2 : A**
 - **ICA BMR : A**
 - **ICATB 2 : A**

- **Niveau de certification :** objectif ≥ résultat de 2015.
(*Niveau D : non atteint – niveau C ou niveau B avec plus de 2 recommandations : partiellement atteint - niveau B avec deux recommandations : en grande partie atteint*).
Données 2015 : niveau B (deux recommandations)

AXE 3 : METTRE EN PLACE LA COORDINATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE DANS LE CADRE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

OBJECTIF STRATEGIQUE 13 : ORGANISER EN LIEN AVEC LES MEMBRES DU GHT LA MISE EN ŒUVRE DU COMPTE QUALITE COMMUN

Contexte - Constats

Selon la liste des Groupements Hospitaliers de Territoire arrêtée le 1er juillet 2016 par l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France, le Centre Hospitalier du Quesnoy doit intégrer le **Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut-Cambrésis** composé du CH de Valenciennes, du CH du Pays-d'Avesnes, de l'hôpital départemental de Felleries-Liessies, du CH de Fourmies, du CH de Jeumont, du CH d'Hautmont, du CH de Sambre-Avesnois, du CH de Cambrai, du CH du Cateau-Cambrésis, du CH de Denain et du CH de Saint-Amand-les-Eaux.

Il s'agit pour ces établissements de pérenniser leurs collaborations en répondant à l'article 107 de la loi de modernisation du système de santé précisant que chaque établissement public de santé doit être partie prenante d'un GHT, comme présenté ci-dessous.

LES DIFFERENTS ACTEURS D'UN Groupement Hospitalier de Territoire

	PARTIE	ASSOCIE	PARTENAIRE
Etablissements publics de santé dont CHU dont CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Obligatoire Facultatif	
Etablissements publics médico-sociaux	Facultatif		
Hôpitaux des armés		Facultatif	
Etablissements exerçant une activité d'hospitalisations à domicile (HAD)	Obligatoire si HAD publique	Obligatoire	
Etablissements de santé privés			Facultatif

 PROJET MEDICAL PARTAGE + MUTUALISATIONS	 PARTICIPATION A L'ELABORATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE (tout ou partie)	 PARTICIPATION A L'ELABORATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE (tout ou partie)
--	---	--

Le Groupement Hospitalier de Territoire se fonde sur le **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire** et sur le **Vade-mecum publié en mai 2016**.

Le Groupement Hospitalier de Territoire a pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Référence du décret

« Art. R. 6132-20.-Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. »

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de préparer l'établissement aux nouvelles modalités d'évaluation de la certification dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (*Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.*) :

- mener une veille active sur les publications de la Haute Autorité de Santé ou du Ministère de la Santé sur la publication de guides, recommandations,...
- poursuivre la dynamique qualité en interne indépendamment du Groupement Hospitalier de Territoire.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 13-1** : participer aux groupes de travail du Groupement Hospitalier de Territoire,
- **action 13-2** : communiquer au personnel au fur et à mesure des nouvelles dispositions mises en place pour la certification commune.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 13-1** : suivant la date de mise en place des groupes de travail du GHT,
- **Action 13-2** : suivant la date de mise à disposition d'information par la HAS,

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de participation du service qualité aux réunions du GHT concernant le compte qualité commun / la certification commune** : objectif : être présent à chaque réunion.
(*<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie.*)

Données 2015 : pas de données (groupe de travail non mis en place)

- **Nombre de communications au personnel en lien avec la certification commune en fonction de l'évolution du projet du GHT** :

Données 2015 : pas de données

AXE 4 : FAVORISER LA PERFORMANCE LOGISTIQUE AU SERVICE DES USAGERS

OBJECTIF STRATEGIQUE 14 : GARANTIR LE CONFORT HOTELIER ET LA SECURITE

Contexte - Constats

Force est de constater que des patients « consommateurs » expriment des exigences sur la qualité de la prise en charge hospitalière dans toutes ses composantes, notamment les installations et le confort des hébergements, l'accueil et l'hospitalité, le niveau des prestations hôtelières... « *parce que ce n'est pas un luxe quand on est hospitalisé* ».

Considérant l'importance de cette dimension dans la prise en charge d'ensemble des patients, la Haute Autorité de Santé (HAS) a inscrit dans les critères de la certification : « *La politique hôtelière prend en compte les attentes des patients.* »

Au-delà des exigences réglementaires et des recommandations professionnelles, les données constitutives d'une politique hôtelière adaptée au milieu hospitalier doivent prendre en compte les exigences déjà évoquées, les souhaits exprimés par les patients et les demandes formulées « au nom des usagers » : à défaut, l'établissement de santé serait perçu à travers sa non-attractivité hôtelière.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- faciliter l'accès de l'établissement et aux unités à toutes les personnes accueillies,
- poursuivre la satisfaction des usagers par rapport à la propreté des locaux dans le respect des règles d'hygiène,
- favoriser la satisfaction des patients et des familles par rapport au mobilier.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (*Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.*) :

- maintenir la qualité d'entretien des locaux dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 14-1** : étudier la possibilité de planifier le renouvellement du matériel hôtelier.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 14-1** : 2018

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de satisfaction sur la propreté de la chambre (MCO-SSR) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **99,4%** (MCO-SSR – 834/839)
- **Taux de satisfaction sur la température de la chambre (MCO-SSR) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **94,6%** (MCO-SSR – 749/792)
- **Taux de satisfaction sur le confort sur les équipements mis à disposition (MCO-SSR) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **97,5%** (MCO-SSR – 789/809)
- **Taux de satisfaction sur la propreté de la chambre (USLD) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **95,5%** (21/22)
- **Taux de satisfaction sur la température de la chambre (USLD) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **95,7%** (22/23)
- **Taux de satisfaction sur la fonctionnalité du mobilier (USLD) :** objectif \geq résultats de 2015
 (<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
 Données 2015 : **91,3%** (21/23)
- **Nombre de commentaires sur le questionnaire de sortie faisant part d'une insatisfaction sur le confort hôtelier :**
 Données 2015 : **pas d'évaluation**
- **Nombre de plaintes / réclamations concernant le confort hôtelier :**
 Données 2015 : **pas d'évaluation**

Axe 4 : Favoriser la performance logistique au service des usagers

OBJECTIF STRATEGIQUE 15 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA PRESTATION RESTAURATION ET LINGE

Contexte - Constats

Le rapport de la mission Bernard Guy Grand sur « *l'alimentation en milieu hospitalier* » indique que l'alimentation servie aux malades hospitalisés se doit d'assurer une triple fonction :

- élément de l'action thérapeutique, elle relève de la « nutrition » ;
- élément important du confort et de l'accueil, elle relève de la « restauration » ;
- élément d'éducation et d'information nutritionnelle, elle relève de la prophylaxie et de la prévention. Ces fonctions sont synergiques et devraient être prises en compte simultanément.

Le service restauration du Centre Hospitalier du Quesnoy a pour mission de servir des repas équilibrés et adaptés aux patients et aux personnels de l'hôpital.

Il travaille en collaboration avec :

- le service diététique
- les services de soins avec les cadres, les aides-soignants qui distribuent les repas aux patients en respectant les règles de sécurité alimentaire.

Les menus sont élaborés avec le concours de diététiciennes et tiennent compte des prescriptions médicales et des régimes particuliers. Les repas sont servis en salle à manger ou en chambre, selon l'organisation du service. Le Centre Hospitalier du Quesnoy utilise l'outil de commande des repas HESTIA spécialisé dans la gestion de la restauration des centres hospitaliers.

Avec la restauration, la fonction linge constitue l'une des prestations logistiques les plus indispensables, car elle assure les meilleures conditions d'hygiène et de protection aux patients et aux personnels face aux risques infectieux. Le traitement du linge hospitalier fait partie de la démarche qualité.

En 2015 il y a eu 198 925 kgs de linge traité et 136 021 repas servis.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- maintenir la qualité de la prestation restauration,
- améliorer la satisfaction des patients en personnalisant les repas et en les adaptant aux capacités des patients,
- optimiser l'utilisation de l'outil de commande repas (HESTIA),
- réduire le gaspillage alimentaire, les pertes, détériorations et erreurs d'orientation du linge des patients de l'USLD,
- garantir la mise à disposition du linge et des tenues professionnelles de qualité dans les délais.

Modalités de mise en œuvre

Pour le linge

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- mener les actions nécessaires pour le linge des patients d'USLD en fonction des résultats annuels des enquêtes de satisfaction des patients et familles.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 15-1** : s'assurer de la mise à disposition du linge et des tenues professionnelles au travers des évaluations de l'orientation des tenues professionnelles et de l'enquête de satisfaction du personnel (ajouter une question).

Pour les repas :

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 15-2** : mener une réflexion sur la personnalisation des repas (prise en compte des goûts avec possibilités d'un choix multiple),
- **action 15-3** : mettre le calcul des quantités à produire (pour réduire le gaspillage alimentaire et optimiser les commandes) sur le logiciel HESTIA,
- **action 15-4** : développer le « manger main » sur les unités qui accueillent des patients présentant des troubles cognitifs.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 15-1** : 2017
- **Action 15-2** : 2019
- **Action 15-3** : 2017
- **Action 15-4** : 2017 – 2018 (développement en plusieurs phases – 2017 : USLD – 2018 : gériatrie)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de famille déclarant avoir eu du linge détérioré (USLD)** : objectif : 2016 : 20% - 2017 : 15% - 2018 : 10% - 2019 : 5% - 2020 <5%
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Données 2015 : **22,7%** (5/23)

- **Taux de satisfaction du personnel sur le linge professionnel** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59% , en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : évaluation non mise en place

- **Nombre de plaintes / réclamations concernant l'entretien du linge** :
Données 2015 : 0

- **Taux de satisfaction sur la qualité et la quantité des repas servis (MCO-SSR)** : objectif \geq résultats de 2015
($<50\%$ de l'objectif : non atteint - $\geq 50\%$ de l'objectif et $<80\%$: partiellement atteint - $\geq 80\%$ de l'objectif et $< l'objectif$: atteint en grande partie).
Données 2015 : **97,6%** (MCO-SSR – 903/925)

- **Nombre de plaintes / réclamations concernant les repas** :
Données 2015 : 0

Axe 4 : Favoriser la performance logistique au service des usagers

OBJECTIF STRATEGIQUE 16 : POURSUIVRE L'OPTIMISATION ET LA RATIONALISATION DU FONCTIONNEMENT DES UNITES LOGISTIQUES

Contexte - Constats

Il y a encore quelques années, la logistique hospitalière n'était pas connue. Les activités de la logistique étaient regroupées dans le service technique de l'hôpital, où l'on trouve : les achats de produits hôteliers, lingerie, restauration, transport, etc.

Afin d'optimiser les ressources matérielles, financières et humaines, depuis peu, les acteurs hospitaliers s'intéressent de plus en plus à la logistique hospitalière. Celle-ci a comme mission principale de fournir aux différents acteurs de l'hôpital les moyens matériels de fonctionner. La fonction logistique a un rôle indispensable dans le processus de soins et elle apporte une valeur ajoutée.

La commission hospitalière de l'ASLOG (Association Française pour la Logistique) définit la logistique hospitalière comme « *la gestion des flux de patients, produits, matières, des services et informations qui s'y rapportent, depuis le fournisseur jusqu'au bénéficiaire, à un niveau défini de performance au service de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients* ».

La fonction de la logistique hospitalière fournit aux services de soins le traitement et la synchronisation de flux physiques et informationnels, les moyens optimaux, afin de prodiguer des soins aux patients au moindre coût. Elle constitue une démarche globale et transversale aux fonctions de l'hôpital avec l'ultime objectif la satisfaction du patient. Ce dernier apparaît comme le vecteur structurant de l'ensemble des activités hospitalières.

La démarche d'optimisation et de rationalisation des ressources a déjà été initiée au sein de l'établissement puisque des tâches initialement affectées aux services de soins ont été réaffectées aux agents de la blanchisserie (linge des patients d'USLD). Ceci a pu être réalisé grâce à une démarche d'optimisation du fonctionnement de la blanchisserie. Cette organisation a permis de libérer environ 3 heures par jour qui ont pu être consacrées à la prise en charge des patients.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- libérer du temps soignant,
- limiter le gaspillage alimentaire,
- optimiser le fonctionnement et les coûts.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 16-1** : revoir l'organisation du travail en cuisine pour améliorer la qualité de la prestation,
- **action 16-2** : adapter la dotation aux besoins réels des unités en réalisant des évaluations régulières,
- **action 16-3** : mettre en place une enquête de satisfaction annuelle auprès des unités sur la prestation logistique,
- poursuivre l'étude des restes pour lutter contre le gaspillage alimentaire (idem Action 15-3),

Echéance - Calendrier

- **Action 16-1** : 2017
- **Action 16-2** : 2017
- **Action 16-3** : 2018

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de satisfaction du personnel sur la prestation logistique** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59% , en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : évaluation non mise en place

OBJECTIF STRATEGIQUE 17 : DEVELOPPER ET FACILITER LA RELATION CLIENT/FOURNISSEUR ENTRE LES UNITES DE SOINS ET LES SERVICES LOGISTIQUES

Contexte - Constats

Convaincu que l'achat ne se réduit pas à la passation des marchés sur la base d'une définition de besoin faite en dehors des acheteurs et que l'expertise des acheteurs n'est pas que juridique du fait de la maîtrise des procédures, le Centre Hospitalier du Quesnoy veut instaurer en interne de nouvelles relations entre les clients que sont les services utilisateurs et les fournisseurs ou prestataires de services que sont les services économiques.

La démarche est donc de parvenir à une plus grande association entre acheteurs et utilisateurs dans l'acte d'achat ; il s'agit ainsi de réaliser des progrès en amont dans la définition des besoins comme en aval dans l'évaluation de l'exécution des prestations.

Ceci passe par une meilleure formalisation de la relation client - fournisseur entre ces services et les services utilisateurs. Les achats réalisés par les services économiques connaissent déjà une formalisation certaine, sous la forme de fiches de commande ou de bons d'approvisionnement. Le renforcement de cette formalisation peut aller jusqu'à la contractualisation entre services prestataires et services cliniques ou médico-techniques.

Cette politique s'intègre dans la démarche d'amélioration continue de la qualité du Centre Hospitalier du Quesnoy.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- redynamiser les actions du groupe des référents logistiques pour améliorer la relation client/fournisseur,
- améliorer la relation client/fournisseur en favorisant le respect des contrats inter services.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 17-1** : mettre en place deux réunions annuelles avec les référents logistiques,
- **action 17-2** : actualiser les contrats de service existants (linge – repas – services techniques) et développer les autres.

Echéance - Calendrier

- **Action 17-1** : 2017
- **Action 17-2** : 2017 pour l'actualisation et 2018 pour le développement des contrats de service.

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Taux de satisfaction du personnel sur la prestation logistique** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : évaluation non mise en place
- **Nombre de réunions des référents logistiques** : objectif : 2
(Non atteint : 0, en grande partie atteint : 1)
Données 2015 : fonctionnement non mis en place
- **Taux de participation aux réunions des référents logistiques** : objectif $\geq 80\%$
(Non atteint $<50\%$, partiellement entre 50% et 59%, en grande partie atteint $>59\%$ et $<80\%$)
Données 2015 : fonctionnement non mis en place

Axe 4 : Favoriser la performance logistique au service des usagers

OBJECTIF STRATEGIQUE 18 : FAVORISER DES ACHATS ECO RESPONSABLES, EFFICIENTS ET RESPECTANT LES BESOINS DES DEMANDEURS ET RATIONALISER L'UTILISATION DE NOS RESSOURCES

Contexte - Constats

Pour porter la dynamique nécessaire à l'essor et à la structuration de la fonction achats au sein des hôpitaux, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé début octobre 2011 le programme "**Performance hospitalière pour des achats responsables**" (PHARE). Son objectif : dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire. Tout cela, en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

Les 12 règles de bonnes pratiques pour un achat réussi selon le programme PHARE sont :

1. organiser systématiquement avec les prescripteurs un « remue-méninge » pour définir le juste besoin
2. raisonner en coût complet
3. définir un prix cible
4. valoriser systématiquement les gains achat
5. définir un niveau d'allotissement adapté pour activer la concurrence et assurer un premier niveau de standardisation
6. identifier des solutions de substitution
7. intégrer des clauses de prix promotionnel
8. anticiper les différents temps d'un marché
9. négocier chaque fois que c'est possible et notamment en MAPA pour les travaux <5M€
10. mettre en place des plans de progrès avec les fournisseurs
11. adopter une gestion dynamique des marchés/cibler les lots à enjeu et relancer si c'est opportun
12. faciliter la conduite du changement.

Les achats biologiques alimentaires ont plus que doublé entre 2013 et 2015 :

- 2013 : 1,21%
- 2014 : 2,03%
- 2015 : 2,63%

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- améliorer la politique d'achats en favorisant l'efficacité et les achats éco responsables,
- optimiser et faire durer le matériel,
- limiter les impressions en favorisant l'utilisation des solutions alternatives à l'impression.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- sensibiliser le personnel et les patients au développement durable,
- intégrer systématiquement des clauses « Développement Durable » dans les marchés.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 18-1** : réorganiser les achats pour globaliser les commandes,
- **action 18-2** : mener une nouvelle campagne de sensibilisation sur le coût des impressions,
- **action 18-3** : étudier avec les équipes et les services administratifs et logistiques les impressions qui sont réalisées pour en évaluer la nécessité,
- **action 18-4** : étudier et mettre en place un compteur des impressions par service / unité.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 18-1** : 2017 (bilan de l'existant) – 2018/2019 : définition et mise en œuvre des objectifs
- **Action 18-2** : 2017
- **Action 18-3** : 2017/2018
- **Action 18-4** : 2017 (mise en place de compteurs)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Pourcentage d'achats biologiques (en valeur d'achat)** : objectif : +1% par an (2016 : 2,9% - 2017 : 3,2% - 2018 : 3,5% - 2019 : 3,7% - 2020 : 4%).
(<50% de l'objectif : non atteint - ≥ 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - ≥ 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Remarque : les données intègrent les EHPAD
Données 2015 : **2,63%**
- **Taux de ramettes papier par agent** : objectif : < 5 ramettes par agent en 2020 (2016 : 7 – 2017 : 6,5 – 2018 : 6 – 2019 : 5,5 – 2020 <5).
(<50% de l'objectif : non atteint - ≥ 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - ≥ 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Remarque : les données intègrent les EHPAD
Données 2015 : **7,8**

AXE 5 : FAVORISER LA REDUCTION DE NOTRE EMPREINTE ENVIRONNEMENTALE

OBJECTIF STRATEGIQUE 19 : MAITRISER NOS CONSOMMATIONS D'EAU ET D'ENERGIE ET LIMITER NOS EMISSIONS DE GAZ A EFFET DE SERRE

Contexte - Constats

Les établissements de santé français contribuent à hauteur de 3,5 % à la production nationale de déchets, utilisent 1 000 litres d'eau par jour et par patient, consomment 15 % de l'énergie du secteur tertiaire et emploient plus de 1,2 million de professionnels... Ces chiffres parlent d'eux-mêmes et justifient que **l'intégration du développement durable en milieu hospitalier devienne une priorité.**

Le Centre Hospitalier du Quesnoy, partenaire du système de santé publique, a pour mission de dispenser des soins afin de répondre aux besoins des générations actuelles. Mais il doit, dès à présent, anticiper sa réponse aux besoins des générations futures. La réalisation de cette mission dans le cadre de la stratégie nationale de développement durable implique qu'il soit économe et rationnel dans les ressources qu'il utilise.

Il est donc primordial que le Centre Hospitalier du Quesnoy poursuive son engagement dans une démarche de développement durable concrète.

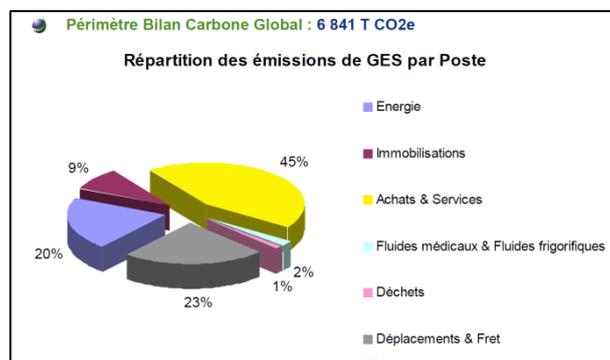
Cette ambition ne peut se concevoir qu'avec l'aide de tous les personnels qui devront être sensibilisés et responsabilisés dans leur comportement, pour que par des actions de fond comme par des gestes et des pratiques du quotidien, cet engagement puisse se traduire dans les faits.

Depuis 2012 l'établissement dispose d'une politique en matière de développement durable qui a pour objectif : « Primum non nocere » - « d'abord ne pas nuire ».

A fin 2015 le bilan faisait apparaître qu'une grande partie des objectifs fixés avait été atteinte :

Objectif atteint	6	55%
Objectif atteint en grande partie	2	18%
Objectif partiellement atteint	3	27%
Objectif non atteint	0	0%
	11	

Le bilan carbone réalisé en 2012 (sur les données de 2011) sur le scope 1-2-3 donne les résultats suivants :



Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- économiser sur les consommations d'eau,
- économiser sur les consommations d'énergie,
- limiter les émissions des gaz à effet de serre.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **perpétuer les actions de fonctionnement suivantes** : (Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.) :

- communiquer auprès du personnel sur les consommations énergétiques,
- assurer le suivi de la mise en place du plan d'action établi suite au bilan carbone.

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 19-1** : étudier la mise en place de nouvelles techniques permettant la réduction de la consommation d'eau,
- **action 19-2** : mettre en place la réfection du bâtiment « Les Chênes » (isolement),
- **action 19-3** : étudier la mise en place d'un plan de déplacement entreprise (PDE),
- **action 19-4** : réaliser le deuxième bilan carbone,
- **action 19-5** : réaliser le troisième bilan carbone.

Echéance - Calendrier

- Les actions de fonctionnement sont des actions pérennes reconduites chaque année qui peuvent évoluer après validation du Codir.
- **Action 19-1** : 2018
- **Action 19-2** : 2017
- **Action 19-3** : 2017
- **Action 19-4** : 2016
- **Action 19-5** : 2019

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Volume d'eau consommé par journée d'hospitalisation en m3** :
Remarque : les données intègrent les EHPAD
 Données 2015 : **0,22** (33803 m3 / 14 7277)
- **Consommation de gaz par journée d'hospitalisation en Kwh** :
Remarque : les données intègrent les EHPAD
 Données 2015 : **43,62** (6425029kwh / 14 7277)
- **Consommation d'électricité par journée d'hospitalisation en Kwh** :
Remarque : les données intègrent les EHPAD
 Données 2015 : **19,47** (2868003kwh / 14 7277)
- **Bilan des émissions de gaz à effet de serre** : objectif : -1% (2016 : 1613 - 2019 : 1597).
 (<50% de l'objectif : non atteint - ≥ 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - ≥ 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie). *Remarque : les données intègrent les EHPAD*
 Données 2012 : **1629 T CO²**

Axe 5 : Favoriser la réduction de notre empreinte environnementale

OBJECTIF STRATEGIQUE 20 : OPTIMISER LA GESTION DES DECHETS ET DES REJETS LIQUIDES

Contexte - Constats

L'activité des établissements de santé génère différents types de déchets, notamment des déchets dangereux (déchets à risque chimique, infectieux, radioactif, déchets issus de médicaments...) relevant ou non d'activités spécifiques liées aux soins.

Depuis plusieurs années maintenant, le Centre Hospitalier du Quesnoy est engagé dans une véritable réflexion économique et durable pour la gestion des déchets aussi bien ménagers, que les DASRI (déchets de soins à risque infectieux), les cartons ou les déchets verts.

Tout comme ses déchets solides, le Centre Hospitalier du Quesnoy doit également maîtriser la gestion de ses rejets liquides et répondre à la réglementation et aux recommandations.

En effet, depuis plusieurs années, la prise en charge des déchets liquides à risques apparaît comme un nouvel enjeu pour les professionnels exerçant au sein des établissements de santé en matière de santé publique et de développement durable (prévention de la contamination des milieux). Dans ce contexte, plusieurs démarches peuvent être évoquées :

- La gestion des déchets est inscrite dans la procédure de certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS) ;
- L'intégration des enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé (parmi lesquelles la gestion des déchets) a fait l'objet d'une convention portant engagements mutuels entre les ministères chargés de l'écologie et de la santé et les fédérations hospitalières (une première convention a été signée en 2009 dans le cadre du Grenelle de l'environnement et cette convention devrait être renouvelée au cours de l'année 2016).

Par ailleurs, s'agissant spécifiquement des déchets issus de médicaments, le plan national sur les résidus de médicaments dans les eaux (PNRM, 2011-2015), co-piloté par la Direction générale de la santé (DGS) du ministère chargé de la santé et la direction de l'eau et de la biodiversité du ministère chargé de l'écologie, visait notamment à préserver l'environnement et les ressources en eau vis-à-vis des résidus de médicaments, et à réduire à la source leurs émissions dans l'environnement, notamment par des stratégies de prévention portant sur la gestion des déchets souillés et des médicaments non utilisés.

En outre, suite à la Conférence environnementale de novembre 2014, l'une des mesures inscrites dans la feuille de route du Gouvernement en matière d'environnement pour l'année 2015 concerne spécifiquement la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé.

Le Centre Hospitalier du Quesnoy est soumis en matière de rejets liquides

- **aux dispositions réglementaires nationales (spécifiques aux activités hospitalières), qui découlent du Code de la Santé et notamment :**
 - ⇒ la Circulaire du Ministère de la Santé du 8 avril 1975, relative aux problèmes d'hygiène publique des établissements de santé,
 - ⇒ la Circulaire DGS/VS 4 n° 98-771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public,
- **aux recommandations nationales qui figurent notamment dans le guide publié par le Ministère de la Santé en Mars 2016**
 - ⇒ « Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux : déchets issus de médicaments – déchets liquides. »

Ce guide a pour objectifs de rappeler les circuits encadrés de traitement des déchets, lorsqu'ils existent, et de proposer des bonnes pratiques lorsqu'aucune règle spécifique ne s'applique en évoquant le tri, l'emballage et le stockage, le transport et l'élimination. Ces mesures visent à éviter le déversement non maîtrisé de ces déchets dans le réseau d'eaux usées des établissements puis leur dissémination dans l'environnement. L'une des principales recommandations de ce guide est l'identification d'une filière spécifique de tri de certains déchets issus de médicaments.

Le guide répond ainsi à plusieurs enjeux, qui s'inscrivent plus largement dans un objectif de préservation de la santé des populations :

- Enjeux environnementaux, afin de limiter les émissions de polluants dans l'environnement par une gestion en amont des déchets ;
- Enjeux de qualité, au regard de la certification de la HAS qui tient compte de la gestion de l'ensemble des déchets produits par l'établissement ;
- Enjeux de sécurité du personnel car la manipulation des déchets contribue à l'exposition aux produits chimiques, aux radionucléides et aux agents biologiques ;
- Enjeux financiers car le champ des déchets est un poste de dépenses important pour lequel des économies peuvent être recherchées.

Objectifs

Dans le cadre du Projet Qualité et Gestion Des Risques, les objectifs sont de :

- poursuivre et améliorer si possible le tri des déchets,
- veiller au respect de la réglementation en matière de rejets liquides.

Modalités de mise en œuvre

Il s'agit de **mettre en place les actions suivantes** :

- **action 20-1** : communiquer à nouveau auprès du personnel sur les filières de tri des déchets,
- **action 20-2** : évaluer nos pratiques par rapport à la réglementation et aux recommandations sur les rejets liquides.

Echéance - Calendrier

- **Action 20-1** : 2017
- **Action 20-2** : 2017 (vérification de la réglementation) – 2018 (mise en place d'une évaluation si nécessaire)

Indicateurs de résultats – de suivi

Remarque : Si l'objectif prévisionnel de l'année N n'est pas réalisé, l'objectif prévisionnel N+1 sera identique à celui de l'année N et les objectifs des années suivantes seront réévalués.

- **Tonnage de DASRI par journée d'hospitalisation** : objectif : -1% par an (2016 : 0,105 - 2017 : 0,104 - 2018 : 0,103 - 2019 : 0,102 - 2020 : 0,101).
(<50% de l'objectif : non atteint - \geq 50% de l'objectif et <80% : partiellement atteint - \geq 80% de l'objectif et < l'objectif : atteint en grande partie).
Remarque : les données intègrent les EHPAD
Données 2015 : **0,106** ‰ (15,54 T / 14 7277)