

Qualité & Gestion des risques

La direction de l'établissement a mis en place dès l'automne 2003 une Cellule Qualité et Gestion des Risques dont la mission essentielle a été de préparer et de coordonner la démarche en garantissant la méthodologie.

LA POLITIQUE QUALITÉ

Historiquement, les **ordonnances de 1996** ont imposé à **tous les établissements de santé de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité et dans une démarche de certification**. La première visite de certification a eu lieu en **décembre 2004**.

Au-delà du formalisme relatif à cette démarche, la direction de l'établissement a mis en place dès l'automne **2003** une **Cellule Qualité et Gestion des Risques** dont la mission essentielle a été de **préparer et de coordonner la démarche** en garantissant la **méthodologie**.

La volonté institutionnelle de poursuivre son engagement sur la voie de l'amélioration de la qualité et de la sécurité s'est ensuite déclinée dans le projet qualité 2006/2008 dont les objectifs visaient à :

- > Garantir la sécurité de chacun,
- > Mettre en place une analyse des risques reposant sur les vigilances,
- > Evaluer les pratiques professionnelles,
- > Développer la maîtrise du risque infectieux.

Le programme qualité 2009 a vu un développement transversal de la démarche Qualité et Gestion des Risques se traduisant par une **participation** plus importante de la **Cellule Qualité et Gestion des Risques aux instances** et divers groupes de travail institutionnels.

La poursuite des programmes Qualité et Gestion des Risques, l'informatisation du système de gestion documentaire, le déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles à l'ensemble des activités contribuent à **renforcer la sécurité de chacun à l'hôpital**.

Cette démarche a impliqué des changements culturels : une orientation client, une culture de la mesure, une utilisation des méthodes d'amélioration, une identification collective des dysfonctionnements et leur utilisation comme axes de progrès.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement est conçu comme un véritable outil de management. Il traduit la volonté, le dynamisme et la capacité du centre hospitalier à améliorer sa politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Parmi les grandes orientations du programme d'amélioration de la qualité, nous pouvons citer :

- > l'amélioration continue des pratiques professionnelles,
- > la mise en place du Dossier Patient Unique (DPU) et l'informatisation des dossiers patient,
- > la sécurisation du circuit du médicament,
- > la sécurisation du risque infectieux,
- > la gestion documentaire,
- > la prévention des risques et la sécurisation des soins notamment relatif à l'identitovigilance,
- > la satisfaction et l'information des patients.

Politique qualité en stérilisation

La stérilisation vient de renouveler sa certification ISO 9001 v2015. Cette démarche volontaire montre la dynamique du service. L'amélioration de la qualité de la prestation de stérilisation a pour but principal de satisfaire les services partenaires (bloc opératoire et services de soin). La **politique qualité** permet de définir l'orientation prise par ce service.

LA CERTIFICATION

La certification des établissements de santé est une démarche ayant pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans les hôpitaux et cliniques sur l'ensemble du territoire français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé, mandatés par la HAS, réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé.

Pour chaque établissement visité, les résultats de certification sont rendus publics et accessibles à tous sur le site de la Haute Autorité en Santé (HAS) :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266210/fr/hopital-saint-jean-perpignan ↗

La **dernière visite de certification V 2010 (3ème itération)**, s'est déroulée en **octobre 2013** et se poursuit avec la **préparation de la V2014**. Cette 4ème version de la procédure de certification recentre l'évaluation sur l'identification des risques, la qualité réelle de la prise en charge et le travail en équipe.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'**évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** consiste à analyser l'activité clinique réalisée, par rapport aux **recommandations professionnelles** disponibles actualisées, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter de cette comparaison.

L'EPP est une obligation pour les médecins, mais étendue à l'ensemble des professionnels travaillant en établissement de santé. Ainsi, de nombreuses EPP sont réalisées au sein du centre hospitalier.

LES INDICATEURS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Depuis plusieurs années, la santé se mesure: les hôpitaux les plus sûrs, les hôpitaux qui traitent le mieux la douleur, palmarès des hôpitaux et cliniques... Pour "officialiser" ces classements issus des médias, la Haute Autorité de Santé (HAS), en coopération avec le Ministère de la Santé, s'est engagée dans la généralisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Cette généralisation permet de répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés. De même, ces données participent au pilotage de l'établissement et s'articulent avec la procédure de certification.

Ce processus est en marche depuis 2006 et impose le recueil de :

- > 7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, recueillis annuellement,
- > 15 indicateurs qualité recueillis tous les 2 ans.

Ces indicateurs sont diffusés depuis 2007 par le ministère de la santé, à destination du grand public sur le site **SCOPE SANTÉ**

Les résultats annuels sont disponibles sur [scope.santé](http://scope.sante.fr) sur la fiche de publication obligatoire.

<https://ws.scopesante.fr/v4/fichePDF/660000084> 


MESURE DE LA SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS

La mesure de la satisfaction s'effectue d'une part à l'aide d'un questionnaire de satisfaction papier remis au patient.

D'autre part, **un indicateur transversal de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (E-SATIS) expérimenté à partir de 2011** par la Direction Générale de l'Offre de Soins au sein des établissements de santé exerçant une activité de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), **donne la parole au patient sur son ressenti concernant son hospitalisation**. Il mesure la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge.

Cette démarche repose maintenant sur une enquête envoyée par mail 2 semaines après la sortie du patient hospitalisé. Cette étude est réalisée, auprès de patients volontaires, par un institut de sondage indépendant de l'établissement au moyen d'un questionnaire national.

Pour rappel, les résultats annuels sont disponibles sur [scope.santé](http://scope.sante.fr) sur la fiche de publication obligatoire.

<https://www.scopesante.fr/#/etablisements/660000084/fiche-detaillee/> 

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

Centre Hospitalier de Perpignan

20 Avenue du Languedoc
BP 49954
66046 PERPIGNAN cedex 9
Tél. : **04 68 61 66 33**