



Politique Qualité Sécurité des Soins Du CH de Clamecy 2025-2028

Rédacteur : CHERKAOUI Mariama

Validée en CME du 04/12/2025

Validée en CDU le 18/12/2025

Dernière modification : 15/12/2025



INTRODUCTION

La Politique Qualité et Sécurité des Soins (QSS) du Centre Hospitalier de Clamecy a pour ambition de garantir une prise en charge sécurisée, efficace et respectueuse des droits des patients, tout en favorisant l'amélioration continue des pratiques professionnelles et la maîtrise des risques.

Elle repose sur trois principes fondamentaux :

1. Placer la qualité et la sécurité des soins au cœur des pratiques quotidiennes.
2. Valoriser l'expérience patient et le respect de ses droits.
3. Renforcer la culture de sécurité, la coordination des parcours et l'organisation interne.

Cette politique se traduit concrètement par :

- Le soutien à l'engagement et à la responsabilité des professionnels dans la qualité des soins.
- La préparation et la capacité de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et aux crises.
- L'intégration de la dimension développement durable dans l'ensemble des pratiques hospitalières.

Elle s'appuie sur l'analyse et le suivi des informations issues de :

- Évaluations internes : Audits et évaluations, Certif Training, EPP, et enquêtes...
- Évènements indésirables : Analyse des EI, EIAS, EIG, EIGS (Crex, CAEI) et autres incidents critiques.
- Recueil de la satisfaction et de l'expérience patient : Questionnaires de satisfaction, E-satis, Recueil de l'expérience patient, plaintes/réclamations, éloges,
- Indicateurs (IQSS, IPC, IDP et autres indicateurs) permettant le suivi des performances et de la qualité des soins.
- Les rapports d'inspection, et de contrôle de sécurité.

La politique QSS constitue le socle du Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS), décliné en PAQSS propres à chaque service, avec un socle global. Le suivi du Programme d'amélioration Continue de la qualité et Sécurité des soins est assuré par le Comité de pilotage Qualité GDR et certification, sous la supervision de la Commission médicale de l'établissement.

LES AXES DE LA POLITIQUE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

AXE 1 : GOUVERNANCE, CULTURE QUALITÉ, GESTION DES RISQUES ET GESTION DE CRISE

Objectifs :

- 1.1 – Développer une culture de sécurité partagée entre tous les professionnels.
- 1.2 – Améliorer le signalement et l'analyse des événements indésirables.
- 1.3 – Maîtriser les risques majeurs, y compris les risques de maltraitance.
- 1.4 – Garantir la maîtrise documentaire et la mise à disposition des bonnes pratiques.
- 1.5 – Préparer et gérer efficacement les situations de crise.

AXE 2 : SÉCURITÉ DES SOINS ET MAÎTRISE DES RISQUES CLINIQUES

Objectifs :

- 2.1 – Sécuriser la prise en charge médicamenteuse.
- 2.2 – Prévenir les risques infectieux.
- 2.3 – Sécuriser la prise en charge des patients vulnérables.
- 2.4 – Sécuriser les prises en charge urgentes et critiques.

AXE 3 : PARCOURS PATIENT, COORDINATION ET AMÉLIORATION CONTINUE

Objectifs :

- 3.1 – Structurer le projet de soins personnalisé pour chaque patient.
- 3.2 – Fluidifier les parcours internes et externes des patients.
- 3.3 – Exploiter les audits traceurs et indicateurs pour l'amélioration continue des pratiques.

AXE 4 : DROITS DES USAGERS, EXPÉRIENCE PATIENT ET BIEN-TRAITEMENT

Objectifs :

- 4.1 – Renforcer l'expérience et la participation des usagers dans leur parcours de soins.
- 4.2 – Garantir les droits, l'information et le consentement éclairé des patients.
- 4.3 – Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans tous les services.

AXE 5 : QUALITÉ DES PRESTATIONS LOGISTIQUES, TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES

Objectifs :

- 5.1 – Optimiser la gestion des ressources humaines.
- 5.2 – Améliorer les locaux et les conditions d'accueil.
- 5.3 – Améliorer les prestations hôtelières et logistiques.
- 5.4 – Développer des actions en faveur du développement durable.

L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE SECURITE DES SOINS

La démarche Qualité Sécurité des soins s'organise ainsi selon le schéma suivant :

SCHEMA ORGANISATIONNEL DE LA DEMARCHE QUALITE/SECURITE DE SOINS AU CH DE CLAMECY



LE SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

1- Les instances de pilotage

Le pilotage du management de la qualité et de la sécurité des soins est intégré aux instances institutionnelles.

Le Directoire constitue l'instance de pilotage stratégique de la politique qualité et sécurité des soins. Il s'appuie sur les préconisations de la CME et assure la cohérence des orientations stratégiques.

La Commission Médicale d'Établissement (CME), en concertation avec la direction, le Coordonnateur des Soins, valide la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La CME, instance décisionnelle en matière de qualité et sécurité des soins, en assure le pilotage opérationnel, en collaboration avec la Responsable qualité et gestion des risques (RQGR).

Cette politique d'amélioration continue se décline dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

2- Les instances de coordination

a. Le COMEX

Le Comité de Direction se réunit chaque semaine pour suivre les actions menées dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, réajuster la politique et prendre connaissance des résultats (indicateurs, inspections réglementaires, audits, suivi de la certification, priorisation, etc.).

Le COMEX est présidé par le Directeur de l'établissement et est composé de l'ensemble de l'équipe de Direction.

b. Le Comité de pilotage Qualité – GDR – Certification

Il est composé du Directeur, du Président de la CME, du Président/représentants de la CSIRMT, du Responsable qualité et gestion des risques et des pilotes de thématiques.

Il organise le pilotage des thématiques en désignant les pilotes et en favorisant l'implication active des professionnels de santé.

La Responsable qualité accompagne les pilotes dans le suivi et la mise à jour de leurs Plans d'actions Qualité Sécurité des Soins et apporte un appui méthodologique pour la priorisation et l'évaluation des risques.

Le Comité assure également la coordination globale de la démarche de certification et la consolidation des informations destinées aux instances et aux experts-visiteurs.

c. Le Comité des Vigilances et des Risques Associés aux Soins (COVIRIS)

Émanation de la CME, le COVIRIS renforce la culture de sécurité au sein de l'établissement et soutient l'amélioration continue.

Il contribue à la définition et au suivi de la politique de vigilance, en s'appuyant sur l'analyse collective des événements indésirables, et en supervisant le déploiement et le fonctionnement des vigilances sanitaires au sein de l'établissement.

Le COVIRIS identifie et évalue les risques, à posteriori et à priori, pour tout événement ayant mis en jeu ou susceptible de mettre en jeu la sécurité des soins.

d. La Commission des Usagers (CDU)

La CDU contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches.

Elle reçoit les plaintes, réclamations, les événements indésirables graves et informations nécessaires à l'exercice de ses missions et veille au respect des droits des usagers, dans une démarche centrée sur la qualité et la sécurité des soins.

3- Le management opérationnel

Plusieurs comités et commissions assurent la mise en œuvre opérationnelle des actions définies par le COPIL Qualité – GDR.

a. Le service Qualité / Gestion des Risques

Le service Qualité/GDR assure la conception et le suivi de la politique qualité et sécurité des soins, accompagne les projets, gère les signalements et les analyses d'événements indésirables, et veille au respect des droits des usagers.

Il pilote la gestion documentaire, soutient la rédaction des procédures et assure la coordination des actions d'amélioration dans l'établissement.

b. Les sous-commissions de la CME

Médicament, Risque Infectieux, Douleur, Nutrition, vigilance et risques contribuent au suivi de leurs politiques respectives.

Les présidents rendent compte des travaux et projets lors de la CME.

c. Les groupes transversaux

Les référents (pharmacie, nutrition, hygiène, dossier résident, PGHTSS), le Comité Bien-être, CIV, CLAN, F3SCT ainsi que les pilotes/copilotes de thématiques relaient les actions d'amélioration sur le terrain.

Chaque thématique est managée par un pilote, souvent accompagné d'un copilote, en collaboration avec la Responsable qualité/GDR.

Leurs missions incluent :

- Mobiliser les compétences utiles,
- Animer le groupe de travail,
- Élaborer ou mettre à jour la politique de thématique,
- Être l'interlocuteur privilégié des instances (CME, CSIRMT, COPIL, CVS, CSE),
- Communiquer régulièrement auprès des professionnels sur l'avancement du plan d'action.

Cette organisation garantit une démarche structurée, cohérente et partagée autour de la qualité et de la sécurité des soins.

4- Les éléments d'évaluation internes

a. Revue des Événements Indésirables

Le logiciel Intraqual centralise l'ensemble des signalements d'événements indésirables (EI) et constitue un outil informatique unique, également dédié à la gestion documentaire. Chaque événement indésirable reçu par le service Qualité et Gestion des Risques (GDR) est analysé, évalué selon sa gravité, puis orienté vers le responsable en charge de la mise en œuvre des actions correctives.

Les événements indésirables graves, tels que les EIG (Événements Indésirables Graves), EIAS (Événements Indésirables Associés aux Soins) et EIASG (Événements Indésirables Associés aux Soins Graves), sont systématiquement présentés au Directeur et au Comex. Ils font ensuite l'objet d'une analyse approfondie selon la méthode ALARM, réalisée par une équipe pluridisciplinaire dédiée. La contribution de la Cellule d'Analyse des Événements Indésirables (CAEI) et du Comité de Retour d'Expérience (CREX) renforce considérablement ce dispositif en garantissant une expertise partagée et un retour d'expérience structuré.

Par ailleurs, une revue mensuelle des événements indésirables est organisée au sein de la CAEI, permettant un examen pluridisciplinaire des signalements et assurant le suivi des actions d'amélioration décidées. L'ensemble de ces analyses constitue un élément fondamental pour l'élaboration et l'actualisation du Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) du CH Clamecy.

b. Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

La cellule EPP, composée de l'ingénieur qualité, d'une IDE référente et d'un médecin, conduit et supervise, en coordination avec les pilotes de thématiques, les évaluations des pratiques professionnelles. Ces évaluations peuvent se traduire par le recueil d'indicateurs, la réalisation d'audits, l'élaboration de rapports et l'utilisation de référentiels de bonnes pratiques.

Ces actions permettent de mesurer la conformité des pratiques aux standards institutionnels et réglementaires, d'identifier les écarts et de proposer des actions correctives pour renforcer la sécurité des patients et la qualité des soins.

c. Les indicateurs

L'établissement dispose d'un tableau de bord des indicateurs, permettant un suivi précis des performances en lien avec l'amélioration des pratiques et la sécurité des soins. Ces indicateurs couvrent différentes dimensions. Le suivi régulier de ces indicateurs permet de prioriser les actions et de mesurer l'impact des initiatives mises en place.

d. Les formes de recueil de l'expression du patient

L'établissement valorise toutes les formes d'expression du patient pour intégrer son expérience dans l'amélioration continue de la qualité des soins :

- Questionnaires de sortie ou de satisfaction dans tous les services de soins.
- Dispositif E-Satis, permettant une mesure standardisée de la satisfaction.
- Suivi de l'expérience patient au travers d'entretiens et d'observations.
- Gestion des plaintes, réclamations et éloges, avec un traitement systématique et un retour au patient.
- Temps d'échange avec les Représentants des Usagers lors des réunions de la CDU

Ces données constituent une ressource précieuse pour adapter les pratiques et renforcer la qualité et la sécurité des soins.

e. Travaux des commissions et groupes de travail

L'engagement des professionnels au sein des groupes de travail et des commissions est un élément clé pour produire et diffuser les bonnes pratiques. Les professionnels référents, tels que ceux en charge de la douleur, de la nutrition ou de l'hygiène, jouent un rôle de courroie de transmission, permettant de relayer les recommandations et de favoriser leur intégration dans les pratiques quotidiennes.

Ces instances contribuent directement à la dynamique qualité et sécurité des soins et permettent de capitaliser sur l'expertise professionnelle.

f. Supports à la mise en œuvre du management par la qualité

1. Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

Le PAQSS facilite la lisibilité et le suivi des actions décidées au niveau institutionnel, en s'appuyant sur des objectifs et indicateurs définis. Il est décliné en plan d'action propre à chaque pour un suivi approprié par les cadres de santé et les équipes,

Le suivi des actions est assuré dans le cadre du Comité de pilotage Qualité GDR Certification, et accessible aux professionnels, via Intraqual et la page Qualité CH Clamecy Dédicée.

2. Gestion documentaire

Une base documentaire informatisée, accessible via Intraqual, centralise l'ensemble des protocoles, procédures et documents de référence. Cette centralisation assure la disponibilité et la mise à jour des ressources nécessaires pour la pratique quotidienne et la formation des équipes.

3. Formation et sensibilisation

L'établissement dispose d'un plan annuel de formation, intégrant les demandes des professionnels, des commissions et des responsables de service. Des actions de sensibilisation sont également menées sous différentes formes : formation flash, quick audit, communication en réunion de service, rencontres lors de la Semaine de la sécurité du patient, et diffusion d'un journal interne « Flash Qualité ». La page qualité sur Intraqual assure un relais d'information continue à tous les professionnels.



Annexes

- **Annexe 1** : Politique EPP
- **Annexe 2** : Politique de prise en charge médicamenteuse
- **Annexe 3** : Politique de prévention du risque infectieux