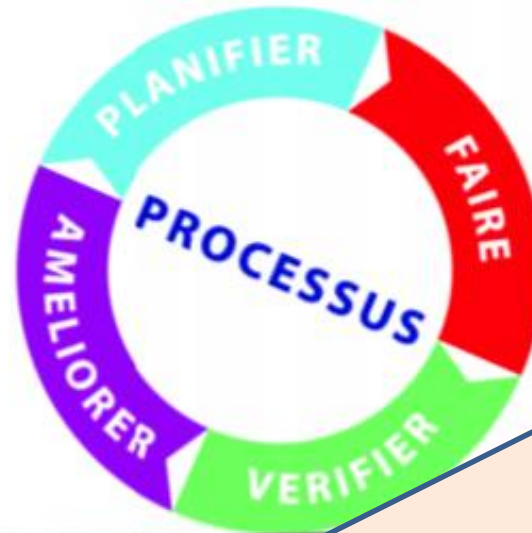


La structuration qualité et les comités GDR réglementaires



Référentiels

Dr Boudawara Sami
Coordonnateur Qualité
Mr Salem Enbili
Directeur Général



CHU
TAHAR SFAR MAHDI

EPS Hôpital Tahar Sfar Mahdia



INTRODUCTION

- **La qualité de soins est un droit constitutionnelle**

Article 38 de la constitution Tunisienne 2014

- **Les professionnels de santé du CHU de Mahdia souhaitent s'initier et se perfectionner dans la démarche qualité.**
- **Un appel à la candidature pour la participation au projet PACS (Mai 2015)**

PACS

- **Opportunité**
- **Profiter de :**
 - **Du savoir faire des Experts**
 - **de leurs assistance technique**
- **Objectif: Améliorer la qualité et la sécurité de soins dans notre établissement par l'implémentation d'un système de management de la qualité (SMQ)**

Principes de la structuration de la démarche qualité

- 1. Engagement de la Direction**
- 2. Structuration / formalisation**
- 3. Organisation / responsabilités et circuit d'information**
- 4. La définition d'objectifs qualité déclinés en programme d'actions**
- 5. Suivi du plan d'action**
- 6. Clés de succès / difficultés**

Les Engagement de la direction

- **L'engagement de la Direction**
 - Mise en place d'une organisation qualité
 - Rôle du responsable qualité
 - Rôle essentiel de la Direction dans la définition de la politique qualité
- **Instaurer la « culture qualité »**
 - Manager la qualité
 - Communiquer la qualité
 - Actions de formation

Engagement de la Direction

OUTIL de GESTION : optimiser des moyens en ce concentrant sur les activités dites à risques pour le patient et le personnel

OUTIL de MANAGEMENT : pas de politique qualité sans formation et motivation du personnel, qui doit être associé dès le début via une information claire et précise de la part des dirigeants.



lettre d'engagement dans une démarche qualité

Mahdia, le 24/10/2016

La mission de notre établissement est d'assurer, dans un cadre adapté, des soins sûrs et de qualité aux patients qui nous sont confiés.

La satisfaction et la sécurité de nos patients sont au cœur des projets et des préoccupations de notre établissement, tant au niveau des soins que de l'hôtellerie et de leur prise en charge globale.

Afin de répondre au mieux aux besoins des usagers, nous avons décidé d'engager notre établissement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Nous souhaitons que cette démarche aboutisse à une Accréditation sur la base du référentiel de l'INASanté d'ici fin 2019.

Pour y parvenir, nous confions à :

- Dr Boudawara Sami, Responsable Qualité
- Pr Hassen Bouzidi
- Mr Ferjani Chaabani
- Mr Nader Sbahi

Membres de la Cellule Qualité, la mission d'animer et de coordonner notre démarche d'amélioration de la qualité et d'en rendre compte aux membres du Comité de Pilotage Qualité (COFIL) que je préside.

Ce projet ambitieux ne rencontrera le succès que si chacun d'entre nous y adhère.

Nous savons pouvoir compter sur la compétence, l'expérience et la motivation de toutes et de tous et vous en remercions par avance.

Mme Ghochbane Besma
Le Directeur Général
Directeur Général

Pr Driss Nabil
Président du Comité Médical

Pr Driss Nabil
Président du Comité Médical

Pr Souheil ElAtrouss

EPS TAHAR SFAR MAHDIA
Pr. SOUHEIL EL ATROUSS
PRÉSIDENT DU COMITÉ MÉDICAL
Président du Comité Médical

Mr Salem Enbili
Le Directeur Général
Directeur Général

Mahdia, le 05/04/2018

La mission de notre établissement est d'assurer, dans un cadre adapté, des soins sûrs et de qualité aux patients qui nous sont confiés.

La satisfaction et la sécurité de nos patients sont au cœur des projets et des préoccupations de notre établissement, tant au niveau des soins que de l'hôtellerie et de leur prise en charge globale.

Afin de répondre au mieux aux besoins des usagers, nous avons décidé d'engager notre établissement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Nous souhaitons que cette démarche aboutisse à une Accréditation sur la base du référentiel de l'INASanté d'ici fin 2019.

Pour y parvenir, nous confions à :

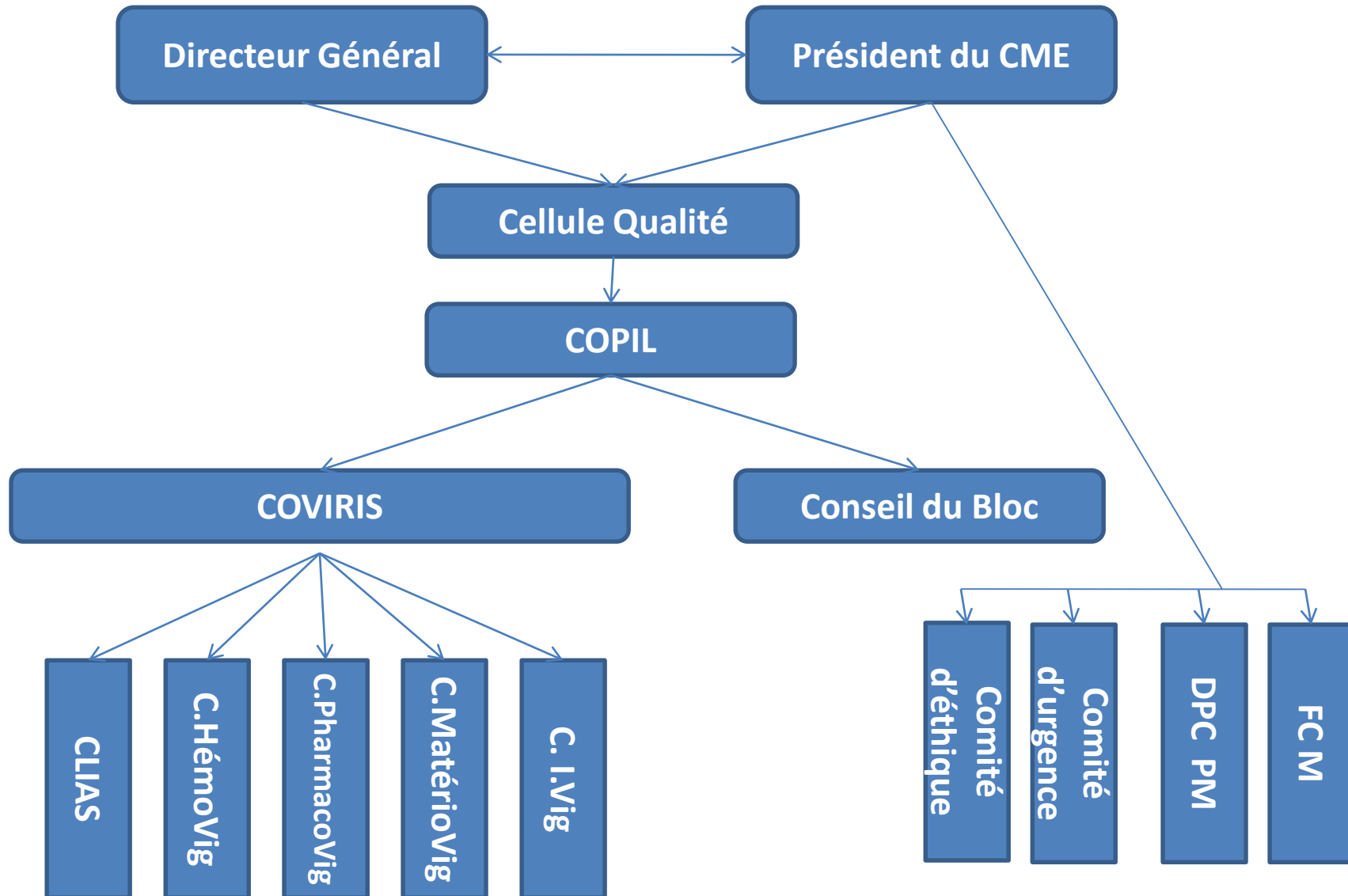
- Dr Boudawara Sami, Responsable Qualité
- Pr Hassen Bouzidi
- Mr Ferjani Chaabani
- Mr Nader Sbahi

Membres de la Cellule Qualité, la mission d'animer et de coordonner notre démarche d'amélioration de la qualité et d'en rendre compte aux membres du Comité de Pilotage Qualité (COFIL) que je préside.

Ce projet ambitieux ne rencontrera le succès que si chacun d'entre nous y adhère.

Nous savons pouvoir compter sur la compétence, l'expérience et la motivation de toutes et de tous et vous en remercions par avance.

Mise en place d'une organisation qualité



Règlement intérieur

| N° | Secteur | N° d'ordre | titre | Rédaction | | Validation | | Approbation | |
|----|---------|------------|------------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|------------|-----------------|------------|
| | | | | Rédacteur | date | Valideur | date | Approbateur | date |
| 1 | QUA | 1 | Cellule qualité | Boudawara Sami | 25/12/2017 | Ghodhbane B-Cellule Q | 05/01/2018 | Bouzidi H | 13/01/2018 |
| 2 | QUA | 2 | COPIL | Ghodhbane Besma | 25/12/2017 | Ghodhbane B-Cellule Q | 05/01/2018 | Boudawara S | 13/01/2018 |
| 3 | VIG | 1 | COVIRIS | Issaoui Abir | 23/01/2018 | Ghodhbane B-Cellule Q | 31/01/2018 | Boudawara S | 31/01/2018 |
| 4 | VIG | 2 | Transfusion | Bouzidi Hassen | 23/01/2018 | Ghodhbane B-COVIRIS | 31/01/2018 | cellule qualité | 31/01/2018 |
| 5 | VIG | 3 | Thérapeutique | Farhat Jalila | 23/01/2018 | Ghodhbane B-COVIRIS | 31/01/2018 | cellule qualité | 31/01/2018 |
| 6 | VIG | 4 | CLIAS | Majdoub Ali | 23/01/2018 | Ghodhbane B-COVIRIS | 31/01/2018 | cellule qualité | 31/01/2018 |
| 7 | VIG | 5 | Identito-vigilance | Dhouibi Nizar | 23/01/2018 | Ghodhbane B-COVIRIS | 31/01/2018 | cellule qualité | 31/01/2018 |

Textes Réglementaires

- Cellule qualité: Circulaire 92/92
- Comité de transfusion: Circulaire 137/98
- CLIAS : Circulaire 11/90 – 44/2005
- Comité thérapeutique: Circulaire 93/91
- CIV: Circulaire 96/97
- Comité d'urgence: Circulaire 52/2013

Rédaction des procédures

| N° | Secteur | N° d'ordre | titre | Rédaction | | Validation | | Approbation | | V° | Réglementation | Annexe |
|----|---------|------------|----------------------|-------------------------|----------|----------------------------|----------|-------------|------------|----|-----------------------------------|--|
| | | | | Rédacteur | date | Valideur | date | Approbateur | date | | | |
| 1 | ORG | 1 | Gestion documentaire | Bouzidi H | 25/12/17 | Ghodhbane B- Elatrous S | 16/1/18 | Boudawara | 18/1/18 | 1 | | - |
| 2 | VIG | 1 | Gestion des EI | Boudawara S | | Ghodhbane B- Elatrous S | | cellule QUA | | 1 | | Fiche EI |
| | | | | | | | | | | | | charte de signalement EI |
| | | | | | | | | | | | | Charte de non punition |
| 3 | VIG | 2 | Pharmacovigilance | Jalila faehat | 06/03/18 | Jalila Farhat-Abir Issaoui | 23/03/18 | cellule QUA | 28/03/2018 | 1 | Decret 2006-1118 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 4 | VIG | 3 | Matéiovigilance | Mohamed Hedi Ben Cheikh | 06/03/18 | Jalila Farhat-Abir Issaoui | 23/03/18 | cellule QUA | 28/03/2018 | 1 | Decret 99-769 | |
| 5 | QGR | 1 | SATISFACTION | Pr bouzidi h | | | | cellule QUA | | 1 | | |
| 6 | QGR | 2 | plainte | Mr chaabani | | | | cellule QUA | | 1 | circulaire 219/81 | |
| 7 | VIG | 4 | Lavage des mains | Mme F.Chebbi | | Pr Ag A.Majdoub | | cellule QUA | | 1 | | - |
| 8 | VIG | 5 | Isolement | Mme F.Chebbi | | Pr Ag A.Majdoub | | cellule QUA | | 1 | | |

Informier, sensibiliser les personnels

- Le comité médical: 27/10/2016 – 9/5/2017- 7/2/2018-21-9/2018
- Le conseil d'administration: 31/10/2016 – 24/5/2017-16-3/2018-11/10/2018
- Réunion avec les personnels le 12/11/2016
 - Chefs de services
 - Les administrateurs
 - Les surveillants des services
 - Les chefs des unités
- Comités de vigilance
- EOHH

Le projet qualité et gestion des risques

- Le projet « qualité et gestion des risques » est une composante du projet d'établissement. Il a pour objectif de définir les orientations stratégiques en matière de qualité et de sécurité des soins.

Ce Projet d'établissement est le fruit de plusieurs mois de réflexions, d'échanges, de concertation de toutes sortes et formes. Il a été élaboré collectivement et dans le dialogue, associant les équipes médicales et soignantes, administratives, médico-technique et technique. Je compte sur l'engagement, le sentiment d'appartenance, et



AXE 01

Développement de la culture de la qualité et la sécurité PROJET QUALITÉ

- OS n° 1.1: S'inscrire dans le processus d'accréditation
- OS n° 1.2: Améliorer les prestations de l'Administration
- OS n° 1.3: Sécuriser l'infrastructure de l'hôpital
- OS n° 1.4: Sécuriser les pratiques professionnelles par le recours à la science
- OS n° 1.5: Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques de soins
- OS n° 1.6: Sécuriser les pratiques professionnelles (intégré au projet médical)
- OS n° 1.7: Instaurer un système de vigilance
- OS n° 1.8: Coordonner le parcours des soins

Politique qualité

- La démarche qualité est pensée comme un processus d'amélioration continue qui prend en compte les résultats et le bilan des actions menées dans le cadre du programme qualité.
- La mise en œuvre du management de la qualité s'appuie sur une démarche en quatre temps, symbolisée par la Roue de DEMING

Notre objectif

Vous assurer une prise en charge de qualité

Notre mission est de vous proposer une prise en charge globale alliant la qualité et la sécurité des soins.

Les professionnels de notre hôpital sont engagés au quotidien pour répondre au mieux à vos besoins dans un environnement le plus agréable possible.

Dans le cadre de la dynamique d'amélioration de la qualité engagée dans notre hôpital, les objectifs suivants ont été retenus comme prioritaires pour l'année 2018 :

- 1/Améliorer la propreté et la salubrité de l'hôpital
- 2/ Sécuriser le circuit de la Stérilisation
- 3/Sécuriser le Circuit des médicaments
- 4/Sécuriser la pratique transfusionnelle

Des actions seront mises en œuvre pour atteindre ces objectifs sous la coordination de la Cellule qualité

هدفنا ضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية

رسالتنا هي أن نقترح و نقدم لكم الرعاية الشاملة التي تجمع بين الجودة والرعاية الآمنة

يعمل مهني الصحة بمؤسستنا الإستشفائية على تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المريض، و تلبية جميع حاجياته

في إطار تحسين جودة الخدمات بالمستشفى،

تم تحديد الأهداف التالية كأولويات لسنة 2018:

1 / تحسين النظافة بالمستشفى ومحيطه

2 / تأمين دائرة التعقيم

3 / تأمين توزيع الأدوية

4 / تأمين ممارسة نقل الدم

سيتم تنفيذ الإجراءات لتحقيق هذه الأهداف

بالتنسيق مع وحدة الجودة

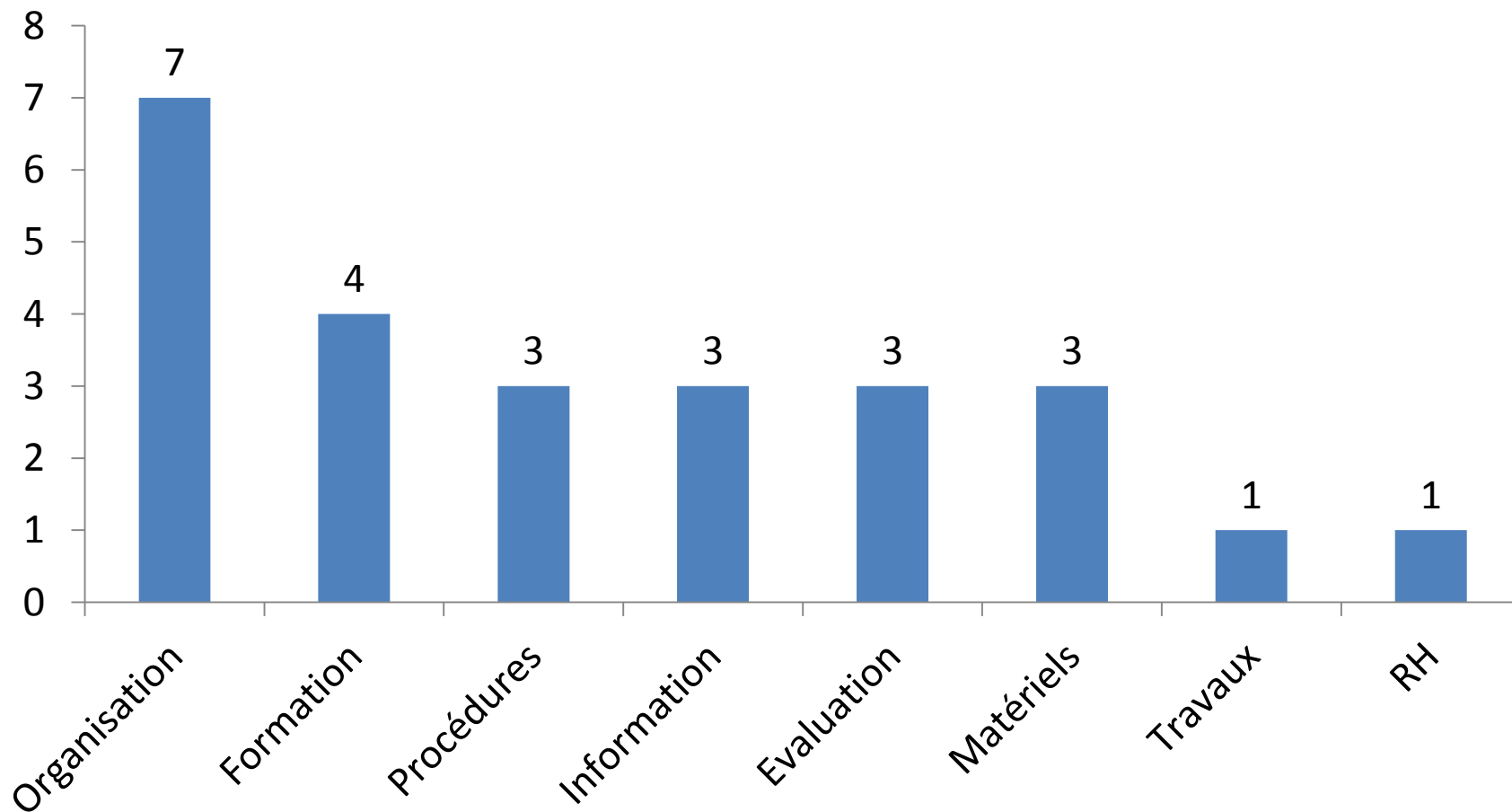
Plan d'action

| Thème | Domaines | Éléments attendues | Actions | Type | E | F | I | P | Qui ? | Modalités de suivi, indicateur | Programmée | | Avancement | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|--|------|---|---|----|---|--|--------------------------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|------|--|--|
| | | | | | | | | | | | Début | Fin | 0% | 25% | 50% | 75% | 100% | | |
| Plan d'action politique qualité 2018 | Améliorer la propreté et la salubrité de l'hôpital | hopital propre | recruter des ouvriers contractuels | RH | 4 | 4 | 16 | 5 | la direction générale | contrat signé | 30/06/2018 | 15/07/2018 | | | | | 100% | | |
| | | | Démobiliser le matériel usé et inutilisable stocké dans les escaliers et les couloirs et l'entreposer dans un espace dédié a ce genre de matériel | O | | | | | Service généraux et service achat | | 15/07/2018 | 31/08/2018 | | | 50% | | | | |
| | | | Elaborer un plan de travail pour le personnel de nettoyage qui vise à assurer le nettoyage quotidien des escaliers, couloirs et de l'intérieur de l'hôpital et réserver un contrôle permanant pour une stricte application | O | | | | | Mme Faouzia Chebbi | | | 15/08/2018 | | | | | 75% | | |
| | | | Assurer une formation continue et adaptée au personnel de nettoyage | F | | | | | EOHH | | 15/08/2018 | 15/09/2018 | | 25% | | | | | |
| | | | Renforcer les actions de Contrôle et de suivi permanant du bio nettoyage de l'environnement interne et externe de l'hôpital et notamment les toits. | E | | | | | EOHH | | 10/07/2018 | 31/12/2018 | | | 50% | | | | |
| | | | Réserver un seul monte-charge pour évacuer les ordures dans des horaires préfinies et le nettoyer avant de le réutiliser pour l'acheminement des repas aux malades. | O | | | | | service hygiène et service de maintenance | | | | | 0% | | | | | |
| | | | Programmer une campagne mensuelle (dernier samedi de chaque mois) d'hygiène de l'environnement externe | O | 4 | 4 | 16 | 5 | Le gouvernerot de Mahdia la direction régionale de santé de mahdia | | 31/03/2018 | 31/12/2018 | | 25% | | | | | |
| | | | évaluer la propreté de l'hopital | E | 4 | 4 | 16 | 5 | Service hygiène | evaluation continue | 31/07/2018 | 31/12/2018 | | 25% | | | | | |
| | | | Intensifier les séances de formation des référents | F | | | | | EOHH | | 01/09/2018 | 31/12/2018 | | 25% | | | | | |

Plan d'action

| Thème | Domaines | Eléments attendues | Actions | Type | E | F | I | P | Qui ? | Modalités de suivi, indicateur | Programmée | | Avancement | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|------|----|---|--------------------|----------------|--|-------------------------------------|------------|------------|------------|-----|-----|-----|------|
| | | | | | | | | | | | Début | Fin | 0% | 25% | 50% | 75% | 100% |
| Plan d'action politique qualité 2018 | Sécuriser le circuit de la Stérilisation | circuit de la stérilisation sécuriser | réaliser un audit externe de l'unité de stérilisation | O | 4 | 4 | 16 | 5 | AUDITEUR EXTERNE | Audit réalisé | 26/09/2018 | 27/9/2018 | | | | | 100% |
| | | | évaluer le résultat d'audit | E | 4 | 4 | 16 | 5 | Mr Hédi Ben cheikh | évaluation réalisée | 28/08/2018 | 10/10/2018 | | | | | 100% |
| | | | Mettre un plan d'action selon le résultat de l'audit | O | 4 | 4 | 16 | 5 | Mr Hédi Ben cheikh | Plan d'action réalisé | 11/10/2018 | 30/10/2018 | | 25% | | | |
| | | | Informers les concernés du plan d'action | I | 4 | 4 | 16 | 5 | Mr Hédi Ben cheikh | Information lors du réunion du COPL | | | 0% | | | | |
| | | | Elaborer un manuel Qualité au sein de l'unité de stérilisation des Dispositifs Médicaux | PR | 4 | 4 | 16 | 5 | Mr Hédi Ben cheikh | manuel qualité élaborer | 01/07/2018 | 31/08/2018 | 0% | | | | |
| | | | mettre à la disposition d'une nouvelle autoclave aménager le local | M | 4 | 4 | 16 | 5 | Direction générale | autoclave mis à la disposition | 01/07/2018 | 30/09/2018 | 0% | | | | |
| | | T | 4 | 4 | 16 | 5 | Direction générale | local aménager | 01/08/2018 | 30/10/2018 | 0% | | | | | | |
| | Sécuriser le Circuit des médicaments | circuit de médicament sécuriser | commencer la Dispensation Journalière Individuelle et Nominative (DJIN) des médicaments manuellement avec 3 services (Uro- Réa Méd-Anesthésie réa) | O | 4 | 4 | 16 | 5 | Mme Jalila Farhat | DJIN en place | 30/04/2018 | 31/12/2018 | | | 50% | | |
| | | | acquisition du matériel | M | 4 | 4 | 16 | 5 | ministère de la santé | matériels acquis | | 31/12/2018 | 0% | | | | |
| | Sécuriser la pratique transfusionnelle | L'organisation de la pratique transfusionnelle est formalisée dans un document qualité | Rédiger les procédures pré - per et post transfusionnelle | P | 4 | 4 | 16 | 5 | Comité de transfusion | procédures rédiger | 02/05/2018 | 31/07/2018 | | | | | 100% |
| | | | Procédures diffusées | I | 4 | 4 | 16 | 5 | Celluie qualité | bordereau de diffusion | 31/07/2018 | 31/08/2018 | | 25% | | | |
| | | | Personnels formés | F | 4 | 4 | 16 | 5 | Comité de transfusion | Feuille de présence | 01/08/2018 | 31/12/2018 | 0% | | | | |
| | | | Acquisition de matériels | M | 4 | 4 | 16 | 5 | Chef de service de labo et les service d'achat | Matériels aquis | 15/04/2018 | 31/12/2018 | | 25% | | | |
| | | | Acquisition de logiciels | M | 4 | 4 | 16 | 5 | Chef de service de labo et les service d'achat | Matériels aquis | 10/04/2018 | 31/12/2018 | 0% | | | | |

Type d'action



Clés de succès / difficultés

- 1. Engagement de la direction**
- 2. Motivation des professionnels de l'établissement (Comités)**
- 3. Projet d'établissement 2016-2020**
- 4. Accompagnement et la formation des expert du PACS**

Etat d'avancement sur les éléments prioritaires

| | octobre 2017 | février 2018 | Mai 2018 | Juillet 2018 |
|---|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|
| Total Oui | 15 | 26 | 34 | 37 |
| Total en cours | 13 | 7 | 4 | 1 |
| Total non | 10 | 5 | 0 | 0 |
| % total de réalisation des actions | 40% | 68 % | 90% | 97% |

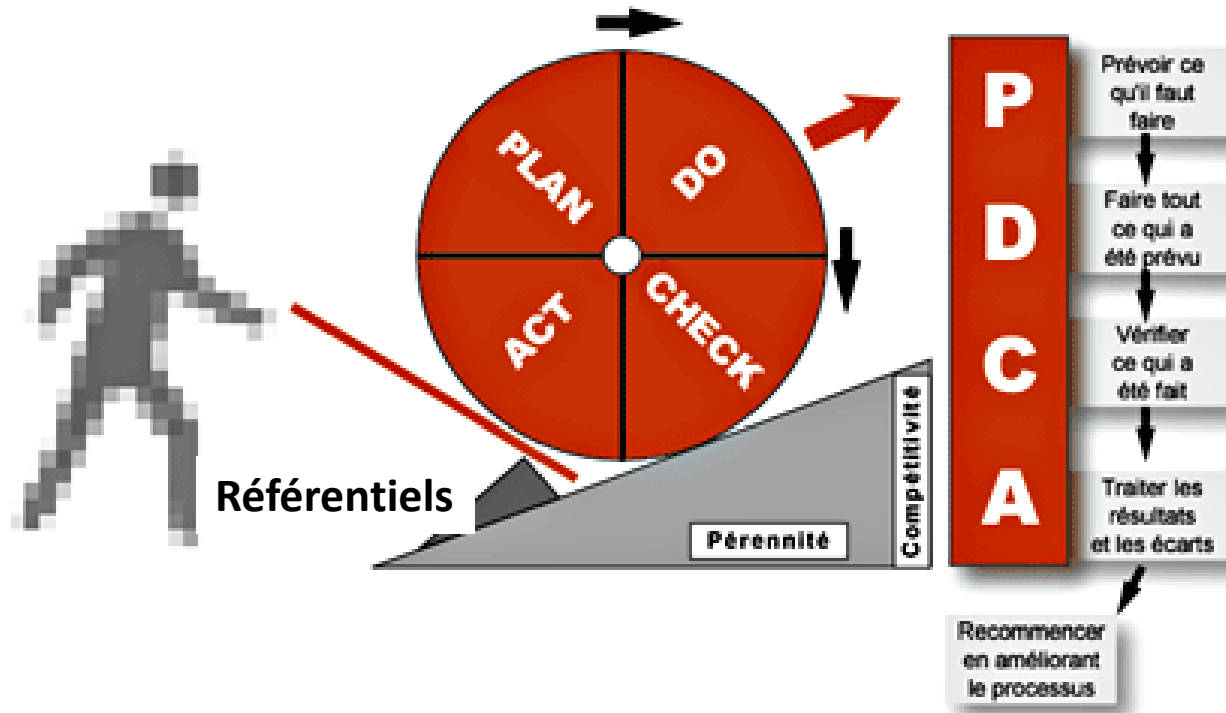
Autoévaluation selon le manuel de l'INEAS

1. **Constitution des groupes d'AE /Domaine**
2. **Impliquer plus de personnels dans la démarche qualité**
3. **Réaliser une auto-évaluation selon le manuel par de
l'INEAS**
4. **Elaboration d'un plan d'action d'amélioration**

Clés de succès / difficultés

- 1. Absence de structures spécifiques, règlementées et administrativement reconnues de gestion de la qualité et des risques dans l'organigramme des établissements**
- 2. Pénurie des ressources financiers**
- 3. Pénurie des ressources humaines**
- 4. Absence de moyen de motivation des professionnels**

La roue de Deming



Vivre sans espoir, c'est cesser de vivre.

[Fiodor Dostoïevski](#)

MERCI