

Volet qualité

Projet d'établissement du CHU de Bordeaux
2026-2030



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

+ www.chu-bordeaux.fr

Projet d'établissement 2026-2030

Volet qualité, sécurité et pertinence des soins

Le projet d'établissement 2021-2025 avait choisi, parmi ses priorités, de garantir des soins et des parcours de qualité aux patients. La culture de la qualité, de la sécurité et de l'évaluation des soins a été renforcée pour améliorer les pratiques et les organisations en intégrant la démarche qualité, sécurité et pertinence des soins dans la gouvernance des pôles (ingénieurs qualité intégrés dans les pôles, généralisation des cellules qualité de pôle), en renforçant l'implication de l'encadrement médico-soignant dans le pilotage et l'accompagnement des démarches qualité, sécurité et pertinence des soins (signalement et analyse des événements indésirables graves, pratiques managériales d'amélioration de la qualité, partages d'expérience). La stratégie de pertinence des soins au CHU de Bordeaux a été intégrée dans le système de management de la qualité et sécurité des soins du CHU, le projet médical et le projet de soins afin de déployer le juste soin pour répondre aux besoins du patient. L'atteinte de ces objectifs a permis de construire une base solide pour intégrer de nouvelles orientations portées par la nouvelle gouvernance.

Ainsi la qualité des soins à travers l'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles constitue un socle indispensable au renforcement de la sécurité des soins – en lien avec le projet médico-soignant – et au développement de la pertinence des soins – en lien avec le projet de gouvernance et management et le projet de transformation écologique – tout en intégrant davantage les usagers dans la mise en œuvre.

Pour le projet d'établissement 2026 – 2030, le volet qualité, sécurité et pertinence des soins est défini à travers une méthodologie dynamique, une politique qualité ambitieuse, un pilotage structuré et coordonné à tous les niveaux – de la gouvernance aux patients, et est constitué par un plan d'actions décliné en 3 axes prioritaires.

I. Une méthodologie dynamique

La qualité est le socle indispensable de l'ensemble des pratiques professionnelles et elle se décline dans tous les secteurs d'activités, pour tous les acteurs du CHU de Bordeaux.

La direction qualité, sécurité et pertinence des soins (QSPS) a souhaité coconstruire le volet qualité, sécurité et pertinence des soins du projet d'établissement. L'ensemble des équipes de la direction QSPS (coordination de la gestion des risques associés aux soins, ingénieurs qualité, et radioprotection), les équipes expertes des risques associés aux soins (médicament, dispositifs médicaux, douleur, hygiène, urgences vitales, transport...), les vigilances, les usagers et les professionnels médico-soignants des secteurs de soins ont contribué à l'élaboration de ce volet (Cf. liste en annexe).

La direction QSPS a opté pour un processus créatif et dynamique d'intelligence collective : le world café. Celui-ci facilite le dialogue, le partage de connaissances et d'idées, afin de créer, in fine un plan d'actions pour les cinq ans à venir. Une fois les productions recueillies, nous nous sommes réunies avec le bureau QSPS pour décliner les intentions en actions concrètes et identifier les indicateurs de suivi de mise en œuvre. Une dernière réunion a permis de présenter et enrichir le document avec les propositions des professionnels des services de soins et les usagers.

II. Une politique qualité ambitieuse

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux affirme son engagement à garantir une qualité, sécurité et pertinence des soins optimales, afin de répondre aux attentes :

- Des patients, pour leur prise en soins et en tant que véritables partenaires de la qualité des soins ;
- Des professionnels, pour le développement et le renforcement des compétences, pour donner du sens à leurs actions ;
- De l'encadrement médico-soignant, comme outil de management par la qualité ;
- De l'établissement, pour accompagner les équipes par une dynamique de sécurité, d'efficacité et de pertinence, dans un contexte de sobriété économique et écologique.

Un langage commun

La qualité, la sécurité et la pertinence des soins constituent des piliers essentiels dans la prise en charge des patients.

La démarche de **qualité des soins** vise à faire progresser les pratiques et les organisations : cela, en s'appuyant sur des recommandations scientifiquement validées et en intégrant les besoins et la satisfaction des patients.

Une gestion efficace des risques associés aux soins doit permettre de garantir la **sécurité des soins** pour les patients en anticipant les risques éventuels à chaque étape de la prise en charge et en limitant leurs conséquences lorsqu'ils surviennent.

La **pertinence des soins** se définit par l'adéquation entre les besoins en soin du patient et les qualités appropriées et justifiées des soins, en regard des recommandations de pratique du moment. Elle concerne les actes, les prescriptions, les modes de prises en charge, les parcours. Ainsi en réduisant les actes et examens superflus ou les traitements inadaptés et en évitant les ruptures de parcours, la pertinence des soins assure « le bon soin au bon patient par le bon professionnel au bon moment ». Les grandes catégories de situations de « non pertinence » sont les soins inutiles (« sur-usage »), l'absence de soin (« sous-usage »), le défaut de réalisation des soins (« mauvais usage », gaspillage opérationnel).

Son ambition et ses valeurs

Son ambition vise à impliquer l'ensemble des acteurs et à les accompagner dans la démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles. La qualité est un véritable enjeu de sécurité, de pertinence des soins et un levier de performance et de transformation écologique de notre établissement.

Ainsi, développer la culture sécurité, renforcer la pertinence des soins et consolider la place des usagers constitue 3 axes indispensables pour viser l'excellence à chacune des étapes du parcours de l'usager, contribuer à promouvoir les valeurs de l'établissement et offrir les meilleurs soins aujourd'hui et demain.

Sa stratégie

La politique qualité de l'établissement s'insère pleinement au sein du territoire : au niveau national en collaboration avec la commission qualité des CHU et ses différents groupes de travail, au niveau régional en lien avec les structures régionales, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité (CCECQA) et agence régionale de santé (ARS) et enfin au niveau du groupement hospitalier de

territoire « Alliance de Gironde » en développant des actions communes et des outils partagés à travers le groupe qualité des établissements du GHT.

La politique qualité de l'établissement est intégrée dans le projet d'établissement par le volet qualité, sécurité et pertinence des soins construit en lien étroit avec le projet médico-soignant, le projet gouvernance et management, le volet transformation écologique, ou encore, le projet des usagers.

Déclinée de la gouvernance aux unités et aux usagers, elle constitue une politique de proximité engageant l'encadrement médico-soignant dans sa mise œuvre.

Le volet qualité, sécurité et pertinence des soins se décline à partir d'un socle commun basé sur l'amélioration continue des pratiques professionnelles sur lequel repose les 3 axes prioritaires (Cf. schéma ci-dessous).

Son engagement

Le CHU de Bordeaux s'engage à

- Promouvoir un management fondé sur la qualité, la responsabilité et la confiance
- Faire de la qualité et de la sécurité une priorité partagée, pilotée à tous les niveaux
- Valoriser la transversalité entre les pôles, services, unités et fonctions supports



III. Un pilotage structuré et coordonné à tous les niveaux : de la gouvernance aux patients

La politique qualité est définie par la gouvernance (Direction, CME, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, commission des usagers) au sein du copil QSPS qui décline les 3 axes stratégiques en actions opérationnelles au sein d'un plan d'action institutionnel, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)

Sa mise en œuvre et son suivi sont définis par le bureau QSPS constitué des équipes expertes, transversales et des vigilances et sont coordonnés par la direction de la qualité, sécurité et pertinence des soins.

Le PAQSS institutionnel est lui-même décliné en PAQSS de pôles et d'unités de soins dont le suivi est assuré par les cellules qualité des pôles, sous la responsabilité de l'encadrement médico-soignant et, avec l'appui de l'ingénieur qualité référent du secteur.

Le Copil QSPS est présidé par le directeur général, la présidente de la CME et la coordinatrice générale des soins qui s'appuient sur les membres : direction de site (directeur, directeur des soins, président de CCM), direction médico-soignante QSPS, représentant des usagers.

Les missions du Copil QSPS consistent à :

- Définir la politique QSPS et valider sa déclinaison en plan d'actions
- Déterminer une organisation pour répondre aux enjeux de QSPS
- Formaliser une contractualisation interne
- Assurer le suivi des évaluations externes (certification, inspections, accréditations...)
- Définir la stratégie de communication autour de la politique QSPS

Le Copil QSPS se réunit au minimum 2 fois par an.

Le Bureau QSPS est piloté par la direction médico-soignante QSPS et s'appuie sur les représentants des structures qui accompagnent les services de soins à la qualité et à la sécurité des soins : ingénieurs qualité, cadres supérieurs qualité de site, équipes expertes (membres permanents ou invités)¹.

Selon l'ordre du jour, le bureau QSPS associe d'autres professionnels (directions supports, équipes médico-soignantes...) et les représentants des usagers.

Ses missions sont de :

- Guider les choix stratégiques du COPIL en matière de politique QSPS
- Proposer un plan d'actions QSPS en tenant compte de la dynamique de terrain
- Garantir la cohérence des actions menées,
- Assurer la coordination et le suivi du programme d'amélioration qualité, sécurité des soins (PAQSS)

Le bureau QSPS se réunit une fois par mois, assure à chaque réunion le suivi des thématiques du PAQSS et engage une réflexion transversale collective sur différentes problématiques selon l'actualité.

Les cellules qualité de pôle sont composées de professionnels issus des équipes médicales et paramédicales du pôle, avec l'appui de l'ingénieur qualité. La composition précise est laissée à l'appréciation des pôles.

Leurs missions consistent à :

- Promouvoir, décliner et suivre les orientations prioritaires QSPS au sein du pôle
- Développer et diffuser la culture qualité et sécurité des soins au plus près du terrain et du patient/résident
- Cordonner la démarche qualité et gestion des risques au sein du pôle, en collaboration avec la DQSPS

¹Equipes expertes - Membres permanents : Médicament, Identitovigilance, Matériovigilance, Hémovigilance, Hygiène, Radioprotection, PUI circuit des médicament/dispositifs médicaux/stérilisation.

Equipes expertes invitées suivant l'ordre du jour et le suivi du PAQSS : Douleur, UVIH, Chutes, Bientraitance, Transport, Autres

Le contrat de pôle définit les objectifs de qualité, sécurité et pertinence des soins, impliquant et engageant les acteurs de proximité dans le management de la QSPS afin d'aboutir à une véritable appropriation de cette culture de la qualité et de l'évaluation des pratiques par l'ensemble des professionnels.

Des indicateurs y sont définis :

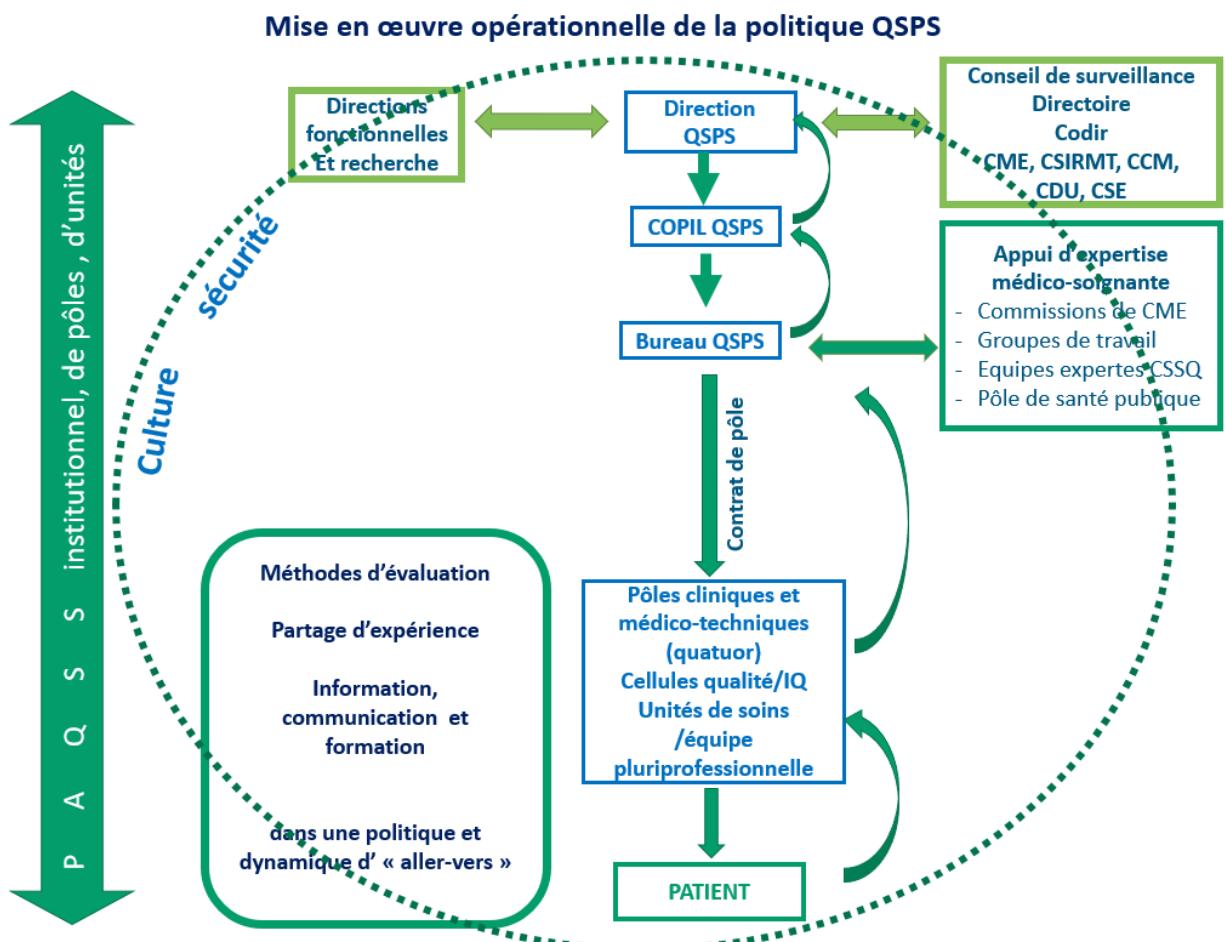
1) Indicateur de structure : mise en place d'au moins une cellule qualité de pôle (déclinée par spécialité si besoin) :

- *Pilotage* : le chef de pôle et le cadre supérieur de pôle sont garants de la mise en œuvre de la cellule qualité. Ils ont la possibilité de déléguer l'animation à des collaborateurs médico-soignants du pôle
- *Composition* : professionnels médicaux et soignants du pôle, ingénieur qualité référent du pôle
- *Organisation* :
 - Coanimation entre les pilotes médico-soignants de la cellule qualité et l'ingénieur qualité
 - 6 réunions/an au minimum
 - Ordres du jour et comptes-rendus diffusés dans l'ensemble des structures du pôle
- *Fonctionnement*
 - Reporting vers la DQSPS assuré par l'ingénieur qualité référent du pôle
 - Reporting vers le quatuor de pôle par les pilotes de la cellule qualité
- La charte de fonctionnement est complétée et validée

2) Indicateurs de processus avec un déploiement progressif sur 4 ans intégrant au moins un indicateur de sécurité des soins, un indicateur de qualité des soins et un indicateur de pertinence des soins :

3) Indicateurs de résultats intégrant l'indicateur de production de la lettre de liaison pour les pôles cliniques et d'autres indicateurs pour les autres pôles.

La communication et l'appropriation de la culture qualité, sécurité est réalisée régulièrement dans les instances médico-soignantes et de gouvernance - CME, CSIRMT, CCM de site, bureaux de pôles et assemblées générales de pôles, conseil de surveillance, directoire, CODIR, CDU, assemblées générales qualité de site et dans les instituts de formation.



IV. Un plan d'actions décliné en 3 axes prioritaires

Le plan d'action repose sur :

- **Un socle commun d'amélioration en continu des pratiques professionnelles** intégrant la diffusion et l'appropriation des recommandations des bonnes pratiques professionnelles, le développement des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles et la collaboration entre les secteurs et les différents acteurs, en s'inscrivant dans une dynamique territoriale.
- **3 axes prioritaires**

Il constitue le PAQSS pour le secteur d'activité sanitaire et le PAQ pour le secteur d'activité médico-social.

| | Actions | Indicateur de résultat |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Socle commun <i>Améliorer en continu les pratiques professionnelles de chacun</i> | Diffuser et s'assurer de l'appropriation des recommandations des bonnes pratiques professionnelles | Nombre de diffusion de bonnes pratiques (temps d'échanges bibliographiques, groupe d'analyse de pratiques...) |
| | Améliorer la gestion des évènements indésirables (de la déclaration à l'analyse) et la gestion documentaire | Déployer un nouveau logiciel adapté aux besoins |
| | Développer les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles | Nombre d'évaluations réalisées sur l'année par type de méthode |
| | Faciliter les liens entre les secteurs et les différents acteurs | Nombre de partage d'expérience réalisé en réunion (AG Cellule qualité, AG qualité de site...) Nombre de temps d'échange inter unité/service/pôle/établissements |
| | S'inscrire dans une dynamique territoriale | Nombre de réunion entre direction qualité du GHT ; Nombre d'évènements indésirables analysés en commun |
| Axe n°1 <i>Développer la culture de sécurité des patients</i> | Faciliter la compréhension et l'appropriation de la culture sécurité pour tous les professionnels, de la gouvernance aux usagers | Evolution des résultats de l'enquête culture sécurité |
| | Identifier, hiérarchiser, prévenir et surveiller les risques à priori et à postériori | Nombre d'unités sensibilisées à l'identification des risques à priori par pôle % de personnels formés au signalement d'ElAS ; Nombre de secteurs ayant réalisé une analyse de risques à priori en fonction des priorités institutionnelles |
| | Développer et évaluer la culture sécurité dans ses 4 dimensions (signalement, analyse collective/culture juste, travail en équipe, retour d'expérience) | Nombre de signalements ElAS et EIG par rapport au nombre de signalement total ; nombre d'équipes engagées dans l'enquête de culture sécurité des soins ; nombre de retour d'expérience partagé par an ; % d'unités labellisées sur l'ensemble des unités du CHU |
| Axe n°2 <i>Renforcer la pertinence des soins dans un contexte de sobriété économique et écologique</i> | Faire connaitre ce qu'est la pertinence des soins | Nombre d'équipe ayant mis en place des temps d'échange autour de la pertinence des soins (revue de pertinence, groupe de travail...) ; ? |
| | Sensibiliser l'ensemble des acteurs y compris les usagers à la pertinence des soins, de la prescription à la réalisation des soins | Nombre d'actions de sensibilisation menées sur l'année en lien avec la pertinence des soins auprès des équipes et des usagers |
| | Aider à la mise en œuvre des actions et des programmes de pertinence des soins (programme <i>patient blood management</i> par exemple) | Nombre d'unités réalisant des actions et des programmes de pertinence des soins |
| Axe n°3 <i>Consolider la place de l'usager dans la culture qualité et sécurité des soins</i> | Coconstruire les projets qualité, sécurité des soins avec les usagers, en tenant compte des situations de vulnérabilité | Nombre de projets QSPS du CHU de Bordeaux qui associe un RU, PP ou patient expert |
| | Développer l'expérience patient | Nombre d'unité ayant des patients partenaires, experts, pair aidant |
| | Accroître la satisfaction des usagers | Nombre d'enquête de satisfaction spécifique par unité/pôle ; nombre de PREM'S déployés au niveau du CHU ; % des retours e-satis exploités par les unités |

| | | |
|--|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| | Insuffler l'évaluation des pratiques par les usagers eux-mêmes | Nombre de secteur engagé dans la démarche des PROM'S |
|--|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Conclusion

Le volet qualité, sécurité et pertinence des soins permettra d'atteindre en 2030 l'objectif d'une culture de sécurité des patients développée, collective et pérenne, d'une pertinence des soins renforcée dans un contexte de sobriété économique et écologique et d'une place de l'usager dans la culture qualité et sécurité des soins consolidée.

Liste des personnes ayant contribuées à l'élaboration du volet QSPS du projet d'établissement

- Mme Sophie Ferré
- Dr Agnès Lashéras-Bauduin
- M. Gilles Barat
- Mme Soazig Bohuon
- Mme Mélanie Bonati
- M. Bernard Briot
- Dr Véronique Cahoreau
- Mme Laurence Chauvet
- Mme Gwénaëlle Deluche
- M. Maxime Dhersin
- M. Olivier Doucet
- Mme Catherine Fages
- Dr Emilie Harbulot
- Mme Solange Lesclauze
- Dr Cécile Loonis
- Mme Marie-Pierre Morand
- M. Yvan Nicolas
- Dr Pernelle Noize
- Mme Danielle Ouley
- Mme Sarah Parisot
- Mme Nathalie Ponsard
- Pr Anne-Marie Rogues
- M. Lou-Pol Rosset
- Mme Virginie Touchard
- Mme Doriane Valaize
- Mme Noélie Vey