#### 

**SUIVI DES MODIFICATIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edition** | **Date** | **Nature de modification** |
| 01 | 03/03/2020 | Création. |

**LISTE DE DIFFUSION**

|  |
| --- |
| Tous les divisions et services du CHUTTA |

**MATRICE DE RESPONSABILITE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Fonction** | **Date** | **Signature** |
| **Rédigé par :** | Mme. EL KHASSAL Kawtar | Responsable Qualité | 03/03/2020 |  |
| **Vérifié et Revue par :** | M. CHARIA Adil | Secrétaire général | 19/03/2020 |  |
| **Approuvé par :** | Pr. HARIF Mhamed | Directeur général | 19/03/2020 |  |

1. **OBJET**

Cette procédure a pour objet de normaliser et de décrire les moyens de maitrise des informations documentées au sein du Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan-Al Houceima.

## DOMAINE D’APPLICATION

Cette procédure est applicable à tous les documents du Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan-Al Houceima en l’occurrence ceux du système de management de la qualité : Manuel, processus, procédures, mode opératoires, instructions de travail, plan, guide, procès-verbal, rapport, formulaires et documents d’origine externe.

1. **REFERENCES**

Normes et référentiels :

* ISO 9001
* Joint Commission International standard
* Planetree standard

1. **ABREVEATIONS ET DEFINITIONS**

* **CHUTTA :** Centre hospitalier universitaire Tanger-Tétouan-Al Houceima
* **R :** responsable de la division, du service ou de l’unité
* **RQ :** responsable qualité
* **Approbation :** Autorisation d’utilisation
* **Diffusion maîtrisée :** Diffusion suivie et gérée. Les mises à jour sont systématiques
* **Document :** Support d'information et l'information qu'il contient
* **Enregistrement :** Document faisant état de résultats obtenus ou apportant la preuve de la réalisation d’une activité.
* **Procédure :** Manière spécifiée d’effectuer un processus
* **Processus :** Ensemble d’activité corrélées ou interactives qui transforme des éléments d’entrée en éléments de sortie
* **Rédaction :** Action de rédiger un document, qui est faite par la personne concernée par ce document.
* **Revue et Vérification :** Action d’étudier le document pour vérifier son fond et sa forme. Elle se fait par des personnes habilitées pour juger le contenu si nécessaire et aussi par le responsable qualité qui veille sur sa cohérence avec le système de management de la qualité et avec les normes de référence.
* **Validation :** Action d’étudier le document pour valider son fond et sa forme. Elle se fait par des personnes habilitées pour juger le contenu si nécessaire et aussi par le responsable qualité qui veille sur sa cohérence avec le système de management i de la qualité et avec les normes de référence.

1. **DESCRIPTION DE LA PROCEDURE**

La gestion, la création, la rédaction, la mise à jour et l’élimination des documents d’une division, d’un service ou d’une unité sont assuréespar le responsable de la division, du service ou de l’unité concerné(e). En cas de besoin, le responsable concerné peut se faire aider par le responsable Qualité.

Le logigramme ci-dessous présente les actions successives à conduire pour la maîtrise des informations documentées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable** | **Logigramme** | **Documents** |
| Tous  R concerné  Rédacteur  R concerné  Vérificateur  Approbateur  RQ  R concerné  Tous  R concerné | Approbation  Diffusion  Besoin en création ou en modification  Oui  Vérification  Non  Oui  Besoin de modification  Oui  Revue  Application  Codification et Mise à jour  Rédaction  Non  Non  Archivage de la version périmée | Projet document  Projet document  Projet document  Document original  Liste des documents en vigueur  Liste de diffusion  Document périmé |

1. **Expression et analyse des besoins en document :**

Toute personne du CHUTTA peut exprimer un besoin en création ou en modification des documents au pilote concerné. Ce dernier juge l’opportunité de la demande en coordination avec le responsable qualité et désigne le rédacteur, le vérificateur et l’approbateur du document. Ils identifient également les destinataires de ce document. Une fois le document approuvé, le Responsable qualité prend en charge sa diffusion.

1. **Rédaction :**

La rédaction d’un document est généralement assurée par la ou les personne(s) concernée(s) par le processus, l’activité ou la tâche en question qui peut se faire aider par le Responsable qualité en cas de besoin.

* **Pour un Processus :**

Le document qui décrit les processus se compose d’une page de garde qui porte l’intitulé du processus, sa référence, sa révision, le numéro de page, la date de rédaction, les destinataires et l’identité de (s) rédacteur (s), de vérificateur (s) et de (s) approbateur (s).

Il comprend aussi une fiche d’identité qui décrit les éléments de planification de processus (finalité, client, pilote, données d’entrée, données de sortie, documents et enregistrements associés, les principales interactions avec les processus ainsi que le mode et la fréquence de surveillance (les objectifs, les indicateurs…) et un logigramme qui décrit l’enchaînement des principales étapes des processus complétés s’il y a lieu par des informations complémentaires.

* **Pour une Procédure :**

Le document qui modélise une procédure est composé :

* **Une page de garde** :

La page de garde indique l’intitulé, la matrice des responsabilités pour définir le(s) rédacteur(s), le vérificateur(s) et l’(s) approbateur(s), la liste de diffusion pour les destinataires, le suivi des modifications et des évolutions dudit document ainsi qu’un entête précisant le type de document, sa référence, l’édition, la date de rédaction et le numéro de page.

* **Objet :**

Ce chapitre décrit l’objectif de la procédure ou du mode opératoire ou l’instruction

* **Domaine d’application :**

Décrit le champ couvert par le document.

* **Référence :**

Les documents qui ont servi comme référence pour la rédaction du document sont définies comme référence (ex : norme, référentiel, guides de bonnes pratiques).

* **Définitions & Abréviations :**

Ce chapitre désigné à la terminologie et les abréviations utilisées dans le texte du document nécessitant une clarification.

* **Description :**

Le déroulement de l’activité ou de la tâche (qui, quoi, comment) ainsi que les responsabilités y afférentes. Cette partie est exprimée soit sous forme de texte, soit sous forme d’un logigramme qui peut être complété par les informations complémentaires.

Symboles du logigramme :

🡺 Début et fin

🡺 Losange : formulation d’un choix et/ou test

🡺 Activité/Tâche

* **Liste des enregistrements attachés à la procédure (s’ils existent) :**

Cette liste définis l’ensemble des enregistrements renseignés dans le cadre de la procédure.

* **Liste des équipements et matériel utilisés (s’ils existent) :**

Cette liste définis l’ensemble du matériel et des équipements utilisés.

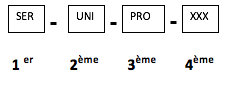
* **Pour les Formulaires, Plans, Modes opératoires, Instructions et Fiches de consignes**

Les Plans, les Modes opératoires, les Instructions, les Fiches de consignes et Formulaires sont modélisés sur des documents qui porte l’intitulé dudit document, sa référence, son édition, la date de rédaction, le numéro de page et l’identité de(s) rédacteur(s), de(s) validateur(s), de(s) vérificateur(s) et de l’approbateur.

* **N.B :** Pour les formulaires, il n’est pas nécessaire de mentionner l’identité de(s) rédacteur(s) de vérificateur(s) de(s) validateur(s) de(s) approbateur(s).

1. **Codification :**

La codification des documents se fait comme suit :

****

Le code est constitué de 4 parties permettant l’identification du document :

* **1ère partie :** Le sigle de la division ou service

ACG : audit et contrôle de gestion

AF : Affaires financières

AM: Affaires médicales

BIT : bâtiments et installations techniques

CCP : communication, coopération et partenariat

CHFC : capital humain, formation et coopération

ERI : enseignement, recherche et innovation

PHI : patrimoine hospitalier et ingénierie

QGR : qualité et gestion des risques

SG : secrétariat général

SITS : soins infirmiers et techniques de santé

TI : technologie de l’information

HP : Hôpital psychiatrie

HME : Hôpital mère et enfant

HS : Hôpital des spécialités

HO ; Hôpital d’oncologie

**2ème partie :** unité

A: audit

AF : affaires juridiques

AS : affaires sociales

B: budget

BIT : bâtiments et installations techniques

BM : Biomédical

BO : bloc opératoire

C : comptabilité

CAR : CARDIOLOGIE

CG: contrôle de gestion

CHCV : chirurgie cardio-vasculaire

CHI : chimiothérapie

CHN : neurochirurgie

CHP : Chirurgie pédiatrique

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CLUCC : Comité de lutte contre la corruption

CODIR : Comité de direction

CVM : Commission de Validation de Menu

COM: communication

CON : consultations externes

COO : coopération

COPILP : comité pilotage planetree

CSTH : Comité de sécurité transfusionnelle et d’hémovigilance

EH : enseignement hospitalier

EM : équipements et maintenance

ENC : endocrinologie

FC : formation continue

GC : gestion des compétences

GCA : gestion des carrières

GEN : gastro-entérologie

GMO : greffe de moelle

GO : gyneco-obstetrique

GR : gestion des risques

HEM : hématologie clinique

LAB : laboratoire

LGE : Laboratoire Génétique Médicale

LACP : Laboratoire d’Anatomie et Cytologie Pathologique

LBC : laboratoire biochimie

LBS : Laboratoire banque de sang

LCO : laboratoire coagulation

LH : laboratoire hématologie

LIH : laboratoire immunohématologie

LIS : laboratoire immunosérologie

LMI : Laboratoire MICROBIOLOGIE

M : marché

MI : médecine interne

MN : médecine nucléaire

NEA : néonatologie

NER : neurologie

ONC : oncologie médicale

ORL : otorhinolaryngologie

PA : parc automobile

PAR : partenariat

PAT : patrimoine

PED : pédiatrie

PH : pharmacie

PMA : procréation médicale assistée

PNE : Pneumologie

Q : qualité

RAT : radiothérapie

REA : réanimation

RHU : rhumatologie

RR : recouvrement et recette

RSI : recherche scientifique et innovation

SAA : accueil et administration

SI : soins infirmiers

SIN : système d’information

SR : système en réseau

TRA : traumatologie

TS : techniques de santé

URGA : urgence adulte

URGE : urgence enfant

URL : urologie

**3ère partie :** Le sigle du type de document

CA : Certificat administratif

CT : Contrat de travail

CO : Code

CH : Charte

FO : formulaire

IT : instruction de travail

MO : mode opératoire

MQ : Manuel Qualité

MT : Manuel Technique

NS : Note de service

LE : Lettre

PL : Plan

PO : Politique

PS : processus

PR : procédure

PT : protocole

PV : procès-verbal

QS : questionnaire

RE : Règlement

RP : rapport

EN : Engagement

**4ème partie :** le numéro d’ordre du document est généré automatiquement par SOURCE

1. **Vérification, validation et approbation :**

Les documents comportent la signature des acteurs suivants :

* Le(s) rédacteur(s), généralement la personne ou les personnes concernée(s) par le sujet, ayant les compétences requises.
* Le vérificateur qui revoit le document (forme et fond). Il s’agit généralement du responsable hiérarchique ou le pilote du processus. Son rôle est de vérifier la pertinence du document et son adéquation par rapport au besoin.
* Le validateur : Il s’agit généralement du Responsable qualité. Son rôle est de valider la pertinence du document et son adéquation par rapport au besoin.
* L’approbateur qui s’assure que le document est conforme aux objectifs et autorise son application.

1. **Diffusion des documents :**

La diffusion de l’ensemble des documents est assurée par le Responsable Service, division ou unité en collaboration avec le Responsable qualité qui retire les anciennes versions à détruire et conserve l’originale des versions périmées dûment identifiées « périmé ».

Chaque responsable de la division, service ou unité s’assure de la mise en application et de la bonne compréhension du nouveau document par les acteurs de la division, service ou unité.

1. **Modification des documents :**

Chaque modification s’accompagne par l’incrémentation de l’indice de l’édition et par la description des éléments modifiés au niveau du tableau historique de suivi des modifications du document.

En plus, une revue de la documentation est également réalisée à l’occasion des audits menés (internes ou externes).

1. **Archivage et élimination :**

Les documents périmés sont conservés pour des fins d’historiques dûment identifiés pendant une durée de trois ans. Une fois la durée de conservation achevée, les documents sont éliminés. Tant dit ce que pour les documents externes ayant un impact sur le système de management de la qualité sont sous forme de :

* Normes systèmes et référentiels
* Documents législatifs et réglementaires
* Notices et recommandations Fournisseurs/patients….

Ces documents externes sont indiqués sur le formulaire « liste de documents Externe » où est divulgué leurs natures, leurs versions, leurs emplacements et les responsables qui les gèrent et les mettent à disposition des utilisateurs. Cette liste est tenue par le responsable concerné.

Le responsable concerné doit :

* Assurer que la version gardée est la même utilisée dans le CHUTTA.
* Suivre les changements des versions des normes.
* Assurer la disponibilité des documents à l’utilisation.

1. **Liste des enregistrements attachés**

|  |  |
| --- | --- |
| **Enregistrement** | **Code** |
| Liste de documents Externe | **QGR-Q-FO-001** |