



Afin de répondre aux exigences réglementaires et dans le souci du respect de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients et résidents du Centre Hospitalier de Plaisir, le Directeur et le Président de la CME s'engagent et soutiennent la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins soutenable et pérenne, déclinée dans la politique qualité 2019-2023.

Maillon essentiel du projet d'établissement, cette politique concerne et implique chaque professionnel de l'établissement. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs de tous les acteurs hospitaliers dans le but de conforter la confiance de nos usagers et de nos partenaires de soins.

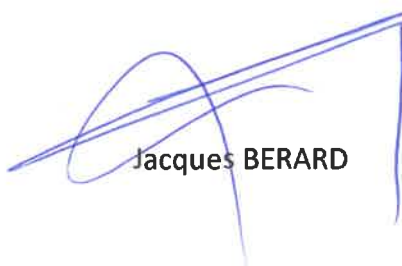
Les axes forts de cette politique sur lesquels l'établissement s'engage portent sur :

- Une culture qualité et sécurité fondée sur une gouvernance et un management consolidé ;
- La maîtrise des risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques ;
- L'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement ;
- La pérennisation de la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience ;
- La coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale ;
- L'engagement du CHP dans une politique de développement durable basée sur 3 piliers : environnement, social, économique.

Les actions d'amélioration permettant l'atteinte des objectifs ciblés sont définies dans le programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, validé par le chef d'établissement et le président de la CME, et évalué régulièrement dans le cadre du Comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques.

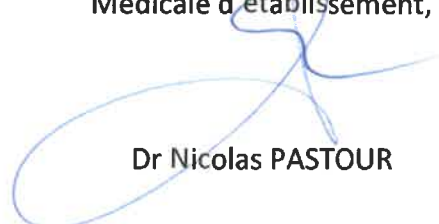
Le Directeur et le Président de la CME, formulent le souhait que chaque professionnel de l'établissement agisse dans la perspective d'une qualité globale et pérenne des prestations servies et s'engagent après validation à soutenir toute action orientée dans cette voie.

Le Directeur,



Jacques BERARD

Le Président de la Commission
Médicale d'établissement,



Dr Nicolas PASTOUR

PRÉAMBULE

Depuis la Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) adoptée le 21 juillet 2009, la qualité et la sécurité des soins sont devenues une mission qui s'impose à tous les établissements de santé. Notamment, l'article 6111-2 du code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires) et les décrets du 30/12/2009 et du 30/04/2010 rappellent le mandat conjoint de la direction de l'établissement et de la communauté médicale à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

La circulaire d'application du 18/11/2011 vient en préciser l'organisation. Il est notamment rappelé que :

« La définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins relève de la décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après concertation avec le directoire. Cette politique est un acteur majeur en termes de management. (...). Cette politique est soumise à l'avis du conseil de surveillance. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le comité technique d'établissement sont consultés. Le suivi de cette politique est assuré par le président de la commission médicale d'établissement. ».

Les attributions de la CME touchent quatre grands domaines :

- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, la prise en charge médicamenteuse ;
- L'organisation de la lutte contre les événements indésirables.

Ce document, qui constitue la première politique qualité/gestion des risques du Centre Hospitalier de PLAISIR, nouvellement créé, précise les engagements de l'établissement, les moyens et les compétences réunis pour satisfaire à ces engagements. Il est cohérent avec les différents projets de l'établissement, notamment le projet médico-soignant et le projet social.

Il fait l'objet d'une évaluation et d'une actualisation régulière. Il est diffusé à l'ensemble des acteurs institutionnels.

COPIL QGR	18/01/2019
CME	22/01/2019
Directoire	05/02/2019
CDU	20/03/2019
CSIRMT	21/03/2019
Conseil de surveillance	21/03/2019

INTRODUCTION

À l'instar des précédentes politiques portées par les établissements partie à la fusion (le CH JM Charcot & l'HGMS), la politique qualité du Centre Hospitalier de PLAISIR (CHP), rappelle l'engagement du nouvel hôpital à maintenir le partage des valeurs et des enjeux entre les différents acteurs, notamment les professionnels, quel que soit leur type d'exercice, ainsi que les usagers, qu'ils soient représentants mandatés ou usagers-citoyens concernés par les missions de service public de l'établissement.

Entre autres, ces valeurs sont le respect mutuel, la loyauté, la transparence, l'impartialité, la confidentialité et celles qui participent à l'éthique : l'humanité, la dignité, la solidarité.

En ce qui a trait aux enjeux, plusieurs, communs aux deux précédentes politiques sont réaffirmés :

- Prendre en considération les demandes exprimées par les usagers et celles des équipes pluri-professionnelles ;
- Améliorer la performance de nos organisations et pratiques en privilégiant une approche transversale des activités de soins et médico-sociales grâce à l'engagement de tous.

D'autres apparaissent :

- Décliner en actions concrètes une stratégie de gouvernance revisitée à l'issue de la fusion. Celles-ci devront coupler les objectifs de qualité et de sécurité à ceux de l'efficience économique ;
- Être acteur du changement introduit par la nouvelle stratégie territoriale engagée avec la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (loi du 26 janvier 2016, dite de modernisation de notre système de santé).

Ensemble, ces enjeux et valeurs, portés par la nouvelle gouvernance en place à l'issue de la fusion et renforcés *a posteriori* de la certification V2014 conduite en septembre 2017, dessinent les contours des axes stratégiques de la politique qualité pour les cinq années à venir.

Cette politique, une des composantes essentielle du projet d'établissement, est portée par une démarche globale, collective, organisée et suivie de la gestion de la qualité et des risques intégrée au projet managérial de l'établissement.

Enfin, la politique du CHP, tient compte des particularités de cet établissement récemment fusionné qui compte désormais deux sites sanitaires – l'un à vocation de soins psychiatriques, l'autre de soins gériatriques et de réadaptation – auxquels s'ajoutent un pôle handicap de 420 lits et places, un EHPAD de 220 lits et une USLD de 64 lits. En regard de ces installations tant sanitaires que médico-sociales, l'établissement a pris la décision de déployer sa démarche qualité de manière transversale, en intégrant dans son programme les modalités de la certification sanitaire (HAS) et de l'évaluation interne et externe du secteur médico-social (ANESM).

UNE POLITIQUE QUALITÉ STRUCTURÉE EN SIX AXES

La démarche qualité du Centre Hospitalier de PLAISIR (CHP) s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue, structurée à l'aune des résultats de la certification V2014, des évaluations internes et externes, des bilans des actions conduites dans le cadre des Plans d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) précédents.

Six axes structurent cette politique 2019-2023 :

- Promouvoir une culture qualité et sécurité fondée sur une gouvernance et un management consolidé
- Maîtriser les risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques
- Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement
- Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience
- Assurer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale
- Renforcer l'engagement du CHP dans une politique de développement durable basée sur 3 piliers : environnement, social, économique

1. Promouvoir une culture qualité et sécurité fondée sur une gouvernance et un management consolidé

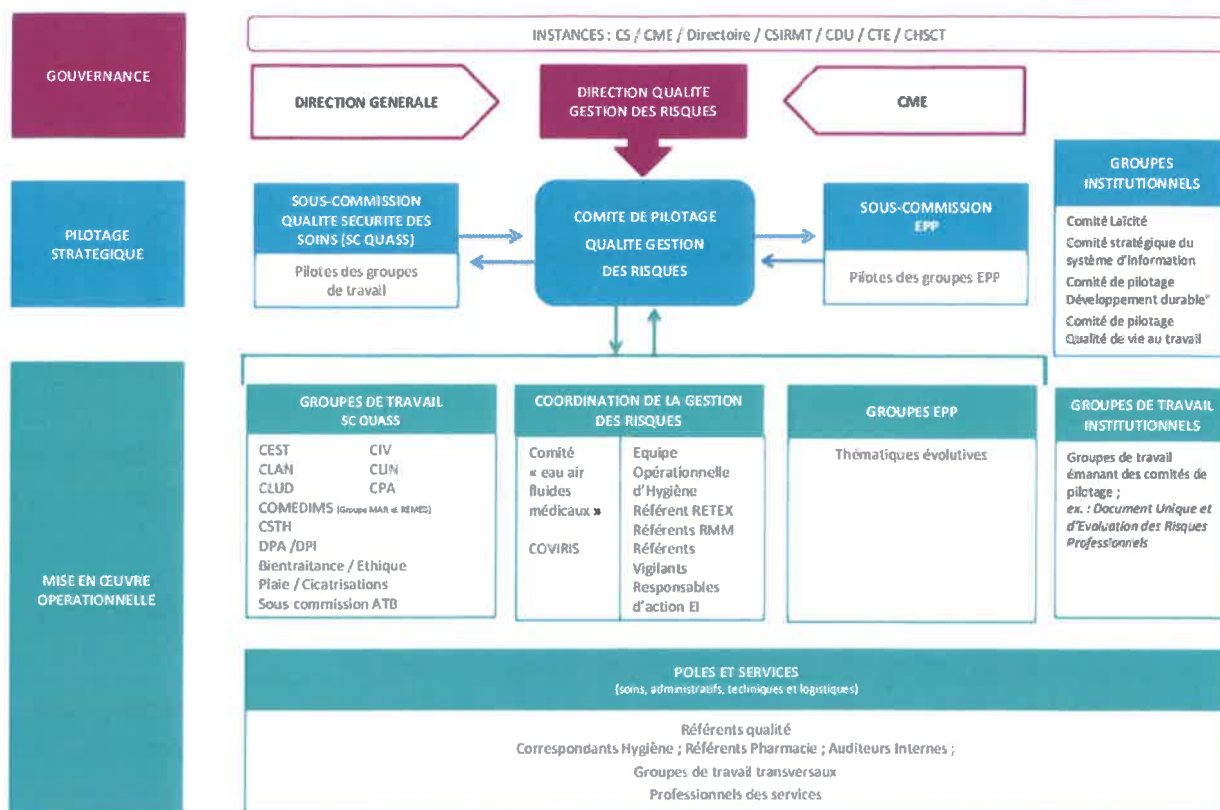
1.1. Repenser le système de management de la qualité-gestion des risques suite à la fusion

La fusion du Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot et de l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social conduit le CHP à poursuivre la restructuration de son système de management institutionnel de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. Dès 2017, les services qualité-gestion des risques et les comités de pilotage qualité-gestion des risques ont été regroupés.

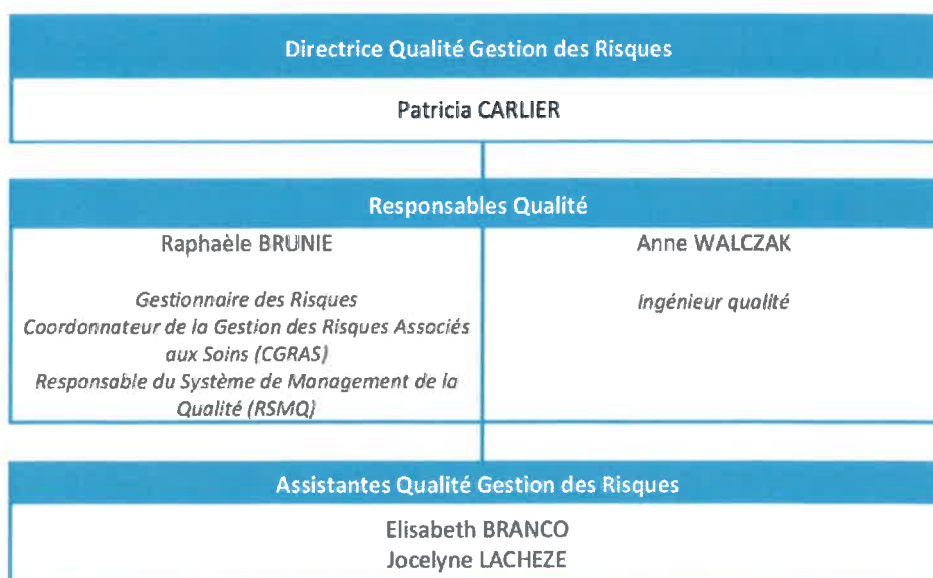
Cette nouvelle étape intervient particulièrement au niveau du pilotage stratégique et de la mise en œuvre opérationnelle à travers la fusion des commissions, comités et autres entités concourant à la mise en œuvre de la politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques.

Pour favoriser la lecture du système de management de la qualité-gestion des risques, un nouvel organigramme est établi.

Organigramme du management institutionnel de la qualité-gestion des risques



Organigramme de la direction qualité-gestion des risques



1.2. Optimiser les outils de pilotage et moyens de management de la qualité-gestion des risques

1.2.1. Outils de pilotage

Plan d'Action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) :

Le PAQSS intègre les dimensions qualité et sécurité des soins mais également la gestion globalisée des risques et les objectifs définis dans le projet des usagers.

Il est l'outil de référence du pilotage institutionnel de la qualité-gestion des risques.

Les objectifs prioritaires suite à la fusion et la visite de certification sont de :

- Décliner précisément la structuration du PAQSS (ex. : pilotes, échéanciers, modalités de suivi...).
- Optimiser l'architecture de l'outil en y intégrant notamment les plans d'action issus de la réalisation des comptes qualité et les axes de travail définis dans les différents projets ;

Fiches projet :

La bonne mise en œuvre du plan d'action passe par l'utilisation de fiches projet. L'objectif est double :

- Créer les fiches projets nécessaires à la mise en œuvre du PAQSS ;
- Généraliser, dans le cadre de l'accompagnement méthodologique par le service QGR, l'utilisation par les professionnels de l'outil « Fiche projet » pour une mise en œuvre et un suivi optimal des projets.

Tableaux de bord de pilotage :

L'évolution de la qualité-gestion des risques amène les établissements de santé à passer de la culture de moyens à la culture de résultats. Cette transition s'appuie sur des indicateurs de culture et de performance. Ceux-ci ayant vu leur nombre croître depuis quelques années, leur suivi doit être rigoureux et leur pertinence pour le pilotage réévaluée régulièrement.

Pour améliorer ce suivi et l'analyse, l'objectif du service QGR est **d'optimiser le suivi des indicateurs en les centralisant dans un tableau de bord unique, tout en assurant une interface avec le PAQSS.**

1.2.2. Moyens humains

Au-delà du service QGR, les acteurs intervenant dans le pilotage stratégique ou dans de la mise en œuvre opérationnelle sont amenés à se réorganiser suite à la fusion des établissements.

Les éléments principaux de cette réorganisation conduisent aux objectifs suivants :

- Étendre aux deux sites la sous-commission de la CME « Qualité et sécurité des soins » et finaliser le regroupement des différents groupes de travail (CLIN, CLUD, CLAN...);
- Désigner des référents qualité au sein des services afin d'accompagner les professionnels vers l'intégration de démarches QGR dans leurs pratiques et organisations ;
- Actualiser et former le réseau d'auditeurs internes afin de favoriser le développement des évaluations et *in fine* la culture de résultats.

1.3. Sensibiliser, informer et accompagner le management et les professionnels

Pour renforcer la mobilisation des professionnels autour de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques, il est indispensable avant toute chose de leur permettre d'améliorer leurs connaissances des enjeux, des contextes, de leurs évolutions, des orientations stratégiques institutionnelles et enfin l'organisation sur laquelle ils peuvent s'appuyer.

Cette connaissance s'acquière selon trois niveaux :

- Le premier niveau repose sur une sensibilisation aux enjeux et contextes qui amènent à la compréhension des orientations stratégiques pluriannuelles définies ;
- Le second niveau relève de la communication autour des projets et des résultats ;
- Le troisième niveau est l'accompagnement des professionnels à la mise en œuvre, dans les équipes, de la politique institutionnelle.

1.3.1. Sensibiliser pour mobiliser le management et les professionnels sur les enjeux qualité, sécurité des soins et gestion des risques

La première étape d'une mobilisation et d'une implication des professionnels passent par la connaissance du « pourquoi » et du « comment », soit :

- Du contexte et de ses évolutions ;
- Des orientations stratégiques définies par l'établissement en matière de qualité, sécurité des soins et gestion des risques ;
- Des organisations mises en place servant au pilotage stratégique et à la mise en œuvre opérationnelle. C'est sur cette organisation que les professionnels peuvent s'appuyer.

Les objectifs sont alors :

- De développer les interventions pour les professionnels du management et les professionnels des services afin de leur présenter enjeux, orientations et organisations ;
- De rendre pérenne cette connaissance en intervenant systématiquement auprès des nouveaux arrivants ;
- De développer des temps forts QGR (ex. : ½ journée QGR) ;
- De poursuivre la participation du CHP à des manifestations nationales (ex : semaine sécurité des patients, hygiène des mains, semaine de la vaccination, semaine développement durable...).

1.3.2. Communiquer auprès des professionnels autour de la démarche, des projets, des actions mises en œuvre et des résultats

Intervenant dans un second temps, ce niveau d'information est sans doute le plus important. Il permet de rendre plus concrètes les orientations stratégiques et les organisations qui les servent. Il concourt ainsi à renforcer l'intégration d'une culture qualité dans le quotidien des professionnels et donne un sens à des projets institutionnels.

Il s'agit alors d'informer, à périodicité définie ou chaque fois que cela est nécessaire et par tout moyen de communication, les professionnels sur :

- L'état d'avancement des projets institutionnels ou de service ;
- L'état d'avancement du PAQSS ;

- Les résultats des auto-évaluations, évaluations internes et externes et plans d'action qui en découlent ;
- La mesure d'impact des projets lorsque ceux-ci sont finalisés.

Les objectifs sont donc :

- D'établir un plan de communication QGR notamment autour du PAQSS ;
- D'intégrer à tout projet QGR une partie relative à la communication auprès des professionnels (présentation, état d'avancement, résultats et/ou mesures d'impact) chaque fois que cela est pertinent ;
- Définir les modalités de diffusion des résultats de mesure et d'évaluations QGR : IQSS, Bilan des EI, RMM et Patient Traceur.

1.3.3. Accompagner le management et les équipes pour une mise en œuvre efficace

La mise en œuvre opérationnelle des orientations stratégiques QGR passe par la définition des projets permettant d'atteindre les buts fixés. Les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur l'expertise du service QGR. Cet accompagnement permettra également l'appropriation de méthodes de construction et de suivi de projet.

Pour atteindre cet objectif général, l'équipe QGR devra :

- Poursuivre l'accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre des projets, quel que soit leur ampleur, en intervenant auprès des pilotes qui le souhaitent ou directement lors des réunions de travail ;
- Organiser des formations internes sur la construction d'outils de pilotage de projet (ex. : Plan d'action intégrant des indicateurs et les modalités de suivi, kit de l'animateur...) ;
- Organiser des formations internes à l'utilisation d'outils, de la réalisation d'un logigramme à la construction d'une évaluation interne de type audit.

1.4. Evaluer le processus de management de la qualité et des risques

Comme pour tout système de management, il est impératif d'être en mesure de s'assurer que les objectifs fixés sont atteints et que les actions mises en œuvre pour atteindre ces objectifs sont pertinentes. L'évaluation systémique s'appuie alors sur un tableau de bord regroupant une sélection d'indicateurs représentatifs.

Il permet de :

- Présenter à tout instant l'état d'avancement de la mise en œuvre de la politique ;
- Evaluer l'impact des actions d'amélioration définies dans le PAQSS ;
- Faire apparaître les indicateurs présentant des dérives ;
- Servir d'instrument de communication auprès des instances, mais également auprès des professionnels et des usagers.

Actuellement, des indicateurs de pilotage de la démarche QGR sont identifiés mais leur pertinence et leur centralisation restent à améliorer. C'est pourquoi, pour mieux évaluer le système de management de la qualité-gestion des risques, les objectifs sont de :

- Réévaluer la pertinence des indicateurs internes sélectionnés, voire d'en identifier de nouveaux (ex. : taux de retour des questionnaires de satisfaction usagers par pôle) ;
- Centraliser ces indicateurs dans un tableau de bord de gestion.

1.5. Promouvoir le partage d'expérience

Le service qualité du CHP participe aux groupes de travail du GHT. La dynamique en place permet de déployer le partage d'expérience, la confrontation des savoirs avec les autres responsables qualité et gestionnaires de risques du groupement.

La mise en commun de documents, de procédures, de réflexion sur différentes thématiques qu'elles soient dans le champ sanitaire, médico-social ou en lien avec la prochaine certification V2020 nous permet de faire une analyse prospective sur les choix futurs.

À ce jour, l'objectif du GHT est de **proposer un logiciel commun pour les services qualité et gestion des risques** comprenant différents modules tels que : la Gestion Électronique des Documents (GED), la gestion des événements indésirables ...

D'autres groupes de travail du Club Qualité sont en cours de réflexion pour :

- Proposer une politique commune qualité gestion des risques du GHT ;
- Réaliser des cartes d'identité de processus ;
- Réaliser des cartographies des risques et des évaluations ;
- Réaliser un référentiel d'évaluation interne pour le secteur médico-social.

2. Maîtriser les risques hospitaliers pour renforcer une culture des risques

2.1. Promouvoir une culture du signalement des événements indésirables et en organiser l'identification, l'analyse et la gestion en recourant aux méthodes d'analyse de risques

Pour atteindre cet objectif, le circuit de déclaration des événements indésirables et des événements indésirables graves doit être optimisé. Cet objectif nécessite de :

- Sensibiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement, qu'ils soient soignants, administratifs, logistiques ou techniques. Le rôle de l'équipe qualité est d'expliquer la pertinence de la déclaration et de développer une culture positive du risque dans l'ensemble des secteurs d'activité ;
- Développer un programme de Revue Morbidité Mortalité (RMM) permettant de réaliser une analyse collective, rétrospective et systémique du dysfonctionnement avec l'ensemble des professionnels concernés, afin d'en comprendre les causes et d'identifier éventuellement les conséquences pour les professionnels et l'établissement, au-delà de celles constatées pour le patient et son entourage ;
- Tirer les enseignements à partir des forces et vulnérabilités repérées au décours de l'analyse, afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Communiquer de manière institutionnelle par la présentation d'un rapport annuel aux instances.

Ces analyses peuvent être réalisées de façon régulière dans les secteurs identifiés à risque et de façon ponctuelle dans les autres secteurs.

Le bilan annuel des déclarations des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG), des revues de morbidité mortalité (RMM) et des plaintes et réclamations, sont autant d'informations collectées, différentes et complémentaires. Ces différentes sources permettent d'identifier les dysfonctionnements possibles au cours d'une prise en charge.

Le service qualité-gestion des risques, en collaboration avec la CSIRMT, doit en conséquence :

- Soutenir la démarche de signalement des événements indésirables (graves ou non) par les pôles et services ;
- Optimiser l'analyse des événements indésirables avec la mise en place d'actions correctives et/ou préventives et mesures d'impact ;
- Diffuser au COPIL QGR ainsi qu'aux différentes instances de l'établissement, les résultats de la démarche.

2.2. Garantir la sécurité des soins prodigués aux usagers tout au long du parcours

Afin de répondre aux obligations réglementaires, le CHP a nommé un Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS). Cette nomination au sein de l'établissement permet de veiller à la mise en œuvre du programme d'actions des risques associés aux soins défini par l'établissement et de contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité.

Le coordonnateur assure une cohérence de la démarche de gestion des risques associés aux soins avec les différents projets de l'établissement dans les domaines de la qualité, de l'évaluation des pratiques, du développement professionnel continu, de la certification de l'établissement à la fois sanitaire et médico-sociale. Il contribue à la lisibilité du programme d'action institutionnel (PAQSS) par les professionnels de l'établissement et favorise son appropriation par l'ensemble des acteurs.

La sécurité ne peut pas être garantie en analysant uniquement le passé (approche *a posteriori*). Il est également important d'identifier des risques potentiels (approche *a priori*) afin de les maîtriser.

Deux approches se combinent :

- Une approche dite *a priori* (ou proactive), qui permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer ;
- Une approche dite *a posteriori* (ou réactive) qui, en présence d'événements indésirables qui sont survenus, permet de s'interroger sur ce qu'il s'est passé.

L'identification des causes possibles de survenue de risques est ensuite étudiée ainsi qu'une analyse de l'efficacité des mesures de protection ou de prévention mises en place.

L'équipe qualité-gestion des risques doit donc :

- Développer cette approche prospective ;
- Apporter la garantie méthodologique nécessaire et son aide à tout secteur d'activité la requérant ;
- Rendre compte au COPIL QGR et aux instances décisionnelles des plans d'actions qui en découlent.

Les moyens utilisés sont :

- La désignation de référents qualité à l'interface entre les unités et le service qualité-gestion des risques ;
- L'accompagnement méthodologique des différents services :
 - Le développement des outils et méthodes, à renforcer particulièrement sur le secteur médico-social ;
 - Le suivi des plans d'actions à la suite des évaluations internes et externes sur l'ensemble des établissements et services médico-sociaux.

2.3. Développer la coordination de la gestion des risques associés aux soins

2.3.1. Promouvoir la prévention du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) en lien avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), et le comité des antibiotiques, dans le cadre du suivi du compte-qualité :

- Poursuivent l'organisation de formations en lien avec les unités et le service de formation continue afin de permettre aux professionnels de terrain une appropriation des bonnes pratiques ;
- Réalisent des évaluations régulières sur les thématiques prioritaires (hygiène des mains, gestes à risques, bon usage des antibiotiques, etc...) pour définir des actions d'amélioration ;
- Mettent à jour et communiquent les conduites à tenir et les bonnes pratiques sur le risque infectieux, ainsi que les résultats des évaluations et les indicateurs, aux professionnels des unités et aux usagers.

2.3.2. Coordonner les vigilances

La coordination institutionnelle des vigilances réglementées et assimilées ainsi que la veille sanitaire constituent un fondement de la sécurité des soins. Des référents sont nommés pour suivre les alertes ascendantes et descendantes transmises par l'ANSM.

L'identitovigilance est un sujet de préoccupation constant. Elle doit être développée à toutes les étapes de la prise en charge des patients. Le développement des technologies de l'information et de la communication soulèvent des questions de sécurité, de protection des informations de confidentialité.

Le développement de l'informatisation du dossier du patient sur certains secteurs d'activités du CHP exige :

- D'intégrer l'identitovigilance à chaque étape de la prise en charge ;
- De poursuivre les travaux liés à l'identitovigilance en collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM) en concertation avec la Direction du Système d'Information (DSI).

Par ailleurs, la sécurité transfusionnelle contribue à l'amélioration de la sécurité des patients transfusés en établissement de santé, et veille à la mise en œuvre des règles d'hémovigilance. Elle joue un rôle important en termes de formations des professionnels de santé concernés par l'acte transfusionnel. Le Comité Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) assure ces missions.

Enfin, la mise en place du Comité de coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS) permet d'étudier l'ensemble des événements indésirables pouvant survenir dans l'établissement (risques patient, personnel, visiteur ou institutionnel) et de coordonner les vigilances sanitaires réglementaires.

Une réflexion sur la réorganisation de ce comité *a posteriori* de la fusion doit être menée, en vue :

- De revoir sa composition ;
- D'améliorer son fonctionnement ;
- De développer l'attractivité du comité ;
- De poursuivre le suivi régulier des EI les plus fréquents.

2.4. Garantir la gestion des situations de crise

Le Plan blanc est un plan d'urgence adapté aux établissements et qui relève de la responsabilité du Directeur. Il permet la mise en œuvre d'une organisation spécifique et la mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.

Suite à la fusion du Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot et de l'Hôpital Gériatrique et Médico-social de PLAISIR, la gestion des situations de crise implique de **réactualiser le Plan Blanc** et principalement :

- Les fiches actions et le registre des professionnels ;
- La localisation du matériel ;
- Les circuits ...

Ce document est l'aboutissement d'un travail impliquant les différents acteurs pouvant être concernés dans la mise en place de ce plan.

Il se décline en fiches d'action qui déterminent le rôle de chacun. Ce sont des lignes de conduite qui facilitent le travail dans un contexte de crise.

2.5. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à toutes les étapes du processus

La maîtrise des risques liés à la PECM des patients et résidents du CHP repose sur plusieurs dispositifs complémentaires visant à sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux. Ces différents dispositifs sont décrits dans le Manuel Assurance Qualité (MAQ).

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est intégrée dans le projet médico-soignant 2018/2022. Ses objectifs sont de :

- Appliquer le plan d'action défini suite à la cartographie des risques *a priori* établie avec l'outil « Archimède » et ce à toutes les étapes du circuit du médicament ;
- Développer le processus de conciliation médicamenteuse qui permettra d'améliorer la sécurisation de la PECM du patient aux étapes de transfert ;
- Déployer la prescription informatisée sur le secteur médico-social qui permettra de compléter la sécurisation de la PECM des populations accueillies. De part son lien avec le dossier patient, la prescription informatisée permet aux pharmaciens de réaliser une validation avec un niveau 2 d'analyse (classification selon la SFPC, analyse avec accès aux données biologiques). Elle contribue à harmoniser les pratiques médicales au travers de protocoles. Elle s'appuie sur les référentiels actuels et en particulier sur la politique du médicament spécifique aux personnes âgées ;
- Sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques de préparation et d'administration des traitements. Des actions d'amélioration sont inscrites au plan de formation.

2.6. Structurer la démarche de gestion des risques dans les secteurs administratifs, techniques et logistiques

L'amélioration de la qualité et de la sécurité repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus au quotidien.

Le rôle de chaque acteur est d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'utilisateur, au fonctionnement ou au management de l'établissement.

Dans une démarche qualité, l'approche prospective des risques concourt à sécuriser le système, en complémentarité avec la gestion des risques *a posteriori*. Elle le fait par une identification des causes possibles de survenue de risques (cartographie des risques) et par l'analyse de l'efficacité des mesures de protection ou de prévention mises en place.

L'objectif du dispositif qualité - gestion des risques est **d'assurer la sécurité des hommes, des opérations et des flux dans un souci de performance au service de l'activité hospitalière.**

Le développement de l'approche prospective des risques est à structurer, pour les processus administratifs, logistiques et techniques, en lien avec les directions concernées, notamment :

- Promouvoir la sécurité des biens et des personnes ;
- Encourager la démarche qualité en restauration ;
- Restructurer le processus de gestion du linge ;
- Réorganiser la fonction transport des patients ;
- Continuer la démarche de la gestion de l'eau, de l'air et de l'énergie.

2.7. Réaliser la cartographie des risques (évaluation des risques *a priori*)

L'équipe qualité gestion des risques du CHP, en concertation avec les acteurs concernés réalise une évaluation des risques *a priori* au moyen de deux outils :

- Pour le circuit du médicament, ARCHIMED ;
- Pour le risque infectieux, CARTOCLIN.

Cependant, pour permettre aux professionnels de repérer les risques prioritaires de l'établissement, l'objectif est de **mettre en place des cartographies des risques exhaustives** avec les équipes sur les secteurs à risque, tels que l'endoscopie, le médico-social...

Par ailleurs, l'équipe qualité-gestion des risques apporte à la direction des ressources humaines une aide méthodologique pour la mise à jour annuelle du document unique (DUERP) portant sur l'évaluation des risques professionnels et du programme annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT).

Enfin, le CHP participe aux réunions du GHT Yvelines sud. Dans ce cadre, la mise en commun des compétences des responsables qualité et des gestionnaires des risques a permis de développer une cartographie des risques commune, en lien avec les exigences du manuel de certification de la HAS. En parallèle, le groupe a rédigé un guide d'élaboration et d'utilisation du support « cartographie des risques » qui sera diffusé à l'ensemble des établissements du GHT dans l'objectif de **s'approprier cet outil GHT et de le déployer sur l'établissement.**

2.8. Optimiser la gestion des EI et des EIG (risques *a posteriori*)

De nombreuses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable des événements indésirables associés aux soins. La cause est rarement imputable à un déficit de compétences, mais plutôt liée à un manque de culture commune de sécurité. Trop souvent cloisonnée, la gestion des risques est l'affaire de tous les professionnels.

Tout dysfonctionnement, défaillance constitue une opportunité de progrès au quotidien. La déclaration des événements indésirables est un levier puissant pour s'inscrire dans cette dynamique. Pour cela, il est nécessaire pour tous les professionnels de :

- Maîtriser les concepts clés ;
- S'approprier le vocabulaire et le sens d'une démarche de gestion des risques.

Dans cette dynamique d'optimisation de la gestion des événements indésirables, le service qualité-gestion des risques a pour objectif de **réorganiser une formation sur le thème « Sensibiliser et communiquer sur les EI et les EIG »**. Cette sensibilisation permettra également d'aborder différents types d'enquêtes réalisés par le service, afin de développer une culture positive du risque et des bonnes pratiques.

Le CHP met à la disposition du personnel un logiciel de déclaration des événements Indésirables (GCEI). Il permet d'exposer tout incident survenu dans l'ensemble des services de l'établissement. Selon le type de dysfonctionnement et le niveau de gravité et de fréquence, le service qualité-gestion des risques réalise une enquête approfondie de type « ALARM » ou RMM en cas d'événement indésirable grave (EIG) et procède le cas échéant à une déclaration à l'ARS.

Le bilan annuel des déclarations d'événements indésirables inclut le bilan des plaintes et des réclamations de l'établissement ainsi que les sinistres. Toutefois, des améliorations doivent être conduites :

- Mettre à jour la procédure relative à la gestion des EI ;
- Repenser les thématiques du logiciel de déclaration des événements indésirables ;
- Procéder à une analyse fine des résultats du bilan annuel des EI, afin de présenter aux instances les actions d'amélioration mises en œuvre et leur impact.

Dans le cadre des EI liés au circuit du médicament, le groupe REMED réalise un suivi des actions correctives et propose un plan d'action complémentaire pour gagner en efficacité.

3. Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement

3.1. Renforcer l'implication des usagers

3.1.1. Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité

Le CHP s'emploie depuis plusieurs années à favoriser l'implication des usagers et de leurs représentants dans la stratégie de l'établissement et ses déclinaisons opérationnelles dans le but de répondre toujours au mieux à leurs besoins et attentes. Dans ce contexte et s'appuyant sur le décret de juin 2016 relatif à la commission des usagers (CDU) lui donnant la possibilité de proposer un projet des usagers, le CHP s'engage à accompagner les représentants des usagers dans la formalisation de ce projet. Les actions relevées seront intégrées au PAQSS.

3.1.2. Garantir le fonctionnement de la CDU et promouvoir son implication dans les projets développés dans l'établissement

Installée dans les établissements de santé publics et privés pour représenter les patients et leur famille, la CDU répond à des modalités de fonctionnements et des missions réglementées : participation à l'élaboration de la politique en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers, association à la politique qualité et sécurité des soins.

Dans ce cadre, la direction du CHP s'engage à :

- Garantir le bon fonctionnement de la CDU selon les modalités définies : missions, fréquence de réunions et ordres du jour conformes aux champs de compétences de la CDU, recueil et prise en compte de propositions et observations des usagers et de leurs représentants ;
- Promouvoir l'implication de la CDU dans les projets institutionnels (ex. : réalisation ou mise à jour des comptes qualité dans le cadre de la procédure de certification) ;
- Présenter annuellement aux instances un rapport faisant état des dysfonctionnements de l'établissement (plaintes et réclamations, événements indésirables, enquêtes de satisfaction, sinistres, synthèses CVS et groupes de parole).

3.1.3. Faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles

Pour faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles, le CHP s'engage à :

- Mettre à disposition des associations, dès 2019, une Maison des usagers. Ce dispositif a pour objectif de faciliter les échanges entre usagers, associations et établissement ;
- Assurer le suivi des conventions avec les associations de bénévoles.

3.2. Garantir les attentes et les droits des usagers

3.2.1. Formaliser, en lien avec les représentants des usagers, une politique commune sur le respect des droits des patients et résidents

Un dispositif favorisant le respect des droits des patients et résidents est en place pour chaque site du CHP.

L'objectif est ici de **formaliser une politique commune visant à garantir le respect des droits des patients et des résidents intégrant les grands principes des droits fondamentaux et les spécificités des différentes activités.**

3.2.2. Poursuivre la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations

Les plaintes et réclamations émanant des usagers et/ou de leur famille sont actuellement traitées par le service des relations avec les usagers. Elles sont présentées aux membres de la CDU à périodicité définie et analysées par le bureau de la CDU. Il s'agit pour le CHP de :

- Formaliser une procédure commune unique décrivant la gestion des plaintes et réclamations, suite au rapprochement des deux sites ;
- Evaluer le dispositif de gestion des plaintes et réclamations (organisation et suivi) ;
- Formaliser l'articulation entre les plaintes/réclamations et les événements indésirables.

3.2.3. Structurer et améliorer le dispositif d'information des usagers à chaque étape de leur prise en charge

La loi du 4 mars 2002 consacre dans son premier chapitre, sous le titre "*Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté*", le droit du patient à l'information. Cela confirme une demande de plus en plus forte des usagers et de leurs représentants.

L'information du patient tout au long de sa prise en charge est donc un droit auquel l'établissement de santé se doit de répondre par une organisation claire et efficace et par l'utilisation de supports de communication adaptés.

Le CHP, organisé à ce jour pour répondre à la nécessité d'informer les usagers, a pour objectif **d'améliorer le dispositif actuel afin d'apporter une information toujours plus adaptée aux patients et à leur famille.**

3.2.4. Formaliser le développement d'une culture de la bientraitance centrée sur le patient ou le résident partenaire

La bientraitance repose sur un meilleur accueil des patients par les établissements et une meilleure prise en compte de leurs besoins et de ceux de leur entourage. Cette thématique des conditions d'accueil et d'accompagnement des usagers comprend notamment la qualité de la prise en charge de la douleur, la mise en place d'accompagnement aux soins palliatifs, la notion de mesure de la satisfaction quant aux conditions d'accueil. Déceler les situations de maltraitance revêt une importance capitale afin d'en organiser la prévention et les modalités de signalement et de traitement.

Enfin, la bientraitance s'attache à une réflexion globale portant aussi bien sur les organisations matérielles en place relatives à l'accueil (orientation dans les locaux, circulation,...) que sur la prise en compte de situations particulières où l'information au consentement doit être la règle (handicap, grand âge...), ou concernant les pratiques professionnelles, notamment la gestion des mesures de restriction de liberté.

Par ailleurs, la promotion de la bientraitance ne peut faire abstraction de l'existence d'un « cercle vertueux » liant qualité de vie au travail/conditions de travail et qualité des soins/bientraitance envers les patients et résidents. Ce constat relevé par la HAS incite au renforcement de démarches participatives en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui ont un impact bénéfique en retour, sur la qualité de vie et la santé au travail. Nous pourrions citer à titre d'exemple les programmes d'éducation thérapeutique, le projet HUMANITUDE développés sur l'établissement.

La Direction de la Qualité-Gestion des Risques et la Direction des soins, soutenues par la Direction et la CME, font de l'élaboration d'une **politique de la bientraitance** une priorité.

3.2.5. Faciliter l'expression de l'utilisateur, améliorer le dispositif de recueil de la satisfaction, notamment par rapport au respect des droits

La loi du 4 mars 2002, dans son premier chapitre "*Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté*" prévoit également le droit du patient à s'exprimer sur sa prise en charge.

Le CHP dispose d'un outil de recueil de la satisfaction des usagers. Cependant, ce recueil doit être adapté aux structures spécifiques en psychiatrie adulte (ex. : ATED) et à la psychiatrie infanto-juvénile.

Par ailleurs, depuis le 1er janvier 2015, le dispositif national de mesure de la satisfaction des patients en MCO évolue vers un recueil en continu et exclusivement en ligne, copiloté par la Haute Autorité de Santé et le Ministère chargé de la Santé.

Pour mener à bien cette enquête et répondre aux exigences nationales, l'établissement a mis en place un processus de recueil systématique des adresses e-mails lors de l'admission des patients. Cette opération est assurée par le service des admissions du CHP et ne concerne que les patients hospitalisés en médecine gériatrique. Ce nouvel indicateur, ne se substitue pas au questionnaire de sortie papier existant. Il constitue un outil de pilotage supplémentaire essentiel à la mise en œuvre d'actions d'amélioration au plus près des attentes des patients.

Enfin, la communication des résultats aux usagers et à leur famille, aux représentants des usagers, mais aussi aux équipes, représente également une dimension essentielle du dispositif qu'il convient d'intégrer à l'objectif général d'amélioration du recueil de l'expression des patients/résidents.

Dans ce cadre, le CHP a pour objectifs de :

- Développer les enquêtes de satisfaction dans les secteurs spécifiques ;
- Améliorer le recueil de la satisfaction dans les services pour lequel il est en place ;
- Communiquer auprès des professionnels des admissions et des usagers sur l'importance à fournir une adresse mail au moment de l'admission pour renseigner l'indicateur e-Satis ;
- Renforcer la communication des résultats.

3.2.6. Favoriser les libertés individuelles et limiter les mesures de contention

Le recours à la contention chimique ou physique représente une restriction majeure à la liberté individuelle. Utiliser cette mesure doit rester exceptionnelle et elle doit être réévaluée très régulièrement pour en limiter la durée. Les conditions de mise en œuvre doivent être strictes et respecter impérativement la dignité, la sécurité et le confort de l'utilisateur.

Dans son rapport de 2017 relatif aux pratiques de l'isolement et de contention en psychiatrie, l'établissement s'est fixé des objectifs dont certains font directement référence à la contention :

- Actualiser le protocole « isolement et contention » ;
- Mettre en place une EPP sur l'isolement, la contention et les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie ;

En ce qui a trait aux structures gérontologiques et médico-sociales, l'objectif est **d'actualiser la procédure relative aux mesures de contention.**

Par ailleurs, le respect des libertés d'aller et venir engage la responsabilité de l'établissement en matière de sécurité au regard des profils des usagers accueillis. L'objectif principal est de **mettre à jour les procédures de sortie à l'insu des services** (fugue, disparition inquiétante).

4. Pérenniser la dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles pour en améliorer l'efficacité et l'efficience

4.1. La mise en œuvre

Cet axe vise à l'appropriation d'une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles et vient renforcer les actions déjà mises en place au sein du CHP.

La dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles et des organisations fait appel à quatre principales méthodes clairement identifiées :

- Les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins pilotés par la HAS (IQSS) ;
- Les Revues de Morbidité-Mortalité (RMM) ;
- Le « Patient Traceur ».

La réalisation des évaluations quant à elle repose sur : les groupes existants, les référents, un réseau d'auditeurs internes, le service QGR et les professionnels des services de soins.

L'objectif principal est **d'établir un programme d'évaluation des pratiques professionnelles et des prises en charge basé principalement sur ces quatre méthodes**. Ce programme permettra de structurer la dynamique d'évaluation et de centraliser les actions menées dans ce cadre.

Il devient alors un outil de pilotage du système de management de la qualité - gestion des risques et participe à l'appropriation, par les professionnels, de méthodes d'amélioration des pratiques.

Pour servir cet objectif, le service QGR **actualisera le réseau d'auditeurs internes** en assurant notamment la formation de ses membres.

Les EPP :

Amorcées en 2007 par le biais de la procédure de certification HAS, cette démarche est aujourd'hui intégrée à la dynamique d'amélioration des pratiques. Les objectifs pour les années à venir sont :

- Formaliser une politique EPP commune ;
- Poursuivre le déploiement de cette méthode d'évaluation au-delà des EPP médicales par la mise en place d'EPP plus axées sur les pratiques paramédicales ;
- Sensibiliser les services administratifs, logistiques et techniques à la démarche EPP dans le but de favoriser la diffusion d'une culture qualité-gestion des risques au sein des directions support.

Les IQSS :

Outils de mesure de l'efficacité de certaines organisations et pratiques professionnelles, les modalités et le calendrier de recueil de ces indicateurs sont à ce jour guidés par la HAS. L'établissement répond aujourd'hui à cette obligation.

Pour aller plus loin dans l'exploitation de cette méthode d'évaluation, l'établissement souhaite dans les années à venir :

- Améliorer l'exploitation des résultats notamment pour les activités de médecine et de rééducation ;
- Rendre annuel le recueil de certains indicateurs.

Les RMM :

La RMM est une démarche d'évaluation permettant de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre les organisations afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Cette méthode utilisée essentiellement en situation critique doit pouvoir être mobilisée pour l'analyse systémique des organisations et l'interaction entre professionnels en toute circonstance. Le but étant de s'appuyer sur ces évaluations pour renforcer ou pérenniser la qualité et la sécurité des soins. **Cette démarche doit être développée particulièrement dans les pôles de médecine gériatrique et MPR.**

Le « Patient Traceur » :

Autre démarche d'analyse des pratiques professionnelles, la méthode du « patient traceur » s'appuie non plus sur la survenue d'un événement indésirable mais sur le déroulement de la prise en charge d'un patient identifié et l'expérience qu'il en retire. Cette méthode a déjà été mise en œuvre au CHP dans le cadre de la certification V2014.

Aujourd'hui, les professionnels doivent s'approprier cette méthode d'évaluation afin de développer la culture de la pertinence, du résultat et du travail en équipe, tout en prenant en compte l'expérience du patient.

L'objectif est d'intégrer cette méthode au programme d'évaluation des pratiques professionnelles selon des modalités préalablement définies, en s'appuyant sur les principaux processus, ainsi que sur les grilles « patient traceur ».

Les évaluations diverses :

Par ailleurs, les évaluations par des méthodes de type audit ou enquête permettent également d'identifier des points d'amélioration des pratiques et des organisations. Ces évaluations peuvent être pilotées par les comités/groupes de la sous-commission qualité et sécurité des soins, ou encore par des groupes de travail ponctuels répondant à une préoccupation particulière limitée dans le temps.

L'objectif est d'intégrer également ces évaluations au programme cité ci-dessus.

4.2. Suivi des évaluations des pratiques professionnelles

Le programme d'évaluation des pratiques professionnelles structure et définit l'organisation des évaluations. Son suivi doit être assuré. Pour atteindre cet objectif, le service QGR prévoit de :

- Centraliser dans un tableau de bord les évaluations pour chaque méthode ;
- Mesurer l'atteinte des objectifs en assurant le suivi de l'état d'avancement des plans d'actions issus des évaluations (EPP, RMM, Patient Traceur, autres) ;
- Mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre (mesure d'impact) et renforcer la communication auprès des professionnels et usagers.

5. Assurer la coordination et le suivi des démarches de certification sanitaire et médico-sociale

5.1. Certification HAS pour le secteur sanitaire

Étant désormais établi pour tous que la démarche de certification ne s'arrête pas à la visite des experts-visiteurs et à la réception du rapport, organiser l'après-visite fait naturellement partie des objectifs qualité-gestion des risques de l'établissement. L'objectif est ici triple :

- Suivre les résultats de la visite de certification V2014 :
 - intégrer au PAQSS les axes de travail relevés par les experts-visiteurs ;
 - suivre les plans d'action issus de la réalisation des comptes qualité ;
- Mettre à jour les comptes qualité ; la périodicité de mise à jour étant de deux ans ;
- Étendre la réalisation des comptes qualité aux thématiques non obligatoires de la visite de certification en priorisant une thématique par an.

5.2. Anticiper les évaluations externes dans le secteur médico-social

Précédées des évaluations internes, les évaluations externes des structures médico-sociales répondent à un calendrier défini réglementairement. L'établissement doit anticiper et préparer ces évaluations. Une organisation rigoureuse de leur suivi passe par la mise en place des actions suivantes :

- Etablir un rétro planning des évaluations internes et externes pour chaque structure médico-sociale ;
- Structurer les démarches d'évaluations internes : modalités d'organisation des évaluations, modalités d'accompagnement méthodologique des professionnels notamment pour l'élaboration et le suivi des plans d'actions résultant des évaluations antérieures, communication aux équipes ;
- Structurer la préparation des évaluations externes : préparer le cahier des charges, élaborer une check-list des documents à fournir avant et pendant l'évaluation, organiser la communication auprès des équipes, organiser la visite des évaluateurs sur site.

5.3. Préparer la certification HAS du GHT/V2020

En constante évolution depuis sa mise en place à la fin des années 90, la procédure de certification des établissements de santé est une fois de plus en cours de révision par la HAS. La dernière version, la V2020, prévoit de passer d'une culture de moyens à une culture de résultats, soit de mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge (renforcement du travail d'équipe, patients traceurs, indicateurs), de simplifier le dispositif de certification et de s'adapter aux groupements hospitaliers de territoire. Ainsi, la future procédure de certification s'adressera non plus spécifiquement aux établissements de santé mais aux GHT. Ses modalités de mise en œuvre sont encore actuellement travaillées par la HAS.

Dans ce contexte, le club qualité GHT se prépare à cette évolution inédite avec les éléments en sa possession. Créé il y a quelques années avant même la création des GHT, le club regroupe des professionnels de la qualité-gestion des risques du sud-Yvelines. Sa mission première est un échange participatif des pratiques et outils de management QGR. Avec la mise en place des GHT, ce collectif s'attèle aujourd'hui à déterminer les orientations stratégiques du territoire en matière de qualité, sécurité des soins et gestion des risques, tant pour le secteur sanitaire que pour le secteur médico-social, tout en intégrant une rationalisation des outils de pilotage.

La certification version V2020 constitue aujourd’hui un nouvel enjeu.

Dans ce cadre, l’objectif du CHP est de **se préparer à cette nouvelle certification** en concertation avec les autres établissements du GHT. Cette préparation consiste notamment à intégrer les nouvelles orientations HAS et les nouveautés de la procédure de certification.

6. Renforcer l’engagement du CHP dans une politique de développement durable basée sur 3 piliers : environnement, social, économique

Conformément à la déclaration de Johannesburg de 2002, l’OMS insiste très largement sur l’importance de mettre l’Être humain au centre des préoccupations relatives au développement durable et qu’il est fondamental de protéger et de promouvoir la santé humaine. En milieu hospitalier, cette recommandation vaut tout autant pour l’amélioration de la qualité de vie du patient que des soignants.

Le secteur hospitalier français – établissements publics, cliniques privées et établissements privés à but non lucratif – est composé de 3065 établissements (Dress, 2018) qui fonctionnent 24h/24 et 7j/7, c’est dire l’importance du rôle que ces établissements ont à jouer en matière de développement durable. Toutefois, ce rôle ne se limite pas aux aspects environnementaux (consommation d’eau et d’énergie, production des déchets, émission de gaz à effet de serre, pollution due aux transports des patients et du personnel ...), il intègre également, une dimension sociale (conditions de travail des personnels ...) et économique en regard du poids financier de ces établissements de santé. Ainsi, les trois piliers que sont l’environnement, le social et l’économique, sous-tendent le développement durable et font partie intégrante de la démarche d’amélioration continue de la qualité soutenue par la HAS. Le CHP entend relancer une stratégie de développement durable où ces trois piliers feront l’objet d’une attention soutenue, alimentés par les exigences transversales que sont : le management participatif, la prise en compte des parties prenantes, le respect des obligations réglementaires.

6.1. Mettre en place une dynamique volontariste de développement durable en accordant une place reconnue et légitime à la démarche

Les objectifs du CHP sont de :

- Relancer le Comité de pilotage « développement durable » ;
- Actualiser la politique « développement durable » ;
- Mettre en œuvre les actions d’amélioration dans les domaines définis du plan d’action « développement durable » :
 - Achats / Marchés publics ;
 - Déchets ;
 - Développement des énergies renouvelables ;
 - Economie d’eau ;
 - Economie d’énergie ;
 - Ecoconstruction/HQE
 - Plan de déplacement d’entreprise.

6.2. Mettre en place une démarche de Qualité de Vie au Travail (QVT) tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social

Composante majeure du rôle social de l'établissement, mais également au cœur du processus de création de valeur, la démarche QVT constitue aujourd'hui un enjeu pour les établissements de santé tant dans les aspects de santé publique que du rôle d'employeur.

Les objectifs opérationnels sont de :

- Mettre en place un comité de pilotage « qualité de vie au travail » s'assurant de la mise en œuvre des orientations stratégiques institutionnelles, notamment en matière de pénibilité au travail, de management durable RH, de lutte contre les discriminations ;
- Promouvoir le bien-être au travail ;
- Adapter les conditions de travail et les compétences aux évolutions du CHP.

6.3. Favoriser la performance économique, la compétitivité et l'efficience par des modes de gestion optimaux et raisonnés

La pérennité du CHP, sa capacité d'investissement à l'aune des projets de reconstruction en cours est étroitement liée à sa santé financière. Les grands équilibres financiers de l'établissement impliquent l'optimisation de l'ensemble des opérations et fonctionnalités de l'établissement.

Les objectifs opérationnels sont de :

- Renforcer la culture médico-économique des pôles et les outils de pilotage correspondants pour les acteurs hospitaliers ;
- Poursuivre l'évolution du système d'information pour favoriser des organisations plus efficaces, notamment l'adaptation des outils numériques aux orientations du projet médico-soignant (télémédecine) et l'interopérationalité avec les établissements du territoire ;
- Optimiser les recettes liées à l'activité, notamment en améliorant le codage ;
- Conforter le positionnement des activités de référence (EMG, UCC, EMSA, ATED ...) ;
- Améliorer la performance des achats en lien avec le GHT ;
- Poursuivre la maîtrise des dépenses.

LES MOYENS DE LA POLITIQUE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

Afin de promouvoir le déploiement de la politique qualité et d'en assurer l'évaluation et l'actualisation, le Centre Hospitalier de PLAISIR dispose des moyens suivants :

- **Une organisation structurée de la qualité et de la gestion des risques**, décrite au paragraphe 1.1 ;
- **Une direction qualité** en charge de la politique qualité et gestion des risques, décrite au paragraphe 1.1 ;
- **Des comités et groupes de travail pluri professionnels** impliqués dans la démarche qualité, sécurité des soins et gestion des risques. Notamment, le CLIN, le CLUD, le CLAN, la COMEDIMS... ;
- **La mise à disposition de documents supports** (procédures, protocoles, imprimés ...). La gestion documentaire est informatisée (GED). Elle permet la mise à disposition des documents qualité pour l'ensemble du personnel en temps réel ;
- **Des moyens de communication** : intranet, revues internes (Focus, Lettre de la direction), possibilité d'intervenir dans les réunions de service et réunions d'encadrement. Ces moyens permettent d'informer régulièrement et périodiquement les professionnels sur le suivi de notre politique qualité-gestion des risques ;
- **Une procédure de déclaration des événements indésirables** accompagnée d'une charte de non punition, permettant de déclarer tout incident ou dysfonctionnement, en vue de mettre en place des actions d'amélioration ;
- **Des mesures de la satisfaction des patients hospitalisés**. Un dispositif est en place pour recueillir en continu ou ponctuellement l'avis des usagers sur leur prise en charge ;
- **Des tableaux de bord et des indicateurs** sont réalisés et sont suivis par les instances concernées (Copil QGR, CME, CSIRMT, CDU). Les indicateurs publics obligatoires sont diffusés aux professionnels ;
- **Un Plan d'action qualité et sécurité des soins et des plans d'actions issus du compte qualité** ;
- **La formation** permet aux professionnels de soins de maîtriser la démarche qualité et les outils qualité et de gestion des risques.

GLOSSAIRE

ANEMS	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARACT	Association pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ATB	Antibiotiques
ATED	Unité pour Adultes avec Troubles du comportement Envahissant du Développement
CDU	Commission des Usagers
CEST	Comité Promotion de la Santé, Education pour la Santé, Education Thérapeutique
CGRAS	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
CH	Centre Hospitalier
CHP	Centre Hospitalier de Plaisir
CIV	Cellule d'IdentitoVigilance
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COFIL	Comité de Pilotage
COPS	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
COVIRIS	Comité de coordination des Vigilances et des Risques
CPA	Comité de Prévention des Addictions
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques
DIM	Département d'Information Médicale
DPA / DPI	Dossier PATient / Dossier Patient Informatisé
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EI	Evénement Indésirable
EIG	Evénement Indésirable Grave
EPP-FMC	Evaluation des Pratiques Professionnelles -Formation Médicale Continue
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Education Thérapeutique
GCEI	Gestion Centralisée des Evénements Indésirables
GED	Gestion Electronique des Documents
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IQSS	Indicateur Qualité et Sécurité des Soins
MAR	Médicaments à risque
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
PAPRI Pact	Programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PAQSS	Plans d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PECM	Prise en charge médicamenteuse
QGR	Qualité Gestion des Risques
QVT	Qualité de Vie au Travail
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés
RETEX	Retour d'Expérience
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SOUS COM QUASS	Sous comission « qualité sécurité des soins »
USLD	Unité de Soins Longue Durée