

Projet Qualité Risques et Vigilances 2013/2017

PROJET QUALITE RISQUES ET VIGILANCES 2013 - 2017

Introduction

Un projet qualité au service du projet médical

- 1) Politique qualité : cadre territorial et pilotage
 - 1.1 La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)
 - 1.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire de santé mentale du golfe du Morbihan (GCS)
 - 1.3 Le pilotage de la politique qualité
- 2) Bilan du Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) 2008-2012
- 3) Les objectifs stratégiques de la démarche qualité et gestion des risques
 - 3.1 Renforcer la démarche qualité de l'extra-hospitalier
 - 3.2 Mettre en œuvre la coordination des risques associés aux soins et vigilances
 - 3.3 Organiser l'éducation thérapeutique du patient
 - 3.4 Déployer l'évaluation interne et externe en médico-social
- 4) Les principes et les méthodes privilégiés
 - 4.1 Analyse des pratiques professionnelles
 - 4.2 Implication des usagers dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins
 - 4.3 Renforcement de l'évaluation
- 5) Les déclinaisons
 - 5.1 Le Plan d'Amélioration de la Qualité 2013-2017
 - 5.2 Les outils

Conclusion

INTRODUCTION :

La démarche qualité accompagne l'évolution des soins en psychiatrie et santé mentale. Elle reconnaît les points forts de l'organisation, sa capacité à changer et à innover. C'est un outil de gestion qui permet d'optimiser l'utilisation des moyens.

Outil de management, la démarche qualité est également un outil pour la mise en œuvre du projet médical. Elle vise à améliorer nos *pratiques* et nos organisations.

Pour renforcer la visibilité et la compréhension de ce rôle de la démarche qualité, au service des patients et résidents, des professionnels et des projets de l'établissement, le projet qualité est ainsi structuré :

- dans le **cadre** du projet médical et d'une politique qualité territoriale ;
- par l'identification de quelques **objectifs stratégiques** ;
- par le choix de **méthodes** cohérentes avec le cadre et les objectifs stratégiques retenus ;
- par la **déclinaison** rigoureuse dans tous les champs de la démarche qualité et de gestion des risques.

Qualité, projet médical et territoire :

Ce projet qualité s'articule et est pensé particulièrement au service du projet médical et du projet de soins.

- Améliorer les **parcours patients** et recentrer le pilotage des soins sur le **territoire**, le CMP et l'ambulatoire
- Améliorer la **sécurité des soins**
- Améliorer la qualité et l'**efficacité des soins** en renforçant l'adhésion des patients
- Améliorer le parcours du résident **médico-social**.

De plus, l'EPSM Morbihan souhaite poser les bases d'une politique qualité territoriale, au sens qu'elle serait partagée entre les principaux acteurs et partenaires de la santé mentale dans le Morbihan. Aussi, il développe un partenariat externe en santé mentale.

D'abord dans le cadre de la CHT, l'EPSM Charcot de CAUDAN et l'EPSM Morbihan se sont engagés dans un projet commun sur 5 objectifs :

- Favoriser l'émergence d'une politique qualité / gestion des risques partagée, intégrée aux projets d'établissement respectifs (**politique territoriale en santé mentale**) ;
- Renforcer la **culture qualité** et sécurité au sein des pratiques professionnelles au service des usagers et des personnels ;
- Rendre plus **efficace le management** de la qualité et de la gestion des risques ;
- Définir et conduire des projets qualité / gestion des risques prioritaires communs ;
- Identifier une structure formelle afin de mettre en œuvre la politique définie.

Ensuite, un projet qualité doit naître au sein du GCS avec les établissements le CRPC Billiers et CPC Kervillard. Cela contribuerait véritablement au sens donné au terme de « politique territoriale de santé mentale ».

Objectifs stratégiques :

Ils sont en lien direct avec le projet médical, **les partenaires, les usagers** et la politique qualité territoriale

- Renforcer l'**implication dans la démarche qualité** des acteurs du champ de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation **dans tous les territoires** d'action en santé mentale de l'EPSM Morbihan
- Renforcer la **politique des risques associés aux soins**
- Développer l'**éducation thérapeutique du patient**
- Développer l'**évaluation interne et externe**.

Les principes et les méthodes privilégiés :

Vouloir mettre en œuvre une politique qualité, c'est respecter quatre modalités d'action (planifier, mettre en œuvre, évaluer, réagir), trois nécessités (informer, communiquer et former) qui s'imbriquent, et par conséquent, un mode de management adapté.

Aussi, en cohérence avec les objectifs et la politique territoriale, les principes d'action privilégiés sont :

- **le renforcement systématique de la place des usagers dans les processus qualité.**
La volonté de l'EPSM Morbihan de mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles, s'inscrit dans le contexte réglementaire notamment le droit à l'information du patient qui est au centre du système de soins. L'EPSM voit également dans cette implication un gage d'efficacité des soins.
- **l'analyse des pratiques professionnelles (APP) au service de la culture qualité.**
La démarche qualité s'appuie sur un principe de participation et de responsabilisation des acteurs, elle est le garant de la capacité de l'institution à s'adapter aux changements.
- **le développement et l'amélioration de l'évaluation.**
La politique qualité de l'EPSM se dote d'objectifs et d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui traduisent l'application de ces principes.

Ces principes et méthodes s'inscrivent dans un ensemble plus vaste d'outils spécifiques qui ont été introduits et sont désormais maîtrisés :

- Une base documentaire informatisée accessible à l'ensemble des professionnels sur le logiciel qualité et risques ; il s'agit notamment d'en faire un outil encore plus accessible et mieux utilisé par tous les professionnels et avant tout en extra-hospitalier ;
- Des modalités de déclarations et de traitement informatisées des événements indésirables et d'incidents graves ;
- Un système qualité décrit dans le manuel qualité ;
- Le suivi méthodologique des APP.

Les déclinaisons

En consolidation d'une dynamique qualité largement entamée puisque démarrée dès 1998, l'Etablissement s'inscrit désormais dans une politique globale de qualité, de gestion des risques et des vigilances.

L'établissement a répondu aux exigences des 3 certifications. La dernière visite a orienté ses recommandations sur :

- La gestion des évènements indésirables ;
- La gestion du dossier du patient en santé mentale ;
- L'accès du patient à son dossier en santé mentale ;
- L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en santé mentale ;
- L'éducation thérapeutique du patient en santé mentale ;
- L'éducation thérapeutique du patient en soins de longue durée.

Ces thèmes se rattachent au Plan d'Amélioration de la Qualité 2013 - 2017.

Outre des recommandations, l'établissement s'engage plus particulièrement dans :

- Le dispositif pérenne des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) qui deviennent Analyses des Pratiques Professionnelles (APP) dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) ;
- La coordination des risques et le management de la qualité de la Prise en charge médicamenteuse ;
- L'implication des usagers, le respect de leurs droits, la bientraitance ;
- L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en santé mentale et Unités de Soins de Longue Durée ;
- L'évaluation interne et externe en médico-social ;
- La qualité de vie au travail ;
- Les outils : évaluation du management de la qualité, développement de la culture qualité / risques (information, communication, formation), développement des analyses de causes, RMM, Staff APP...

1. Politique qualité : cadre territorial et pilotage

Cet objectif de structurer une politique territoriale en matière de démarche qualité a plusieurs buts et justifications. Il s'exprime de 2 manières complémentaires : avec l'EPSM Charcot dans le cadre de la CHT, institution aux missions identiques ; avec les centres de post-cure et de réadaptation de Billiers et de Sarzeau dans le cadre du GCS-SMGM, institutions partenaires du parcours de soins des patients de l'EPSM Morbihan.

Ce mode de management par la qualité et dans un cadre élargi, nécessite un engagement fort de la Direction et de la Communauté Médicale. C'est la raison pour laquelle l'organigramme du processus de décision dans le système qualité a été revu en renforçant notamment la place et le rôle du président de CME.

1.1. La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)

Dans le cadre de la CHT, l'EPSM Charcot de CAUDAN et l'EPSM Morbihan recherchent une cohérence d'ensemble dans le département en matière de politique qualité et risques. Au-delà de l'identification de projets d'actions communs, ils s'accordent sur leur conception de la politique de qualité-risques comme outil au service des missions des établissements.

Les 5 objectifs identifiés ci-dessous constituent en effet le projet commun de leurs services qualité :

1.1.1 Favoriser l'émergence d'une politique qualité / gestion des risques partagée, intégrée aux projets d'établissement respectifs (politique territoriale en santé mentale).

Le premier objectif signifie que les objectifs qualité-risque sont pensés, construits et présentés comme des outils au service du projet médical, de soins, et donc de l'utilisateur. Selon ce principe commun aux deux établissements, des objectifs opérationnels sont déclinés :

- Identifier les orientations communes en lien avec les projets d'établissement respectifs ;
- Formaliser les axes d'une politique partagée ;
- Décliner cette politique dans les programmes qualité, sécurité et gestion des risques respectifs.

1.1.2 Renforcer la culture qualité et sécurité au sein des pratiques professionnelles au service des usagers et des personnels.

Dans cette notion, il y a également l'exigence d'impliquer toujours plus de professionnels dans ces processus.

Pour cela, les services qualité s'engagent à :

- Réaliser un état des lieux sur la connaissance et l'appropriation par les professionnels de terrain de la démarche qualité / gestion des risques. Recueil des attentes de ces derniers (questionnaire commun aux deux établissements) ;
- En parallèle, effectuer un point sur des indicateurs tels que la participation aux APP, nombre d'agents formés / sensibilisés à la qualité / gestion des risques... ;
- Identifier des axes d'amélioration pour renforcer la culture qualité et sécurité ;
- Renforcer l'implication des usagers à la démarche qualité / gestion des risques.

1.1.3 Rendre plus efficient le management de la qualité et de la gestion des risques.

Les 2 EPSM souhaitent :

- Mener une réflexion commune sur les missions, rôles, périmètre d'intervention des services qualité / gestion des risques (audit organisationnel de la démarche qualité / gestion des risques (grille commune aux deux EPSM - optimisation de la démarche de management qualité et gestion des risques) ;
- Conduire une démarche de benchmarking entre établissements (échange de mails, échanges lors des réunions CHT).

Ex : organigramme structures qualité, gestion des risques, fiches de missions, méthodologies de projets qualité/gestion des risques, procédures, modes opératoires, grilles d'audits, d'enquêtes,...)

1.1.4 Définir et conduire des projets qualité / gestion des risques prioritaires communs.

Des objectifs concrets en soutiennent cette attente :

- a. Identifier les projets prioritaires communs (recommandations identiques issues de la procédure de certification, erreurs médicamenteuses, cartographie des risques, soins sans consentement,...)
- b. Evaluer la faisabilité des projets (en tenant compte des moyens humains, techniques et organisationnel ; limites, contraintes)
- c. Définir leur méthodologie et assurer leur conduite (groupes regroupant des professionnels des deux EPSM ou groupes propres à chaque établissement avec partage, échanges de pratiques / d'outils)

1.1.5 Identifier une structure formelle afin de mettre en œuvre la politique définie pour garantir la mise en œuvre et la pérennité de cette politique qualité territoriale.

1.2. Le groupement de coopération sanitaire de santé mentale du golfe du Morbihan

Les rapprochements opérés avec CPR Billiers et le Moulin Vert à Sarzeau se sont concrétisés par la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire qui est « *constitué afin de* :

- gérer des activités administratives, logistiques et médico-techniques,
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun,
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres du groupement.

L'objectif de mieux coordonner les professionnels pour un parcours de soins plus lisible interpelle inévitablement la démarche qualité des partenaires car les patients de l'EPSM sont ceux des deux centres de post-cure. Il s'agit d'identifier les domaines d'intervention levier, à la fois directement utiles à l'utilisateur et vecteur de renforcement de ces coopérations.

Dans ce cadre, il sera nécessaire d'évaluer la pertinence et la cohérence d'une équipe commune.

Des déclinaisons concrètes peuvent être envisagées dans le cadre de la CHT et du GCS :

- Le développement de l'éducation thérapeutique du patient

- Le développement d'une gestion documentaire commune (veille réglementaire, procédure en lien avec la législation...)

1.3. Le pilotage de la politique qualité

Avant d'être un outil de management, la démarche d'amélioration de la qualité est une politique. Cette politique est du ressort de la direction de l'EPSM et de la CME dont la qualité est une des missions principales depuis la loi HPST du 21 juillet 2009.

Ainsi, au-delà de la complexité et de l'étendue de cette mission qui nécessite une compétence continue, le pilotage et les axes de travail sont fixés par le niveau stratégique de l'établissement.

On peut ainsi identifier 3 niveaux de responsabilité politique, de pilotage et pratique :

- **La responsabilité politique de la démarche qualité, conception et contrôle.** Le Directeur et le Président de CME impulsent la politique qualité et donnent les directives et les objectifs. Pour cela, des rencontres 3 fois par an avec le Directeur, le Président de CME, le Coordonnateur des risques associés aux soins, le Responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le bureau qualité permettent d'assurer le suivi du projet qualité risques et vigilances.
- **La responsabilité du pilotage, guidage et évaluation.** Les objectifs étant posés, le **bureau qualité** est chargé de la conduite de la démarche qualité. S'il s'agit aussi de renforcer la place des usagers dans la démarche qualité, il est indispensable de le traduire dans le dispositif de pilotage. La **CRUQPC** sera plus impliquée.
- **La responsabilité de la mise en œuvre pratique** par la **cellule qualité** qui trouve un partenaire important pour la faisabilité et la déclinaison de programme avec la **commission qualité risques et vigilances** pluridisciplinaire et représentative des instances et territoires. Les liens avec les projets de pôle s'y tissent.

Cette organisation est décrite dans le schéma annexé.

Le cadre étant posé, il est indispensable d'établir le bilan du précédent plan d'amélioration de la qualité. Les objectifs stratégiques sont décrits à la suite pour se mettre au service du projet médical tout en tenant compte de ce bilan.

2. Bilan du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) 2008-2012 :

Rappel des principales orientations de la politique globale de qualité, de gestion des risques et des vigilances :

- L'amélioration de la prise en charge du patient, du respect de ses droits, la bonne tenue du dossier patient,
- L'amélioration du management des équipes,
- L'engagement des équipes dans l'évaluation des pratiques professionnelles,
- La mise en œuvre d'une politique de prévention et de gestion des risques,
- La lutte contre les infections nosocomiales,
- La lutte contre la douleur,
- La garantie du bon usage du médicament.

Des outils spécifiques permettent d'asseoir cette politique : logiciel qualité et risques « Blue Médi », documentation qualité, Fiche d'Évènement Indésirables, cartographie des risques, Evaluation des Pratiques Professionnelles et suivi d'indicateurs, enquêtes de satisfaction.

Les principales actions réalisées sont les suivantes :

2.1. Management et communication :

Création d'une « consultation éthique ».
Formalisation de la politique de communication.

2.2. Management décisionnel des pôles :

Développement des indicateurs médico-économiques.
Mise en place d'un système d'information décisionnel avec délégation de gestion V2 par pôle avec suivi d'indicateurs en particulier des activités de soins.

2.3. Parcours du patient en psychiatrie :

Amélioration de la distribution du livret d'accueil du patient, et de la désignation de la personne de confiance (fiche mémo, audit annuel du dossier).
Amélioration du recueil des questionnaires de sortie.
Accès aux résultats d'examens de laboratoire par messagerie sécurisée, numérisation de l'imagerie et de l'ECG.
Développement de la formation urgences vitales et défibrillateur.
Développement de l'Education Thérapeutique du Patient : mise en place d'un comité de coordination, (à suivre : formation, engagement des programmes).
Favorisation de la collaboration et une meilleure implication des familles : mise en place de groupes d'échange avec les proches en géronto-psychiatrie, clinique d'Alré et addictologie.
Prise en charge de la douleur : évaluation de la douleur (choix des outils, sensibilisation), journée annuelle, formation des référents, formation à la fin de vie.
Bienveillance et prévention de la maltraitance : journée qualité, formation, procédure de signalement des cas de maltraitance élaborée.
Amélioration de l'accueil des détenus en chambre d'isolement thérapeutique.

2.4. Parcours du résident ARC EN CIEL

Optimisation de l'utilisation du DPI avec amélioration de la traçabilité.
Amélioration de la régularité des réunions de synthèses.

2.5. Démarche qualité en médico social

Evaluation interne aux MAS et FAM réalisée.

2.6. Prévention des risques et Vigilances sanitaires :

Elaboration de la cartographie des risques et suivi du plan de réduction.

Sensibilisation à la déclaration d'erreur médicamenteuse, mise en place du groupe REMED, circuit du médicament (bon usage des AVK, mise en place des référents pharmacie, plan d'équipement).

Identitovigilance : protocoles et sensibilisation à la vérification de l'identité à l'entrée, à suivre sécurisation tout au long du parcours de soins.

Hygiène : implication du CLIN, mise en place de l'alerte en cas de porteur d'infection dans le DPI, renforcement du système de correspondants en hygiène, formation et sensibilisation des stagiaires et nouveaux arrivants au risque infectieux.

Pérennisation des groupes de travail : comité violence, prévention et soins des escarres, prévention des chutes, contention physique et mise en chambre d'isolement thérapeutique.

2.7. Démarche qualité :

Suivi des indicateurs qualité et risques avec mise en œuvre des tableaux de bord trimestriels des pôles.

Participation des usagers à la journée qualité, participation à l'autoévaluation/certification par la mise en place d'un groupe d'usagers et d'une enquête de satisfaction par interviews auprès des patients et anciens patients adhérents aux associations.

Enquête de satisfaction sur les services techniques.

Enquête de satisfaction sur les DATI.

Enquête de satisfaction sur le transport du patient.

Enquête de satisfaction auprès des agents.

Programme d'audits annuel du dossier patient : indicateurs obligatoires.

Inventaire des équipements bio médicaux et actualisation des protocoles.

Poursuite de la formation au logiciel qualité et risques.

Actions de communication : Conférences organisées dans le cadre des semaines de la sécurité des patients,

Journées qualité annuelles, journal mensuel « qualipsy ».

2.8. Ressources humaines :

Formation du groupe risques psychosociaux, suivi d'indicateurs, plan d'actions.

Généralisation de la possibilité d'expression des professionnels avec mise en place de réunions : de fonctionnement, et synthèses mises en place en 2011 des unités non pourvues, évaluation fin 2012.

Généralisation des analyses de pratique et supervision :

- axe « socle » dans le plan de FC 2011-2013 avec priorité unités intra ;
- suivi dans contrats de pôles.

Evaluation du personnel.

GPEC.

2.9. Dossier du patient :

Généralisation de la mise en place du Dossier Patient Informatisé.

Poursuite de l'amélioration : de la traçabilité des prescriptions d'activités, du projet thérapeutique, du poids et IMC, de la réflexion bénéfiques/risques et de la recherche de consentement : sensibilisation régulière, à évaluer lors de l'audit 2012.

2.10. Système d'information

Développement de l'information et du matériel informatique.

Réflexion dans le cadre du schéma directeur de la disponibilité du DPI à long terme.

2.11. Fonctions logistiques :

Linge : création d'une laverie, possibilité de facturation du lavage du linge personnel, amélioration des circuits propre /sale, suivi des contrôles bactériologiques au SILGOM.

Restauration : suivi de la qualité du repas par le CLAN avec le prestataire SILGOM, suivi de la démarche HACCP dans les unités.

Déchets : audit du tri et suivi du plan d'actions.

2.12. Technique sécurité :

Amélioration de l'accessibilité des locaux, mise en place des DATI en 2010.

2.13. Transport :

Renouvellement du parc automobile, évaluation de la qualité de l'organisation des transferts SDRE / SDT.

2.14. Développement durable :

Diagnostic réalisé et mise en œuvre du plan d'actions (énergie-bâtiment-eau, déplacements-transports, déchets-espaces verts, achats-entretien-maintenance).

2.15. Poursuite de la dynamique en matière d'EPP :

Actions nouvelles d'EPP chaque année en veillant à affiner les approches méthodologiques, cibler des objectifs atteignables et déterminer des objectifs simples et fiables : plan EPP annuel en démarche pérenne et formation de référents méthodologiques EPP en 2010, suivi des actions d'EPP réalisées.

2.16. Implication des usagers dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins :

Participation des usagers aux travaux portant sur : la création d'un espace éthique, la recherche de collaboration et l'implication des familles, l'amélioration de l'information sur la pathologie, traitement, soins et éducation à la santé du patient, la qualité hôtelière, l'accueil et la continuité des soins.

Renouvellement périodique de la démarche d'interviews de patients et d'anciens patients réalisée lors de l'autoévaluation de la certification : participation des usagers à la journée qualité, participation à l'autoévaluation / certification par la mise en place d'un groupe d'usagers et d'une enquête de satisfaction.

2.17. Certification V2010

Autoévaluation et préparation, actualisation des protocoles.

Axes d'amélioration pris en compte dans PAQ 2012.

Visite en décembre 2011.

Rapport de certification - 6 recommandations :

- Gestion des évènements indésirables ;
- Gestion du dossier du patient en santé mentale ;
- Accès du patient à son dossier en santé mentale ;

- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en santé mentale ;
- Education thérapeutique du patient en santé mentale ;
- Education thérapeutique du patient en Soins de longue durée.

Ces axes de progression demandent un soutien plus particulier et un engagement renforcé sur les thématiques suivantes :

- Analyse des Pratiques Professionnelles
- Coordination des risques
- Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Implication des usagers
- Education thérapeutique du patient
- Evaluation du secteur médico-sociale
- Qualité de vie au travail
- Développement d'outils
- Communauté Hospitalière de Territoire.

Fort de son bilan et recentré dans le cadre du projet médical et de la politique territoriale, il est alors possible d'esquisser les objectifs stratégiques de la démarche qualité de l'EPSM Morbihan.

3. Les objectifs stratégiques de la démarche qualité et gestion des risques

3.1. Renforcer la démarche qualité de l'extra-hospitalier

Comme l'EPSM fait le choix de décentrer les priorités d'action de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire et la pièce maitresse de la présence territoriale qu'est le CMP, la démarche qualité concentre son action de même. Cela se traduira par un renforcement de la participation à la démarche qualité de l'extra hospitalier dans toutes ses composantes et territoires. Les priorités d'action seront identifiées et puisées dans les projets de pôles (politique de secteur).

3.2. Mettre en œuvre la coordination des risques associés aux soins et vigilances

Garantir la sécurité des personnes et la qualité des soins dispensés est l'objectif constant de l'Etablissement, en lien avec les politiques nationales et les préoccupations du public et des professionnels.

C'est pourquoi le management de la qualité constitue un des outils majeurs pour améliorer la sécurité des soins et des prestations délivrés aux patients. Si la discipline psychiatrique mobilise des vigilances sanitaires plus limitées qu'en MCO, il n'en demeure pas moins que les règles en matière d'hygiène hospitalière s'appliquent de façon rigoureuse, de même que la pharmacovigilance et la matério-vigilance.

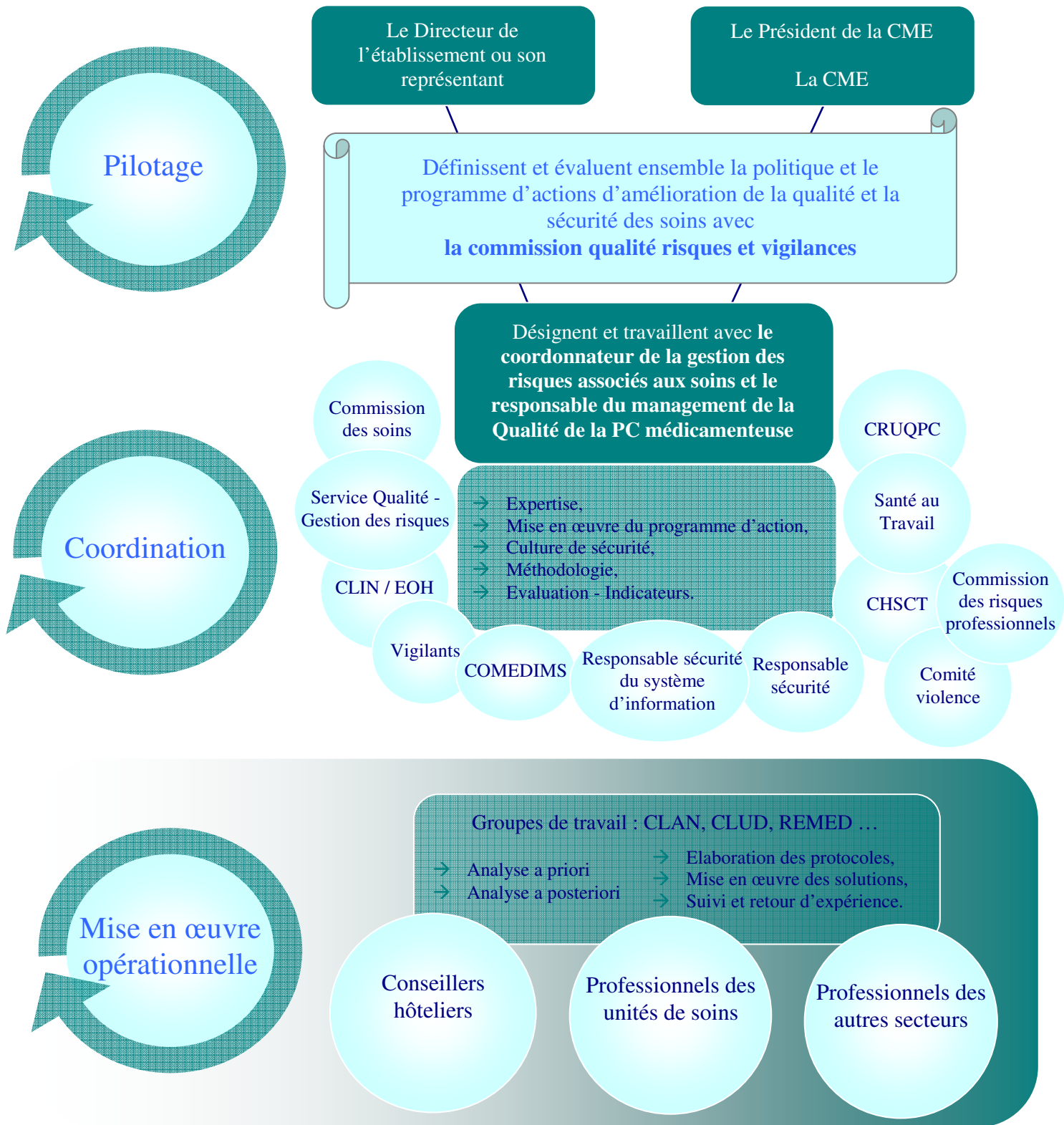
Depuis 1998, l'établissement a mis en place une politique qualité / risques.

Les vigilances sanitaires se sont organisées autour du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène, et les dispositifs de matério-vigilance et pharmacovigilance sont en place. Le CLIN est organisé, structuré et met en œuvre un programme annuel d'actions aidé par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, la COMEDIMS assure son rôle et il existe un comité SIDA, un comité de prévention du tabagisme, un CLAN et un CLUD actifs.

Les risques spécifiques à la prise en charge psychiatrique sont évalués a posteriori par l'analyse des évènements indésirables et a priori par la cartographie des risques.

3.2.1 Management de la gestion des risques

3.2.1.1 La coordination de la gestion des risques associés aux soins



(Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé). Il s'appuie, pour la mise en œuvre du programme d'actions comme pour ses autres missions, sur l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Il coopère avec des experts ou personnes ressources. Il veille à la mise en œuvre du programme d'actions défini par l'établissement et contribue au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité.

La gestion des risques, de la qualité et de la certification est pertinemment une des missions de la direction de l'offre de soins, usagers, qualité et risques. Elle se doit d'associer de façon transversale et pluridisciplinaire l'ensemble des experts et acteurs concernés. Le rôle de la commission qualité risques et vigilances s'étend au programme global de gestion du risque et à la coordination des différents acteurs en charge des risques spécifiques.

3.2.1.2 Le management du système qualité de la prise en charge médicamenteuse

(Arrêté RETEX du 6 avril 2011) est mis en place :

- Désignation d'un responsable du management du système qualité de la prise en charge médicamenteuse, afin de sécuriser le circuit du médicament en partenariat avec les prescripteurs, les pharmaciens et les soignants.
- Elaboration d'un manuel qualité spécifique à la prise en charge médicamenteuse.

3.2.2 Axes de travail

3.2.2.1 Promotion de la bientraitance

La **bientraitance**, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance. La bientraitance est à la fois démarche positive et mémoire du risque. C'est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente du soin, elle est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences. Elle s'enracine dans des questionnements éthiques qui habitent et traversent la pratique dans une recherche collective de sens. Elle s'inscrit dans le projet éthique qui est une tentative d'articuler le plus justement possible les situations les plus singulières avec les valeurs les plus partagées – valeurs de liberté, de justice, de solidarité, de respect de la dignité.

La **bienveillance** est plutôt définie comme la disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur de chacun. Agir avec bienveillance en vue de bien traiter la personne nécessite, de s'interroger sur la maltraitance dans les soins afin d'en identifier les formes et les moyens de la prévenir.

Les fondamentaux :

- une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité
- une manière d'être des professionnels au-delà une série d'actes
- une valorisation de l'expression des usagers
- un aller-retour permanent entre penser et agir
- une démarche continue d'adaptation à une situation donnée.

Cette politique de bientraitance est fondée sur :

- la promotion des droits des patients, notamment dans les cadres des soins sans consentement
- l'adaptation du chemin clinique à chaque pathologie mentale
- l'adaptation du contexte et les modalités de la prise en charge à chaque chemin clinique (architecture, organisation de l'accueil, délais de prise en charge...)
- l'adaptation des pratiques et de l'identification des contre-attitudes.

3.2.2.2 Prévention de la maltraitance

Si la notion de bientraitance est apparue plus tardivement dans le secteur sanitaire, elle est aujourd'hui incontournable : les professionnels de santé, les acteurs du secteur hospitalier ont à leur tour pris conscience des phénomènes de **maltraitance** « ordinaire » ou « passive ».

La définition de la maltraitance retenue par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987, à savoir une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le

développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». La maltraitance est détaillée sous ses différentes formes, comme :

- violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)... ;
- violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales... ;
- violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés... ;
- violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur... ;
- privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse... ;
- négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire ;
- négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.

La gestion des risques de maltraitance continue à faire l'objet de réflexion dans l'établissement. Une procédure de signalement est en place.

3.2.2.3 Prévention de la violence : vers une clinique de l'agir

Un comité violence issu du CHSCT suit particulièrement les actes de violence et émet des actions de soutien auprès des professionnels. Des dispositifs améliorant la sécurité des professionnels ont été mis en place. Une étude complémentaire sera réalisée annuellement sur les FEI violence et agressivité. Les préconisations et travaux de l'observatoire national des violences en milieu de santé sont suivis, et ils inspirent les actions entreprises en interne. Le comité violence s'attache à accompagner les équipes soignantes vers une étude des passages à l'acte.

La sécurité des biens et des personnes a fait l'objet d'une politique dans le cadre de la lutte contre la violence et la malveillance. Les risques environnementaux ont été pris en compte.

Les risques juridiques particuliers à la psychiatrie sont pris en compte (hospitalisation sous contrainte, protection des mineurs) par le biais de formation des professionnels, de procédures écrites et d'échanges réguliers avec les autorités judiciaires de police ainsi que les services sociaux.

3.2.2.4 La gestion de crise

Elle est structurée à travers le plan blanc, plan canicule et plan électro secours.

3.2.2.5 L'identitovigilance

Il s'agit d'un nouveau concept à développer en établissement de santé, se concrétisera particulièrement à l'EPSM par la vérification de l'identité des patients tout au long du parcours de soins (plus particulièrement lors de l'administration des médicaments, des examens de laboratoire et lors de l'ouverture des dossiers).

3.3. Organiser l'éducation thérapeutique du patient

Depuis une vingtaine d'années, l'EPSM Morbihan montre son intérêt pour une amélioration de la vie du patient et de son entourage et d'une prévention de la rechute. Il a donc choisi de mettre en place des ateliers d'ETP orientés pour les patients présentant des pathologies chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée. Inscrite dans la durée, elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. Elle constitue un élément indispensable dans la prise en charge d'une maladie chronique. De ce fait, cela nécessite la définition de bonnes pratiques. Elle se distingue des actions de soins ou d'accompagnement pour une meilleure compréhension de la maladie et de son traitement. Le principe fondamental reste la place de l'utilisateur et de sa famille dans la construction du programme.

L'Organisation Mondiale de la Santé énonce les principes fondateurs de cette activité. L'ETP y est définie comme un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, intégré au traitement et aux soins, dont le but est de lui permettre de mieux gérer sa maladie et de maintenir voire d'améliorer sa qualité de vie.

La Haute Autorité de Santé, au travers de différents guides, accompagne les équipes dans la formalisation de programmes d'ETP. Suite à la visite de certification V2010, deux recommandations sur l'ETP sont avancées pour être développée en santé mentale et pour l'unité de soins de longue durée.

Une autorisation de l'Agence Régionale de Santé est nécessaire pour valider les programmes. Elle repose sur un cahier des charges mis à disposition des établissements. Pour être autorisés, ces programmes sont mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin et respectent les compétences requises (formation) pour exercer cette activité.

Une offre d'ETP s'adapte en termes de moyens et de durée aux besoins d'éducation du patient. Elle comprend donc :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif pour identifier les besoins et attentes du patient et formuler avec lui les priorités d'apprentissage ;
- des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ;
- une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, et une coordination des professionnels impliqués dans la prise en charge de la maladie.

A l'EPSM Morbihan, plusieurs programmes ont été mis en place dans le but d'aider le patient à recouvrer une certaine autonomie en lui faisant prendre conscience de sa maladie.

Le but est de structurer l'offre hospitalière en ETP. Pour cela, le comité de coordination d'ETP s'engage à coordonner et mettre en cohérence les différents programmes thérapeutiques au sein de l'établissement en :

- apportant un support technique ;
- favorisant la formation des professionnels ;
- apportant des conseils méthodologiques pour le développement d'une démarche qualité en ETP ;
- définissant les modèles d'ETP les plus pertinents à l'EPSM et en précisant les modalités de mise en œuvre ;
- proposant une typologie des autres actions d'informations sur la qualité de vie, la maladie, et d'aide à l'observance du traitement ;
- favorisant la mutualisation des moyens (offre sectorielle et intersectorielle) ;
- favorisant la collaboration entre les équipes d'ETP et les équipes soignantes afin de faciliter la continuité des soins et l'intégration de l'ETP dans le parcours de soins ;
- développant les échanges en réseau sur le territoire de santé et avec d'autres établissements de santé mentale ;
- participant à la recherche ;
- favorisant la collaboration avec les médecins traitants libéraux.

3.4. Déployer l'évaluation interne et externe en médico-social

La loi impose que les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées

ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (art. L.312-8 du CASF). Les résultats de l'évaluation doivent être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

3.4.1 L'évaluation interne

C'est un acte de gouvernance et de management.

4 objectifs sont visés :

- affirmer, promouvoir et garantir les droits de bénéficiaires et de leur entourage ;
- élargir les missions et la diversification des interventions et de l'accompagnement ;
- améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif ;
- coordonner et organiser les relations entre décideurs, acteurs institutionnels et civils, les procédures de concertation et de partenariat.

Deux principes sont mis en œuvre lors de l'autoévaluation au regard d'un référentiel : la dimension participative (usagers et professionnels) et celle d'ouverture à un changement continu et aux progrès.

L'étude des recommandations de bonnes pratiques adaptées de l'ANESM et cette autoévaluation débouchent sur un plan d'amélioration.

L'EPSM Morbihan a initié en 2011 cette démarche pour les deux MAS de KERBLAYE et de COUDRAY, et le FAM KERHUEL sur la base du référentiel Périclés du CREAL, il reste à formaliser les plans d'amélioration.

Pour l'EHPAD Arc en Ciel, cette démarche est lancée fin 2012 avec le choix d'un référentiel adapté et la recherche de la méthodologie d'élaboration.

L'évaluation interne est réalisée tous les 5 ans, la 1ère avant le 1er janvier 2014.

3.4.2 L'évaluation externe

Elle se conclue par une visite d'évaluateurs externes.

Elle a pour objectif d'apprécier au sein des EMS la cohérence, la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact poursuivi afin de garantir la meilleure qualité de service, elle vise l'amélioration continue des pratiques.

Pour réaliser leur évaluation externe, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) doivent choisir des organismes habilités possédant des qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF.

L'évaluation externe est réalisée dans le respect du cahier des charges.

La personne physique ou morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service devra recevoir les résultats de l'évaluation externe sous la forme d'un rapport transmis par cet organisme habilité à l'issue de la visite.

Cette même personne le transmettra à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Trois évaluations externes doivent être menées durant le cycle d'autorisation de 15 ans, la 1ère avant le 1er janvier 2015.

Durant ce projet 2013-2017, chaque EMS s'engagera dans ces procédures.

4. Les principes et les méthodes privilégiées

4.1. Analyse des pratiques professionnelles

Dans le cadre du **développement professionnel continu**, les professionnels de santé s'inscriront dans une activité d'analyse des pratiques professionnelles en complément de leur programme de formation continu.

L'EPSM Morbihan s'est engagé depuis 2006 dans l'APP, il poursuivra le développement de ces méthodologies durant les années à venir, avec 3 objectifs principalement :

- affiner les approches méthodologiques ;
- évaluer les actions réalisées ;
- déterminer des indicateurs.

Les chefs de projet profiteront de la poursuite de l'accompagnement méthodologique des référents formés.

Les méthodologies peu développées seront particulièrement soutenues : RMM et Staff APP.

La politique APP établie en septembre 2011 fera l'objet d'une révision dans le manuel qualité.

L'établissement s'attachera à réaliser, en autres, une analyse des pratiques professionnelles sur les domaines suivants :

- Prise en charge en ambulatoire,
- Résolution de problèmes par pôles,
- Etude des chemins cliniques par problématique de santé (schizophrénie, état limite...)

4.2. Implication des usagers dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins : patient, entourage, représentants des usagers, correspondants externes

Fort de la deuxième expérience de la mise en place d'un groupe d'autoévaluation composé de représentants d'usagers et de professionnels, l'EPSM renforcera via d'autres projets, ou groupes de travail, leur participation.

Par le biais de la CRU et de ses missions, les usagers sont invités à participer à :

- La consultation éthique ;
- La recherche de collaboration et d'une meilleure implication des familles dans la prise en charge (mise en place d'un groupe de réflexion) en lien avec le PAQ ;
- L'information sur la pathologie et traitement, les soins ;
- Le renfort de connaissances professionnelles sur les droits des patients ;
- Le développement de la bientraitance.

Dans le cadre de pratiques partagées, la charte élaborée avec les mandataires judiciaires sera évaluée.

4.3. Renforcement de l'évaluation

L'évaluation est un exercice critique, positif, exigeant qui nécessite :

- d'accompagner et de structurer la volonté individuelle et des équipes de travailler sur les écarts de pratiques ;
- une dynamique de changement structurée autour des valeurs de l'institution et de ces missions et principes d'actions ;
- de se nourrir de comparatifs et d'expériences extérieures ;
- de se penser en termes de changement des pratiques et de réorganisation des moyens en place.

Ainsi, l'accent est mis sur la **cohérence globale des processus**.

L'accent est mis également sur la **continuité des suivis d'évaluation** (suivi APP, suivi FEI, suivi conventions).

5. Les déclinaisons

Les axes de travail retenus répondent aux 4 objectifs stratégiques transversaux définis :

- Renforcer la **démarche qualité** de l'extra hospitalier
- Mettre en œuvre la **coordination des risques associés aux soins et vigilances**
- Développer l'**éducation thérapeutique du patient**

- Développer l'évaluation interne et externe.

5.1. Le plan d'amélioration de la qualité 2013-2017

Ce nouveau plan d'amélioration de la qualité a pour objectif d'accentuer plus particulièrement la dynamique sur l'amélioration du parcours du patient, sur la prise en charge médicamenteuse et sur la coordination des risques. Il se décline à travers les neuf processus suivants qui pour certains se rattachent aux objectifs stratégiques :

5.1.1 Management

Développement et finalisation des démarches d'amélioration et d'évaluation au niveau des pôles (soins, techniques et administratifs).

Développement de la qualité du management des pôles (management médical, espaces collaboratifs, participation à l'élaboration des projets de pôle).

Travail en commun sur les indicateurs dans le cadre de la CHT avec l'EPSM de Caudan et du GCS.

L'évaluation de la politique d'achat.

5.1.2 Parcours du patient à l'EPSM

➤ Objectifs stratégiques concernés :

- Renforcer la démarche qualité de l'extra hospitalier
- Développer l'éducation thérapeutique du patient
- Mettre en œuvre la **coordination des risques associés aux soins et vigilances**

Amélioration de la **coordination** des soins extra-intra et avec les correspondants externes.

Amélioration de l'**accueil** en psychiatrie (APP analyse de processus).

Développement de la collaboration avec le CHBA pour la prise en charge d'addictologie.

Poursuite de la collaboration entre le pôle de pédopsychiatrie et les pôles de psychiatrie adulte.

Amélioration de l'identification des typologies de parcours de soins en lien avec la réflexion clinique.

Développement des soins ambulatoires.

Elaboration et formalisation d'un projet individualisé en équipe pluridisciplinaire.

Prise en charge médicamenteuse :

- Formaliser un livret d'antibiothérapie ;
- Améliorer la confidentialité lors de l'administration des médicaments ;
- Sécuriser l'accès à la clé de stockage des stupéfiants ;
- Formaliser et développer la politique de prescription des médicaments ;
- Améliorer la pratique de validation des prises de médicaments ;
- Sécuriser la préparation et l'administration des médicaments ;
- Améliorer la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée.

Remise du projet de soins individualisé aux familles en pédopsychiatrie.

ETP : développement, formation, formalisation des programmes, autorisation ARS, Recommandation V2010.

Mise en œuvre de la nouvelle politique hôtelière V3.

CLAN : qualité des repas, présentation des plats, prise en compte des aversions des patients.

CLUD : évaluation de la douleur et traçabilité (sensibilisation des soignants), prise en compte de la douleur physique, intégration de nouvelles pratiques antalgiques, traçabilité de l'administration d'antalgiques.

Droit des patients :

- Promotion de la bientraitance ;
- Mise en place d'une maison des usagers ;
- Réflexion sur l'intégration des attentes des usagers aux projets de pôles ;
- Développement de l'information médicale concernant les pathologies et aux risques liés aux traitements ;
- Evaluation du respect de la confidentialité ;
- Prise en charge des SDRE – SDT ;

- Evaluation de l'impact des prescriptions de restriction des libertés sur l'organisation des cliniques d'admissions (liberté d'aller et venir).

Accessibilité des locaux : Aménagements à effectuer suite à l'audit réalisé en 2011.

5.1.3 Parcours du résident en EHPAD - USLD - UHR

- Objectifs stratégiques concernés :
 - Développer l'évaluation interne et externe.
 - Mettre en œuvre la coordination des risques associés aux soins et vigilances

Amélioration de la traçabilité dans le dossier (réflexion bénéfiques / risques des restrictions de liberté et recherche de consentement).

Engagement d'un travail dans le cadre de la plateforme gérontologique en particulier sur la gestion des listes d'attente.

ETP recommandations V2010.

Développement des démarches d'amélioration et d'évaluations spécifiques à la résidence en lien avec le projet d'établissement.

Développement du concept de bientraitance.

Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée :

- Améliorer la préparation et l'administration des solutions buvables ;
- Développer l'utilisation de la liste de Beers en collaboration avec la géronto-psychiatrie.

Réalisation de l'évaluation interne, suivi du plan d'action et préparation à l'évaluation externe.

Précision sur les relations entre la résidence et l'EPSM :

- Protocole précisant les conditions d'admission des patients de l'EPSM, l'intervention des psychiatres
- Renforcement de l'ouverture de l'UHR au territoire.

5.1.4 Parcours du résident en médico-social

- Objectifs stratégiques concernés :
 - Développer l'évaluation interne et externe.
 - Mettre en œuvre la coordination des risques associés aux soins et vigilances

Suivi de l'évaluation interne et du plan d'amélioration (MAS Kerblay et Coudray, et FAM Kerhuel) et préparation de l'évaluation externe. En prévision pour le FAM de Guérignan.

Formalisation des projets d'accompagnement personnalisé des résidents.

Développement de la pluridisciplinarité dans les équipes.

Optimisation de l'organisation des soins au regard de besoins des personnes accueillies.

Amélioration de l'architecture du FAM Kehuel pour des petites unités de vie.

Développement du concept de bientraitance (avec élaboration d'une charte).

Développement des démarches d'amélioration et d'évaluations spécifiques aux résidences médico-sociales en lien avec le projet d'établissement.

5.1.5 Qualité risques vigilances

- Objectifs stratégiques concernés :
 - Développer l'évaluation interne et externe
 - Mettre en œuvre la coordination des risques associés aux soins et vigilances
 - Renforcer la démarche qualité de l'extra hospitalier
 - Développer l'éducation thérapeutique du patient

Identitovigilance : vérification de l'identité du patient tout au long du parcours de soins, formation des professionnels de santé (recommandation V2010).

Analyse des Pratiques Professionnelles :

- Amélioration de la communication du suivi, mesure de l'impact ;
- Validation des APP médicales et paramédicales dans le cadre du DPC.

Prévention des risques professionnels : actualisation du document unique et élaboration des fiches de données de sécurité des produits.

Sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et amélioration de la déclaration et développement des analyses de causes.

Cartographie des risques : suivi annuel du plan de réduction des risques.

Développement de l'évaluation.

Sécurisation du circuit d'eau potable (2013 en cours : en intra et l'Ancre).

Audit de pratiques / prévention des infections nosocomiales : précautions standard et tri des déchets.

5.1.6 Ressources humaines

Objectifs en lien avec projet social :

Construire un parcours professionnel pour les nouveaux professionnels et en cours de carrière notamment en facilitant l'acquisition d'un portefeuille de compétences.

Développer la pluridisciplinarité IDE AS AMP métiers socio éducatifs et métiers émergents dans les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

Valoriser les expériences dans les unités les moins attractives (management, qualité de vie au travail, et parcours professionnels).

Accompagner le management de proximité (groupe management).

Démarche commune de GPMC à 3 établissements de santé mentale (CHGR, EPSM Charcot, EPSM Morbihan) de façon coordonnée et synergique (échanges de pratiques, mise en commun de référentiels et harmonisation des outils).

Réorganisation de la DRH pour améliorer la qualité de la prestation RH auprès des professionnels, et l'efficience.

Déploiement du DPC médical et non d médical.

Projet CHT avec EPSM Caudan : en favorisant la synergie entre les 2 établissements en particulier dans le domaine des formations communes et journées thématiques; en développant les stages de comparaison notamment sur les outils de médiation et les prise en charges particulières.

Qualité de vie au travail, prévention des risques professionnels

Suivi des actions et indicateurs fixés dans le plan de prévention des risques psychosociaux et PAPRIPACT.

Comité violence : Suivi de la formation « Préservation de l'intégrité physique des patients et du personnel » ; Suivi de la formation « Contention : un soin » ; Installation et suivi des DATI ; Analyse, suivi et plan d'actions des FEI violence et agressivité ; Elaboration et adaptation des fiches réflexe ONVS.

S'appuyer sur l'expertise ergonomiste pour améliorer les conditions de travail des professionnels (résidence Arc en Ciel notamment).

Développement des actions de service proposées au personnel (garde d'enfant, services).

5.1.7 Dossier patient

Développement des audits à tous les modes de prise en charge (en 2013 en pédopsychiatrie et en 2014 en HJ).

Amélioration de la traçabilité des observations et transmissions ciblées.

Amélioration des indicateurs IPAQSS.

Amélioration de l'accès du patient à son dossier (recommandation V2010).

Réflexion de la disponibilité du DPI à long terme en lien avec le DMP (DMP compatible).

Evaluation du dossier patient papier.

Elaboration d'un guide EPSM sur le RIM P en lien avec le guide national.

Développement de l'accessibilité et de l'utilisation des ordinateurs portables dans les unités de soins pour une amélioration de la traçabilité des transmissions et de la validation de l'administration des médicaments.

Développement du scan des documents à ajouter au DPI.

5.1.8 Développement durable

Suivi du plan d'action.

Développer les modes doux de circulation.

Tri des déchets.

5.1.9 Logistique

Amélioration de la prestation au restaurant du personnel.
Amélioration de la signalétique intérieure au bâtiment administratif.
Optimisation du parc automobile (rotation du parc).

5.2. Les outils

Le service qualité développe différents outils indispensables au système qualité. En soutien des processus, un renforcement des utilisations suivantes est nécessaire sur :

- l'évaluation
- les indicateurs qualité
- la cartographie des risques.

5.2.1 Evaluation

Développement de l'évaluation en particulier du management de la qualité et de la gestion des risques, et en développant l'utilisation du produit « Scan'X ».

Afin de répondre au critère de la certification V2010, portant sur la gestion des événements indésirables, un tableau de bord de suivi de l'efficacité des actions correctives des Fiches d'Evènements Indésirables est mis en place. L'évaluation de ce tableau de bord sera réalisée semestriellement.

Le service qualité inscrit dans ces processus et dans ses calendriers l'évaluation permanente de ses propres actions afin d'améliorer lui-même de manière continue ses pratiques. Il identifie et met en place les indicateurs qui permettent cette évaluation.

5.2.2 indicateurs qualité

Le projet qualité 2008-2012 a permis le développement puis le suivi des indicateurs qualité afin de soutenir le pilotage du projet et la gestion des risques de l'établissement.

L'engagement s'inscrit dans le suivi des indicateurs actuels et dans l'extension d'indicateurs qualité / risques spécifiques à chaque pôle.

5.2.3 cartographie globale des risques

L'évaluation régulière et le suivi des actions seront poursuivis.

CONCLUSION

L'établissement s'est engagé dans une démarche qualité afin de garantir ainsi la qualité et l'efficacité de la prise en charge globale des patients qu'il accueille et en vue de sa certification.

Cette démarche repose sur l'application d'une politique d'analyse de nos pratiques professionnelles, des modalités de l'organisation des soins que nous dispensons et de toute action concourant à réduire les accidents, incidents ou infections liés aux soins, susceptibles d'entraîner un risque pour la santé du patient.

Afin de satisfaire au mieux les besoins, les attentes et les exigences du patient, nous nous impliquons plus particulièrement dans certains domaines comme : l'accueil, la gestion des risques, la promotion de la bientraitance, le droit et l'information, le dossier du patient, les parcours des soins, la démarche qualité au sein des pôles et territoriale, l'éducation thérapeutique du patient, l'évaluation interne et externe ainsi que la qualité de vie au travail.