

PROJET QUALITE – GESTION DES RISQUES

2024-2028

Sommaire

AXE 1 : Faire évoluer le système de management de la qualité et gestion des risques

Objectif 1.1 : Définir et déployer une politique qualité et gestion des risques	P. 4
Objectif 1.2 : Favoriser l'appropriation de la culture qualité et gestion des risques	P. 5
Objectif 1.3 : Consolider le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)	P. 6
Objectif 1.4 : Elaborer un plan de communication qualité et gestion des risques	P. 7
Objectif 1.5 : Mettre en œuvre une politique institutionnelle de développement durable	P. 8
Objectif 1.6 : Mettre en œuvre une politique de qualité de vie et des conditions de travail	P. 9

AXE 2 : Améliorer le système d'analyse des risques

Objectif 2.1 : Mettre à jour et optimiser l'outil relatif à la cartographie des risques a priori	P. 10
Objectif 2.2 : Former les professionnels pour développer les analyses de causes	P. 11
Objectif 2.3 : Maîtriser la gestion des tensions hospitalières et anticiper les situations de crise exceptionnelle	P. 12
Objectif 2.4 : Maîtriser les risques numériques	P. 13
Objectif 2.5 : Maîtriser le circuit du médicament	P. 14
Objectif 2.6 : Maîtriser la prise en charge des urgences vitales	P. 15

AXE 3 : Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.1 : Assurer l'information et l'application du patient/résident	P. 16
Objectif 3.2 : Garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient/résident	P. 17
Objectif 3.3 : Garantir la liberté d'aller et venir des patients prise en charge	P. 18
Objectif 3.4 : Favoriser l'association des proches et des aidants	P. 19
Objectif 3.5 : Prévenir et soulager le douleur physique	P. 20
Objectif 3.6 : Prévenir le risque suicidaire	P. 21
Objectif 3.7 : Prévenir les situations de violence et déployer les plans de prévention partagée	P. 22
Objectif 3.8 : Promouvoir et soutenir le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	P. 23

AXE 4 : Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques

Objectif 4.1 : Développer les évaluations de pertinence des prises en charge des patients/résidents	P. 24
Objectif 4.2 : Mettre en application les méthodologies d'évaluation de la HAS	P. 25
Objectif 4.3 : Déployer et suivre des indicateurs de pratique clinique	P. 26

Glossaire	P. 27
-----------	-------

L'EPSM Morbihan se doit d'instaurer une organisation solide en matière de management de la qualité et de gestion des risques, afin d'assurer un cadre de soins efficace et sécurisé pour les patients et résidents pris en charge. Au cœur de cette structure, le management de la qualité est défini à travers un comité de pilotage qualité risques évaluation (COPIIL QRE), co-présidé par le Directeur et la Présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME) de l'EPSM. Cette approche stratégique garantit une gouvernance partagée et une implication des différentes parties prenantes dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

La mise en œuvre de la politique qualité se concrétise par l'activité d'un comité Qualité Risques Evaluation (comité QRE), pilotée par la Direction qualité. Cette direction bénéficie de l'appui du Directeur des soins relations usagers et du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, ainsi que de correspondants qualité, représentant un corpus de professionnels des pôles et unités de l'établissement. Les missions de ces correspondants sont variées et essentielles ; elles englobent la sensibilisation, la formation et l'implémentation des démarches d'évaluation au sein des structures.

Un rôle primordial est également attribué aux représentants des usagers, qui participent au suivi de la qualité des soins et sont régulièrement informés des actions menées et des résultats obtenus. Leur contribution garantit que la voix des patients, des résidents, des familles et proches-aidants soit entendue et intégrée dans le processus d'amélioration continue, renforçant ainsi la transparence et la pertinence des pratiques.

L'appropriation d'une culture de qualité et de sécurité des soins est indispensable et doit impliquer l'ensemble des professionnels. À ce titre, la Commission Médicale d'Établissement, la Commission des Soins et leurs sous-commissions respectives et/ou comités jouent un rôle clé en veillant à ce que les principes de qualité soient intégrés dans les pratiques quotidiennes et soutenus par des échanges constructifs et des retours d'expérience.

Dans cette démarche, le management de la qualité et la gestion des risques ne se présente pas seulement comme une obligation réglementaire, mais comme un levier pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients/résidents, renforçant ainsi la confiance des usagers dans les prises en charge au sein de l'EPSM Morbihan.

Le projet qualité, intégré au projet d'établissement 2024-2028 de l'EPSM repose ainsi sur une organisation se déclinant en quatre axes de travail et 23 objectifs issus des recommandations de la HAS, de textes réglementaires et d'un large travail collectif interne à l'établissement en lien avec les acteurs précités.

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.1 – Définir et déployer une politique qualité et gestion des risques

Constats :

La politique qualité gestion des risques s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement et prend en compte le système de management qualité gestion des risques du Groupement Hospitalier de Territoire.

Elle prévoit un dispositif permettant de s'assurer que cette politique est diffusée, accessible et connue de l'ensemble des professionnels.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Formaliser la politique qualité gestion des risques 2024/2028
- Diffuser la politique qualité gestion des risques 2024/2028 selon les modalités de communication de l'EPSM
- Présenter la politique qualité gestion des risques 2024/2028 aux professionnels par l'intermédiaire des instances

Responsables : Directeur, Président de la CME, co-pilotes du processus Management, Stratégie, Gouvernance.

Indicateur(s) de suivi : Politique diffusée et affichée au sein des unités.

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.2 – Favoriser l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« L'établissement a défini ses orientations stratégiques et notamment en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Leur déclinaison en objectifs stratégiques pouvant faire l'objet d'un plan d'actions est suivie dans le cadre de revues annuelles. Ces objectifs sont fondés sur un principe général de management par la qualité et la sécurité des soins. Il en va de même pour la définition collective de valeurs portées par l'EPSM. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité (PAQSS) est assurée notamment dans le cadre de temps de réunion et d'échange. Des correspondants qualité polaires ont été identifiés. »

« Le site Intranet de l'établissement, intégrant la gestion documentaire, est un outil de communication important et connu des professionnels. Le PAQSS est à disposition des professionnels dans cette gestion documentaire et connu. Il est présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement qui peuvent ainsi apporter leur avis sur les actions proposées »

L'EPSM s'engage à ce que la culture de la sécurité des soins soit portée par tous les professionnels.

Il s'appuie notamment sur le pool des correspondants qualité, constitué d'une cinquantaine de personnes, qui assure des missions d'évaluations, d'analyses de pratiques, de formalisation de protocoles...

La CME devra porter les messages et les actions qualité, soit comme pilote soit comme participante aux démarches d'évaluation et de gestion des risques. Elle devra devenir une partie prenante active.

Le PAQSS restera l'outil privilégié de pilotage des actions.

Le partage d'expérience des représentants d'usagers sera de plus en plus favorisé.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Prévoir un point qualité systématique à toutes réunions de la CME et au sein de la CSIRMT
- Intégrer davantage de médecins psychiatres au pool de correspondants qualité
- Réaliser une évaluation annuelle de la culture de la qualité et sécurité des soins

Responsables : Directeur qualité, Direction des soins, Président de CME.

Indicateur(s) de suivi : résultats d'enquête sur la culture sécurité ; nombre de psychiatres correspondants qualité ; suivi du PAQSS

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.3 – Consolider le Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS)

Constats :

Les évaluations et analyses de risques réalisées ne se traduisent pas toujours par l'identification d'objectifs d'amélioration mesurables ni par un plan d'action d'amélioration formalisé, qui puissent être intégrés aux PAQSS de l'établissement.

Le dispositif d'évaluation périodique (revue de processus) n'a pas été réalisé depuis 2021/2022.

Les actions d'améliorations mises en œuvre pour l'ensemble des thématiques ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les professionnels ne sont pas tous informés des actions menées.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Intégrer dans un PAQSS global les plans d'actions issus des différentes sources d'alimentation disponibles : évaluations, FEI, analyses de causes, cartographie des risques ...
- Assurer un suivi régulier du PAQSS par la mise en place de revues de processus annuelles couvrant l'ensemble des thématiques et processus
- Mettre en place des mesures d'impact et définir des indicateurs de mesure de résultats
- Communiquer régulièrement auprès des professionnels concernés les actions suivies dans le PAQSS

Responsables : Direction qualité, pilotes de processus

Indicateur(s) de suivi : nombre de revues de processus par an, nombre d'actions dans le PAQSS ; taux d'actions réalisées

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.4 – Elaborer un plan de communication Qualité et Gestion des Risques

Constats :

La communication interne nécessite d'être optimisée par l'identification de moyens de communication ludiques et/ou innovants, tout en s'appuyant sur les outils de communication existant dans l'établissement, dans l'objectif de diffuser l'information à un maximum de professionnels.

La page qualité de l'intranet est actuellement très peu consultée des professionnels et ne constitue par un vecteur de communication efficace.

Plan d'amélioration :

Actions :

- **Communication interne :**
 - S'appuyer sur les outils de communication existant pour assurer la diffusion de l'information relative à la Qualité gestion des risques
 - Reconsidérer le système d'information Qualité gestion des risques et l'articulation entre intranet / logiciel de gestion documentaire (uniquement dédié aux documents Qualité)
 - Reprendre l'organisation de journées Qualité à fréquence annuelle
 - Concevoir et diffuser à fréquence régulière une lettre d'information exclusivement dédiée aux sujets Qualité et gestion des risques
 - Développer des moyens permettant de favoriser les retours d'expérience de bonnes pratiques entre les pôles / services - identifier des espaces temps pour communiquer sur les bonnes pratiques au sein des pôles
- **Développer le travail en réseau :**
 - Poursuivre la collaboration avec les structures d'appui et réseau de qualitiens
 - Partager les outils avec les équipes qualité des établissements du GHT et de la région
 - Participer à des congrès ou colloques permettant de diffuser les retours d'expériences de bonnes pratiques

Responsables : Direction qualité, service communication

Indicateur(s) de suivi : nombre de lettre qualité par an ; nombre d'événementiels qualité ; taux de satisfaction des outils de communication qualité

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.5 - Mettre en œuvre une politique institutionnelle de développement durable

Constats :

Le diagnostic des consommations (eau, énergie) de l'EPSM a besoin d'être mis à jour. La démarche développement durable s'appuie sur un référent Développement Durable, un CODIR modérateur ainsi qu'un COPIL. La politique Développement Durable a été partagée avec les acteurs du territoire ainsi que le comité territorial du GHBA. L'EPSM dispose d'une filière déchets, d'une politique Développement Durable Risques et sécurité Environnementale ainsi qu'un plan d'actions.

Des actions de sensibilisation sont réalisées plusieurs fois par an.

Plan d'amélioration :

Actions :

- **Environnement : énergie positive Consommation négative, maîtriser nos activités**
 - Réduire les consommations d'énergie
 - Maîtriser l'ensemble des pollutions liées à l'activité de l'EPSM pour 2035
 - S'engager dans l'écoconception des soins
 - Réaliser une neutralité carbone à 2050
- **Social : organiser la gouvernance du développement durable au service de l'attractivité professionnelle**
 - Mettre en œuvre un CODIR modérateur
 - Vérifier la cohérence de l'activité avec les objectifs de DD
 - Poursuivre l'activité le COPIL QVCT ainsi que le groupe égalité pro en action
- **Sociétal : limiter et optimiser les déplacements, inciter aux transports alternatifs**
 - Mise en œuvre d'un plan de mobilité pour validation en 2025
- **Economique : l'ISO 20400 au service de nos acheteurs**
 - Imposer l'ISO 20400 dans les critères de choix à échéances des prochains marchés (2024-2028)
- **Transverse : intégrer l'écologie responsabilité comme objectif stratégique**
 - Intégrer les filières biologiques et locales dans les échanges avec le SILGOM
 - Continuer à développer les partenariats et les réseaux avec les parties prenantes.

Responsables : pilote du Développement Durable, CODIR modérateur, pilotes du processus logistique

Indicateur(s) de suivi : consommation par type de bâtiment (ERT/ERP) par an, cartographie des réseaux, commande de consommables à usage unique, nombre d'actions DD validées, diminution de l'absentéisme, des accidents de travail, troubles musculo-squelettiques, résultats des enquêtes, pourcentage des contractuels, nombre de signalement, nombre de participants aux journées égalité professionnelle, nombre d'agents percevant la prime de mobilité, statistique de covoiturage, pourcentage de bio dans l'alimentation, pourcentage de fournisseurs locaux.

AXE N°1

Faire évoluer le système de Management Qualité et Gestion des Risques

Objectif 1.6 – Mettre en œuvre une politique de qualité de vie et des conditions de travail

Constats :

Depuis 2021, la DRH de l'établissement poursuit une démarche d'amélioration de la QVCT pour chaque pôle, basée sur le déploiement d'Espaces de Discussion sur le travail et de questionnaires, animés par des membres du groupe de travail pluri-professionnel.

Le baromètre social est diffusé annuellement à compter de novembre 2024 permettant de mesurer l'évolution des indicateurs et l'avis des professionnels sur leurs conditions de travail.

Une démarche d'amélioration de la QVCT spécifique pour les cadres a été initiée en 2023. Cela a permis d'identifier des besoins en formations spécifiques portant notamment sur l'animation de réunions et la conduite de projet. Une démarche de co-développement est également initiée en 2025.

Le recrutement d'un psychologue du travail a été réalisé en 2022. Il assure trois missions principales : la prévention et régulation de conflits d'équipe, le soutien individuel aux professionnels, et la mise en œuvre du plan de prévention des risques psychosociaux dont une action phare est le déploiement des démarches de concertation et de co-construction des projets d'unités.

Le déploiement des entretiens annuels pour chacun des professionnels est achevé depuis 2022, avec notamment la révision du calendrier de recueil des besoins en formation qui permet de valider le plan de formation de manière anticipée (année N – 3 mois). Ceci permet de proposer un plan de formation émanant des demandes des agents, et des évaluations de compétences individuelles et collectives tout en facilitant la planification des formations et donc leur mise en œuvre.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Poursuivre une démarche d'amélioration de la QVCT pour chaque pôle, basée sur le déploiement d'Espaces de Discussion sur le travail
- Diffuser annuellement le baromètre social
- Initier un groupe de co-développement

Responsable : Directrice des ressources humaines (pilote du processus Gestion des Ressources Humaines et Qualité de Vie au Travail)

Indicateur(s) de suivi : baromètre social, taux d'absentéisme, nombre de candidature et le taux de turn-over indicateurs d'attractivité de l'établissement, taux d'accidents du travail et maladies professionnelles.

AXE N°2

Améliorer le système d'analyse des risques

Objectif 2.1 – Mettre à jour et optimiser l'outil relatif à la cartographie des risques a priori

Constats :

Depuis 2011, l'établissement a effectué un recueil très exhaustif des risques. La cartographie des risques à priori a été remise à jour en 2015 et en 2021 sur l'ensemble des processus.

Cette cartographie des risques nécessite d'être actualisée au regard des évolutions mises en place depuis 2021 et la dernière visite de certification de la HAS.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Mettre à jour la cartographie des risques à priori pour l'ensemble des processus
- Développer une cartographie des risques sur BlueMedi afin de favoriser l'appropriation par les pilotes de processus

Responsable : Direction qualité, pilotes de processus Management de la Qualité et des risques

Indicateur(s) de suivi : cartographie des risques à jour et diffusée

AXE N°2

Redéfinir le système d'analyse des risques

Objectif 2.2 – Former des professionnels pour développer les analyses des causes

Constats :

Rapport de certification de septembre 2022

« L'EPSM Morbihan a mesuré les enjeux liés à la sécurité des soins, a identifié les risques liés à ses pratiques et veille à mettre en place tout ce qui peut les éviter ou les réduire (...). Les équipes de soins fondent essentiellement l'évaluation de leurs pratiques sur le signalement des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les EIAS sont déclarés et partagés mais seulement un tiers des équipes de soins rencontrées dans le cadre des parcours traceurs réalisent une analyse collective de ces événements selon une méthode d'analyse des causes (ALARM) permettant de définir un plan d'actions d'amélioration ».

Suite à cela la FEI a été retravaillée avec les professionnels de santé et une nouvelle fiche de signalement a été déployée le 1^{er} janvier 2023, permettant notamment un meilleur suivi des réponses aux FEI. Le circuit de gestion des FEI a été modifié avec la création, début 2023, de la cellule de cotation des EI, qui se réunit deux fois par mois. Son fonctionnement est défini dans son règlement intérieur. Les procédures de gestion des EI et des EIG ont été revues en 2023.

En mai 2023, le directeur de l'EPSM, la Présidente de la CME et le directeur des soins se sont engagés dans la culture du signalement et ont signé une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables.

Toutefois, afin de déployer sur l'ensemble des services la réalisation des analyses de causes, un programme de formation spécifique doit être engagé afin de développer l'expertise des professionnels dans ce domaine.

L'établissement s'appuiera sur des compétences externes et internes afin d'assurer la formation des professionnels identifiés.

Plusieurs sessions ont été organisées en 2024 et seront reconduites chaque année.

Les plans d'actions issus des analyses de causes et des comités de retour d'expérience devront être suivis.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Former les professionnels identifiés aux méthodologies d'analyses des causes, selon un programme pluri annuel de formation, intégré au plan de formation institutionnel
- Formaliser les outils relatifs à la réalisation des analyses de causes

Responsables : Responsable de la formation continue, Ingénieur qualité et gestion des risques

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnes formées ; nombre d'analyses de causes / an et par pôle ; nombre d'actions correctives menées suite aux CREX

AXE N°2

Redéfinir le système d'analyse des risques

Objectif 2.3 – Maîtriser la gestion des tensions hospitalières et anticiper les situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Constats :

L'EPSM a anticipé les risques et menaces auxquels il est confronté en identifiant toutes les situations pouvant générer des tensions.

Il a mis en place une réponse stratégique et opérationnelle pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc et les plans bleus, en conformité avec le plan ORSAN, intègrent le plan blanc numérique. La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte dispose des outils et procédures adaptés.

La direction organise des exercices annuels afin de permettre l'appropriation du plan blanc par les professionnels.

Il reste toutefois à intégrer la gestion de crise au plan de formation institutionnel.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Constituer un groupe de travail SSE dont les référents SSE de l'établissement
- Tenir à jour le Plan Général de tension hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE)-plan blanc et les plans bleus intégrer les volets du plan ORSAN et le plan blanc numérique
- Continuer à former des référents SSE pour les sites avec sommeil en extra hospitalier et pour chaque Pôle en intra hospitalier
- Organiser des campagnes d'information/formations du personnel concernant les SSE et le fonctionnement du plan blanc.
- Organiser un exercice de gestion de crise pour les sites suivants :
 - Unités d'hospitalisation
 - La résidence Arc En Ciel
 - Les 2 FAM
 - Les 2 MAS

Responsable : Direction de la Logistique et des Travaux, référents SSE

Indicateur(s) de suivi : Nombre de formations et de campagnes d'informations réalisées, nombre d'exercice réalisés.

AXE N°2

Redéfinir le système d'analyse des risques

Objectif 2.4 – Maîtriser les risques de sécurité numérique

Constats :

La gouvernance de la Sécurité des Systèmes d'Information et de la protection des données est réalisée à l'échelle du groupement :

- Un Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI) et un Délégué à la Protection des données (DPO) sont nommés
- Des COmités de PILotage de la sécurité et de la protection des données sont organisés au moins 2 fois par an, dont l'EPSM est acteur (représentants de l'EPSM Morbihan : Directeur, médecin...).
- Un Plan d'Actions Sécurité est élaboré en prenant en compte :
 - o Les exigences des référentiels (instruction 309, MaturinH, guide d'hygiène de l'ANSSI)
 - o Les incidents de sécurité

Les documents de politique sont formalisés : Politique de Sécurité des Systèmes d'Information ; Charte de Bon usage des ressources numériques ; Charte télétravail ; Charte prestataires et fournisseurs.

L'établissement met en place des mesures de protection : accès distants en double authentification ; Mots de passe robuste ; Filtrage réseau ; Accès au système d'information à l'aide d'une carte CPS en double authentification.

Des actions de sensibilisation sont réalisées régulièrement pour inculquer les bonnes pratiques et faire connaître la conduite à tenir en cas d'incident.

L'établissement se prépare en réalisant des exercices de gestion de crise cyber. Un contrat avec un Prestataire de Réponse à Incident de Sécurité (PRIS) est formalisé.

Plan d'amélioration :

Actions :

Le plan d'amélioration vise à répondre aux exigences de sécurité formalisées dans les référentiels dont les mesures se recoupent notamment MaturinH et HAS.

- **Évaluation des Risques**
 - Compléter et maintenir à jour la cartographie des applications et des flux.
 - Compléter et maintenir à jour l'inventaire des équipements.
 - Réaliser une analyse des risques des applications critiques.
 - Actualiser la politique de Sécurité des SI pour prendre en compte de nouveaux objectifs de sécurité.
- **Renforcement de la Sécurité des Données**
 - Elaborer la politique d'accès aux données sensibles et contrôler le respect des règles définies.
 - Chiffrer les postes de travail en mobilité.
 - Mettre en œuvre des dispositifs permettant des échanges de données sécurisés.
 - Contrôler la bonne exécution des sauvegardes et réaliser des tests réguliers.
- **Évaluation du niveau de sécurité**
 - Poursuivre les audits externes, internes (programme CaRE)
 - Mettre en œuvre les mesures correctives.
 - Partager ces audits avec la direction de l'établissement.
 - Faire des tests techniques de continuité.
- **Préparation de l'établissement en cas d'incident**
 - Elaborer le plan blanc numérique
 - Actualiser le Plan de Continuité et de Reprise d'Activités (PCRA).
 - Réaliser des exercices de gestion de crise cyber en impliquant les métiers.
- **Sensibilisation et Formation**
 - Inscrire des sessions régulières de formation sur la cybersécurité et la protection des données pour tout le personnel au plan de formation institutionnel.
 - Développer la culture de la sécurité (promouvoir une culture de sécurité où le personnel est proactif dans la détection et le signalement des anomalies).
 - Identifier un ou des référents sécurité en relai du RSSI (fiche de poste, formation).

Responsable : RSSI, DPO, COPIL Protection des données et sécurité du SI

Indicateur(s) de suivi : Cartographie réalisée ; Inventaire ; Analyse des risques sur le DPI ; Nombre d'agents ayant bénéficié d'une formation/sensibilisation (par catégorie professionnelle) ; Atteinte des objectifs CaRE ; nombre d'exercice de gestion de crise cyber.

AXE N°2

Redéfinir le système d'analyse des risques

Objectif 2.5 – Maitriser le circuit du médicament

Constats :

Extrait rapport certification 2022 :

« Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation et d'administration des médicaments sont respectées et les équipes sont attentives à l'utilisation des médicaments à risque (liste des médicaments à disposition, modalités de stockage, actions de sensibilisation des professionnels). Cependant, l'identification du médicament à risque s'arrête pour le moment à une identification sur le pilulier et pas sur le médicament lui-même. Ce point d'amélioration a été identifié par l'établissement qui s'est doté d'une nouvelle reconditionneuse permettant cette identification. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée et l'EPSM a identifié les profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux (patients de plus de 65 ans et conciliation inter établissements depuis 2019 pour les entrants du CHBA et les transferts entre l'EPSM et le CHBA) et cette conciliation est mise en œuvre pour ces patients. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. Une armoire d'urgence automatisée accessible aux cadres permet la dotation pour besoins urgents »
Au titre de la conciliation médicamenteuse, l'EPSM et le CHBA bénéficie d'un temps de pharmacien partagé entre les deux structures (traçabilité des traitements de sorties...)

Plan d'amélioration :

Actions :

- Mettre en œuvre l'automatisation et la centralisation de la PDA au sein de la PUI
- Renforcer la conciliation médicamenteuse
- Poursuivre en systématique un point management de la prise en charge médicamenteuse en CME
- Mettre en place la traçabilité des transports de produits de santé de la PUI vers les unités de soins
- Programmer des formations sur les médicaments à haut risques : Escape Game never events

Responsables : pilotes du processus Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Indicateur(s) de suivi :

- Nombre de lits bénéficiant de la PDAA
- Nombre de conciliations médicamenteuses réalisées
- Nombre d'erreurs médicamenteuses interceptées
- Points abordés en CME
- Nombre d'erreurs de livraison
- Nombre de participants à la formation sur les médicaments à haut risque

AXE N°2

Redéfinir le système d'analyse des risques

Objectif 2.6 – Maîtriser la prise en charge des urgences vitales

Constats :

Extrait rapport certification 2022 :

« En termes de prise en charge des urgences vitales, les professionnels de soins sont formés. Un matériel d'urgence est à disposition des professionnels. Il est contrôlé à échéance régulière et scellé afin de garantir à tout utilisateur la conformité de son contenu et de son intégrité en cas de situation urgente. L'EPSM a défini un calendrier de mise en œuvre d'exercices de mise en situation pour les unités de soins. La procédure et l'affichage du numéro d'appel unique et direct vers un médecin compétent en cas d'urgence vitale sont en place ».

L'affiche avec le numéro d'appel unique a été remise à jour en 2023 et est diffusée dans l'ensemble des unités de l'EPSM.

Les professionnels de santé savent détecter les symptômes et engager les premiers gestes d'urgence, à l'aide des sacs d'urgence et défibrillateurs (DSA) accessibles dans les unités.

Il existe des auto-contrôles des DSA dans les unités de soins.

Toutefois, le contrôle du fonctionnement des DSA (27), des consommables associés, l'identification sur sites (médico-social, structures intra, extra-hospitalières, pédopsychiatrie) et la plateforme nationale, reste à sécuriser (approche biomédicale).

Une réflexion doit être menée quant à la création d'un poste partagé d'agent biomédical au sein du GHT.

Il reste également à systématiser dans toutes les unités des exercices de mise en situation selon un programme pluriannuel défini et former régulièrement les professionnels aux gestes de première urgence.

Actuellement, il existe des postes infirmiers dédiés comme formateur au sein du CESU 56 pour 11 jours chacun annuellement. En cas de modules supplémentaires, il sera nécessaire de majorer ce temps.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Revoir les procédures sur les urgences vitales
- Mener un travail de sécurisation des contrôles des DSA (fonctionnement des diodes, consommables, identification...) avec étude d'impact des besoins associés (EPSM et/ou GHBA)
- Former les professionnels aux gestes de première urgence en lien avec le cadre réglementaire (formation initiale, rappel) selon un calendrier projeté avec le CESU 56 et la formation continue
- Réaliser des exercices de mise en situation selon un programme annuel, défini par le CESU 56, et/ou en lien avec les EIG enregistrés,
- Initier un travail d'objectivation des situations d'urgence.
- Formaliser la convention SAMU et SAS.

Responsables : CESU 56, chef du pôle des Spécialités, pilotes du processus parcours du patient, responsable de la formation continue.

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnes formées, nombre d'exercices de mise en situation réalisés, nombre d'utilisation des chariots d'urgence, types de situations d'intervention pour urgence vitale.

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.1 : Assurer l'information et l'implication du patient / résident

Constats :

Les attendus de la HAS visent à garantir une prise en charge respectueuse des droits et des devoirs des patients et des résidents, tout en favorisant leur autonomie et leur participation active.

Parmi les droits fondamentaux, l'accès à leur dossier médical est essentiel, permettant ainsi une transparence sur les actes médicaux et les traitements. Les patients ont également la possibilité d'exprimer leurs souhaits à travers la rédaction de directives anticipées, ainsi que de désigner une personne de confiance pour les accompagner dans leur parcours de soins.

La Commission des Usagers (CDU) joue un rôle crucial dans ce dispositif, servant d'interface entre les patients et l'établissement. Elle a pour mission de défendre les droits des usagers, d'écouter leurs préoccupations et de proposer des améliorations au fonctionnement de l'hôpital.

En matière de protection juridique, il est impératif que les patients soient informés de leurs droits, tout en respectant leur dignité et leur intimité.

De plus, le respect des biens et des personnes est un principe fondamental, énoncé dans le règlement intérieur de l'établissement et dans les règles de vie des unités de soins, garantissant ainsi un environnement favorable au rétablissement et au bien-être des patients.

Ces attentes de la HAS visent à instaurer un cadre de soins où le patient/résident est au centre du processus décisionnel, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique contribuant à une meilleure qualité des soins.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Connaître les besoins et attentes du patient
- Adapter les outils d'évaluation de la satisfaction du patient / résident au public pris en charge (dont dyscommunicants) et/ou aux types de structures (questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction, ...)
- Formaliser les objectifs liés aux réunions soignants / soignés, les structurer, développer des boîtes à idées pour les patients / résidents, ou la mise en place d'un livre d'or
 - Enrichir l'information donnée au patient
- Réaliser un livret d'accueil spécifique aux structures ambulatoires, à l'USLD et au CPPA
- Rendre le livret d'accueil accessible aux personnes avec handicap psychique (FALC, pictogrammes...) et définir des modalités d'actualisation régulière des documents constituant le livret d'accueil ainsi que des règlements intérieurs
- Améliorer l'affichage obligatoire et recommandé dans les unités de soins et prévoir une mise à disposition annuelle réactualisée du listing des documents attendus
 - Assurer la liaison ville/hôpital
- Améliorer le processus de production et de remise de la lettre de liaison au patient et l'harmoniser au sein de l'établissement
- Développer l'accès au numérique, concernant les deux aspects communication et soins (lien avec le PPP 2019 - 2022) par la mise en œuvre de conditions d'accès à un réseau fonctionnel à l'EPSM et en extrahospitalier (WIFI, réseau 4G...)

Responsable : Direction des soins, Directeur Qualité, communication, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre d'enquêtes de satisfaction réalisé par an ; nombre de livret d'accueil diffusé

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.2 : Garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient et du résident

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« Les patients considèrent que les locaux, les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité ».

Plan d'amélioration :

- Respect de la vie affective et sexuelle : porter une réflexion institutionnelle sur ce thème
- Respect de la spiritualité / religion : mettre en place un recueil, à l'entrée, des préférences ou attentes particulières en matière de religion ou spiritualité
- Mettre en place une réflexion autour de l'alimentation et la nutrition afin de s'assurer :
 - Que les repas soient disponibles en quantités suffisantes, soient de bonne qualité et respectent les préférences culturelles et les besoins spécifiques en termes de santé des patients / résidents
 - Que les repas soient servis dans des conditions satisfaisantes et que les lieux de restauration soient adaptés aux habitudes culturelles
 - Poursuivre les actions à visée éducative en matière d'alimentation et nutrition
- Assurer le respect de l'intimité du patient, notamment en poursuivant le réaménagement de l'architecture des chambres qui figure dans les objectifs du projet d'établissement (Schéma Directeur Immobilier)
- Assurer le respect de la dignité des personnes en continuant les travaux entrepris dans le but d'améliorer et de réaménager les sanitaires et les douches (Schéma Directeur Immobilier)
- Porter une réflexion institutionnelle sur la vidéo protection

Responsables : Direction des soins, directeur de la logistique et des travaux, pilotes du processus droits du patient / parcours du patient, espace réflexion éthique

Indicateur(s) de suivi : nombre de FEI, taux de satisfactions aux enquêtes de séjour

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.3 : Garantir la liberté d'aller et venir des patients pris en charge

Constats :

La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée.

« La pertinence du recours à des mesures de restriction de libertés est argumentée et réévaluée en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique et au regard des dispositifs réglementaires et légaux en vigueur. L'EPSM produit chaque année son rapport « Isolement – Contention » et a mis en place en 2020 un Comité d'Application de règles Relatives au Respect des Libertés Individuelles (CARRLI) qui a pour objectif de faire émerger les idées du terrain afin d'améliorer les droits et libertés fondamentales des patients ».

« Les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées. » « L'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales. » (Circulaire n°48 D.G.S./SP3/du 19 juillet 1993.)

Pour les patients pris en charge en hospitalisation complète, les restrictions à la liberté d'aller et venir sont strictement encadrées par la loi. L'isolement et la contention sont des pratiques de « dernier recours ». Elle procède d'une décision d'un psychiatre après évaluation du patient. Parmi les garanties prévues par la loi, quand la mesure se prolonge au-delà d'un seuil légal de 48h (isolement) et 24h (contention), le médecin doit informer au moins un membre de la famille du patient, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le directeur doit informer le JLD dans le même délai. (Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, article 17 du CSP).

Plan d'amélioration :

Actions :

- En cas de restriction de liberté, s'assurer que le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite,
- Garantir les principes s'appliquant aux restrictions de liberté dans le respect des droits des patients :
 - Toute mesure d'isolement est une décision médicale.
 - La pertinence des mesures restrictives est systématiquement évaluée et elle est réévaluée régulièrement durant le séjour.
 - Les mesures restrictives de liberté (pratiques d'isolement, contention...) du patient, après l'échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfique/risque en équipe pluriprofessionnelle.
- Respecter les droits du patient dans le cadre des soins sans consentement et l'informer des voies de recours
- Appliquer la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, article 17 du CSP s'agissant de l'isolement et la contention
- Utiliser tous les outils permettant de travailler les alternatives aux restrictions de liberté (moyens humains, architecturaux, techniques...)
- Améliorer la traçabilité des mesures de restrictions de liberté, dans le DPI, en lien avec l'éditeur et les équipes médico-soignantes et administratives
- Réaliser et diffuser le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention

Responsables : pilote du CARRLI, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : production du rapport isolement-contention ; résultats d'audit interne ou externe, nombre de mainlevée d'isolement ou de contention ;

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.4 : Favoriser l'association des proches et des aidants

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« L'EPSM Morbihan veille à ce que les patients accueillis ainsi que leurs proches et /ou leurs aidants reçoivent une information claire sur leurs droits »

« Apporter une information adaptée et compréhensible au patient et à ses proches sur les modalités de prise en charge est une exigence portée par l'établissement »

« Les représentants des usagers et les associations qu'ils représentent, dont les coordonnées et les modalités pour les contacter sont précisées par affichage dans chaque unité, sont impliqués dans la vie de l'EPSM et ils contribuent à la diffusion de l'information et à son accès par les patients et leurs proches. »

« Tous les éléments recueillis en amont ou à l'admission dans le cadre des entretiens infirmiers, psychiatriques et somatiques et tracés par les différents professionnels intervenant dans la prise en charge, sont colligés dans un projet de soins synthétisant les objectifs de soins et définissant le projet de soins le plus adapté en associant le patient et ses proches chaque fois que cela est possible »

« Ce dispositif de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient peut être complété par tous les espaces de parole proposés aux patients et à leurs proches et mis en place dans certaines unités de l'EPSM (hôpitaux de jour par exemple) »

« L'association et l'implication des proches et des aidants, des parents ou des représentants légaux, dans l'élaboration du projet de soins et la prise en charge de leur patient ou de leur adolescent, ainsi que la qualité de l'information qui peut leur être délivrée, en accord avec le patient, ont pu être mises en évidence dans le cadre des patients traceurs. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la mise à disposition de locaux ou d'espaces dédiés ».

Malgré ces constats positifs de la visite de la HAS, il est nécessaire de renforcer le lien avec les associations et Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) qui collaborent avec l'EPSM. Cela peut se matérialiser à travers :

- Un projet des usagers formalisé à l'échelle de l'établissement et pour le groupement hospitalier
- Les supports d'information et la communication vers les usagers (patients/résidents, familles, proche-aidants)
- Le retour des enquêtes auprès des RU

L'objectif est de rendre l'environnement du patient acteur dans la démarche d'accompagnement et la prise en charge.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Maintenir la dynamique de la Maison des Usagers (permanences associatives et dispositifs, COPIL, événements, animations, groupes de parole...)
- Mettre en place des outils de communication pédagogiques à destination des usagers
- Identifier et renforcer la place des familles et des aidants :
 - Faciliter la participation des proches et aidants au projet de sortie
 - Mettre en place une enquête de satisfaction auprès des familles
 - Développer les « groupes famille » et l'Espace Famille Aidant (EFA)
 - Favoriser l'expérience patient en développant, notamment, la « Pair-aidance »
- Favoriser l'accès aux associations et leur place dans l'institution et étudier l'accès à la CDU à titre consultatif à des associations non désignées par l'ARS voire à certains patients hospitalisés au long court au sein d'unités.
- Clarifier la notion de « confidentialité », et ceci à chaque niveau : juridique, médical, éthique (ainsi que le secret professionnel et l'obligation de signalement)

Responsables : Direction des soins, Direction des relations usagers, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre de livret d'accueil famille diffusé ; projet des usagers réalisé, enquêtes satisfaction

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.5 : Prévenir et soulager la douleur physique

Constats :

Les professionnels écoutent le patient qui peut exprimer l'intensité de sa douleur. Ils peuvent mettre en place les moyens antalgiques nécessaires et appropriés.

Le Comité de lutte contre la douleur se réunit très régulièrement et des correspondants douleur sont identifiés dans toutes les unités

Ils seront toutefois plus vigilants dans l'utilisation des échelles de mesure de la douleur physique et la traçabilité dans le dossier patient, afin notamment d'améliorer l'indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS).

En mode conditionnel, les médecins précisent les seuils permettant l'administration des antalgiques par les infirmiers.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Communiquer sur les échelles de la douleur spécifiques et adaptées à la patientèle
- Favoriser le recours aux thérapies non médicamenteuses et aux professionnels paramédicaux et de rééducation
- Former les professionnels aux échelles et à la traçabilité
- Améliorer la traçabilité de la douleur au sein du dossier patient (mise en place de protocoles de traçabilité)
- Mettre en place des référents douleur par unité (identification des référents au sein de chaque unité, point de contact et de ressource pour leurs collègues)
- Former les référents douleur
- Sensibiliser les patients à la gestion de la douleur (information, utilisation de cartes de la douleur...)
- Suivre et évaluer les pratiques (Indicateurs de suivi, IQSS, audits internes)
- Développer des partenariats avec des experts sur le territoire
- Sensibiliser les patients à la gestion de la douleur

Responsables : pilotes du CLUD, pilotes du processus prise en charge de la douleur

Indicateur(s) de suivi : IQSS douleur, volume des antalgiques délivrés par la pharmacie (par palier), extraction du DPI du nombre d'utilisation d'échelles (par échelle : EVA, EVS, Algo+, Dolo+, ECPA, Rudkin...)

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.6 : Prévenir le risque suicidaire

Constats :

La prévention du risque suicidaire est une priorité de l'EPSM auprès de tous les patients, aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation.

En ambulatoire, les critères d'alerte sont évalués à l'aide d'outils partagés par l'équipe soignante.

En hospitalisation, les principales causes de décompensation lors de l'hospitalisation comme le risque suicidaire doivent être systématiquement prévenues et identifiées.

En cas de survenue d'une tentative de suicide ou de suicide, l'EPSM réalise systématiquement une analyse des causes profondes de cet événement indésirable grave.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Assurer des formations régulières, ainsi que des actions de sensibilisation régulières
- Mettre en place des outils d'évaluation pour identifier les patients à risques
- Identifier les espaces à risques afin de les sécuriser (accès objets potentiellement dangereux...)
- Mettre à jour le guide de prévention du suicide
- Analyser les causes des suicidants des 10 dernières situations
- Mettre en place des campagnes de communication grand public et/ou à destination de la maison des usagers pour prévenir le risque suicidaire (événements thématiques, communication interne...)

Responsables : Direction des soins, pilotes du processus parcours du patient

Indicateur(s) de suivi :

- Nombre de suicides et de tentatives ;
- Nombre de formations réalisées par agent ;
- Outils créés et diffusés ;
- Nombre d'analyse de causes réalisées ;
- Nombre de campagnes de communication réalisées

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.7 : Prévenir les situations de violence et déployer les plans de prévention partagée

Constats :

Rapport de certification sept 2022 :

« La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est anticipée. Les professionnels sont formés (Omega) et disposent de matériel adapté (de type dispositif d'aide pour travailleur isolé par exemple). A l'USIP, la gestion des récidives d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de gestion de crise auquel peut être associée la famille. Ces plans de prévention partagée n'ont pas été retrouvés dans les autres unités pouvant être concernées. »

L'objectif est de poursuivre la formation des professionnels à la désescalade, aussi bien en intra hospitalier qu'en ambulatoire, à travers le recours aux techniques OMEGA notamment et l'utilisation de tous les outils disponibles pour prévenir les violences ou crise.

Les actions envisagées seront vues dans la perspective de la mise en service du futur centre pénitentiaire.

Les professionnels de l'EPSM peuvent faire appel à la cellule d'intervention et d'écoute et au psychologue du travail quand ils le souhaitent, selon les situations vécues.

Plan d'amélioration :

Actions :

- L'accès et la mise en œuvre de formations adaptées afin de prévenir les violences
- La mise à disposition de matériel adapté
- Une réflexion sur les dispositifs de soins (espace d'apaisement, équipes mobiles de gestion de crise...)
- Une adaptation des ressources humaines et architecturales aux besoins de prise en charge
- Le déploiement, et l'association des patients et/ou de leurs proches à la mise en œuvre de plan de prévention partagés (monGPS, plan de crise conjoint) en hospitalisation complète et en ambulatoire

Responsables : pilote du CARRLI, pilote du comité violence, pilotes du processus droits du patient

Indicateur(s) de suivi : nombre de personnels formés à OMEGA, nombre d'espace d'apaisement mis en œuvre, nombre d'unités ayant déployées des outils de plan de prévention partagés...

AXE N°3

Garantir les droits et l'information du patient, du résident et de son entourage

Objectif 3.8 : Promouvoir et soutenir le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

Constats :

L'EPSM Morbihan a mis en place un Espace de Réflexion Ethique (ERE), groupe pluridisciplinaire autonome (juriste, pair-aidant, philosophe, médecin...) qui se réunit tous les 2 mois.

Il a été créé pour favoriser toute réflexion éthique en lien avec la manière d'être et d'agir qui touchent les professionnels dans leur rapport à la personne soignée, aux résidents ou aux familles qui ont besoin d'eux.

Il a pour missions de réfléchir aux questions qui portent sur le sens et les limites des pratiques de soins et d'accompagnement à partir de situations complexes qui touchent les professionnels, les patients ou les familles, pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée.

Il permet aux professionnels de prendre un temps de recul face à une /des situations cliniques concrètes posant un /des problèmes éthiques à une équipe pluri- professionnelle mais aussi face à des situations d'impasse thérapeutique.

Il ouvre un espace d'analyse et de partage permettant un approfondissement de la réflexion éthique.

L'ERE n'a pas vocation à trancher des différends entre personnes ou à traiter des contentieux médicaux, éducatifs ou soignants au sein de l'institution.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Sensibiliser et former les professionnels à la démarche éthique
- Animer l'Espace Réflexion Ethique (ERE) constitué de professionnels de la santé, de psychologues, de travailleurs sociaux et des représentants des usagers notamment.
- Mobiliser des ressources en éthique (brochures, guides) sur les questions éthiques courantes en psychiatrie.
- Encourager la pratique du questionnement éthique (débat, échanges organisés, groupes de réflexion)
- Impliquer les usagers en favorisant l'inclusion des représentants des usagers dans les discussions éthiques, et favoriser expériences et préoccupations éthiques.
- Évaluer et suivre les pratiques éthiques (indicateurs, retours d'expérience)
- Intégrer un réseau éthique à travers la poursuite de partenariats avec d'autres établissements pour échanger sur les bonnes pratiques en matière d'éthique.
- Assurer une communication institutionnelle sur les accompagnements éthiques qui sont proposés par l'ERE.

Responsables : pilote de l'Espace de Réflexion Ethique, pilotes du processus management stratégique et gouvernance.

Indicateur(s) de suivi : nombre de saisines de l'Espace de Réflexion Ethique ; nombre de diffusions des ressources éthique

AXE N°4

Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques

Objectif 4.1 : Développer les évaluations de pertinence des prises en charge de patients et résidents

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« L'EPSM n'a pas mis en œuvre, à l'échelle des pôles ou des unités, des revues de pertinence des admissions et des séjours permettant d'analyser et d'évaluer les résultats d'indicateurs d'activité. »

La mise en place d'actions d'évaluation et d'amélioration de la pertinence des soins constitue une approche positive et constructive de la gestion du risque. Il s'agit d'étudier l'adéquation aux besoins des patients. Par ailleurs, l'analyse des impacts, dans le cadre de ces évaluations, est l'un des fondements majeurs d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces démarches sont actuellement peu développées dans l'établissement. Il est donc nécessaire de les développer au regard des enjeux évoqués.

Elles seront déployées progressivement par type d'unité et par pôle (HC, HDJ)

Plan d'amélioration :

Actions :

- Développer plus spécifiquement la méthode de revue de pertinence (HAS)
- Mettre en place au sein de chaque pôle au moins une évaluation portant sur la pertinence des prises en charge

Responsables : Direction qualité, CME, Direction des soins

Indicateur(s) de suivi : Nombre de revues de pertinence réalisées

AXE N°4

Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques

Objectif 4.2 : Mettre en application les méthodologies d'évaluation de la HAS

Constats :

L'EPSM s'est approprié les outils et méthodologies employés par la HAS dans le cadre des visites de certification.

Depuis 2021, la plupart des correspondants qualité de l'EPSM ont été formés à ces méthodes permettant de les mettre en œuvre dans le cadre de la démarche continue de l'auto-évaluation de l'établissement.

Pour aller plus loin, l'EPSM s'engage depuis début 2023 à déployer de façon régulière des évaluations sur l'ensemble des unités de soins : patient traceur, accompagné traceur, traceur ciblé, parcours traceur...

Plan d'amélioration :

Actions :

- Former les correspondants qualité à la méthode du patient traceur
- Planifier annuellement les autoévaluations sur l'ensemble des unités de soins
- Suivre les plans d'actions issues des évaluations
- Communiquer sur les résultats auprès de l'ensemble des professionnels

Responsable : Direction qualité

Indicateur(s) de suivi : nombre d'évaluations réalisées, nombre d'actions du PAQSS issues des évaluations

AXE N°4

Développer une politique volontariste d'évaluation des pratiques

Objectif 4.3 : Déployer et suivre les indicateurs de pratique clinique

Constats :

Extrait rapport certification HAS 2022 :

« Seules quelques unités se sont dotées d'indicateurs spécifiques ou d'outils en ce sens (taux de ré hospitalisation après prise en charge en hôpital de jour au CMPS de Saint-Avé, analyse de dossiers sur les situations complexes au CPPA, par exemple). »

L'EPSM s'engage à analyser, exploiter et communiquer des indicateurs qualité afin d'objectiver le niveau de qualité et de sécurité des soins et d'évaluer l'atteinte aux objectifs.

L'implication des équipes sera recherchée afin de permettre une analyse partagée et d'identifier collectivement des axes de progrès.

La campagne annuelle nationale sur les IQSS (indicateurs qualité et sécurité des soins) sera approfondie avec les professionnels concernés, en lien notamment avec la réforme du financement.

Plan d'amélioration :

Actions :

- Identifier et suivre des Indicateurs de Pratiques Cliniques (IPC), au sein des unités de soins, avec les professionnels médicaux et paramédicaux
- Formaliser des plans d'actions précis sur l'ensemble des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) puis assurer leur suivi en CME et CSIRMT
- Organiser une communication et une présentation régulière des résultats à tous les professionnels pour permettre les comparaisons puis les intégrer à l'analyse des parcours patient

Responsable : Direction qualité

Indicateur(s) de suivi : résultats des IQSS et IPC, nombre d'indicateurs suivis, nombre d'unités inscrites dans la démarche de suivi des IPC

GLOSSAIRE :

ANSSI : agence nationale de sécurité des systèmes d'informations

CDU : Commission des Usagers

CODIR : Comité de Direction

COPIL : Comité de Pilotage

CESU : Centre d'enseignement et de soins d'urgence

CREX : comités de retour d'expérience

DD : développement durable

DPO : Délégué à la protection des données

DSA : défibrillateur semi-automatique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

EI : évènement indésirable

EIG : évènement indésirable grave

EIAS : évènement indésirable associé aux soins

FALC : facile à lire et à comprendre

FEI : Fiche d'évènement indésirable

IQSS : indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins

IPC : indicateur de pratique cliniques

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

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

PCRA : Plan de Continuité et de Reprise d'Activités (PCRA)

PGHTSSE : plan général de tension hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE)

QVCT : qualité de vie et des conditions de travail

RSSI : responsable de la sécurité du système d'information

RU : représentant d'usagers

RSE : risques et sécurité Environnementale

SSE : situations sanitaires exceptionnelles