

## POLITIQUE « QUALITE, GESTION DES RISQUES ET SECURISATION DES SOINS »

### ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET OBJECTIFS PRIORITAIRES

POUR LA PERIODE 2023- 2027

#### CONTEXTE REGLEMENTAIRE

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

La circulaire d'application du 18/11/2011 vient en préciser l'organisation.

*« La définition d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins relève, pour les établissements publics, de la décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après concertation avec le directoire (...). La commission médicale ou la conférence médicale d'établissement contribuent à son élaboration. Dans les établissements publics, cette politique est soumise à l'avis du conseil de surveillance. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le comité technique d'établissement sont consultés. Le suivi de cette politique est assuré par le président de la commission médicale d'établissement. »*

La loi RIST du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dans son article 24, précise que le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques « définissent également les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours des patients ».

La démarche qualité et gestion des risques constitue une priorité pour l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale du CHS SAINT YLIE JURA. L'établissement veille au respect des bonnes pratiques professionnelles et recommandations nationales.

L'établissement s'inscrit dans la démarche de certification qui apprécie à la fois le système de management de la qualité mais également les aspects spécifiques de l'organisation des soins et les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

La politique qualité est une composante essentielle du projet d'établissement. Elle est portée par une démarche globale, collective organisée et suivi de la gestion de la qualité et des risques intégrée au projet managérial de l'établissement. La démarche qualité du CHS Saint Ylie Jura s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue structurée à l'aune des résultats de la certification V2014, des évaluations internes et externes, des bilans des actions conduites dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (PAQSS).

La démarche qualité est pensée comme un processus d'amélioration continue qui prend en compte les résultats et le bilan des actions menées dans le cadre du programme qualité. Le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins s'appuie sur 11 processus et 2 sous processus.

- ✓ Management de la qualité et des risques
- ✓ Droits des patients
- ✓ Qualité de vie au travail
- ✓ Système d'information
- ✓ Dossier patient
- ✓ Identité du patient
- ✓ Risque infectieux
- ✓ Parcours patient
  - Prise en charge des troubles nutritionnels
  - Prise en charge somatique
- ✓ Prise en charge médicamenteuse
- ✓ Prise en charge de la douleur
- ✓ Fin de vie

Chaque processus est piloté par un binôme médecin/ cadre de santé et soutenu par un membre de l'équipe du service qualité. Le binôme assure du suivi du plan d'actions. Ce programme qualité, porté par la Direction, la commission médicale et les professionnels est bâti autour des axes retenus par la Haute Autorité de Santé (HAS).

## II LES ORIENTATIONS

La politique qualité porte sur cinq axes forts sur lesquels l'établissement s'engage :

### **AXE1 : L'ANCRAGE DE LA DEMARCHE QUALITE DANS TOUTES LES APPROCHES PROCESSUS. UNE CULTURE : QUALITE ET SECURITE FONDEE SUR UNE GOUVERNANCE ET UN MANAGEMENT CONSOLIDE.**

L'établissement a mis en place une organisation du management de la qualité et la gestion des risques qui s'appuie sur des commissions, un système d'information et une approche processus.

- **La rénovation du management institutionnel**
  - Poursuivre la dynamique des commissions mises en place
- **L'amélioration du système documentaire dédié à la qualité et la gestion des risques**
  - Mettre en place le logiciel de gestion documentaire SESAME
  - Moderniser le système d'information
  - Dématérialiser le dispositif de déclaration d'évènement indésirable
  - Intégrer les outils de suivi de la qualité et gestion des risques
- **Le maintien de l'approche processus dans le cadre de la contractualisation interne**
  - Poursuivre la mise à jour des plans d'action de chaque processus
  - Poursuivre la mise à jour des tableaux de bord d'indicateurs qualité des pôles

### **AXE 2 : L'AMELIORATION DE LA GESTION DES RISQUES**

- **La poursuite de la gestion des évènements indésirables dans le respect de la réglementation et des bonnes pratiques**
  - Poursuivre la formation des nouveaux cadres à l'analyse des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGAS)

- Mettre en place des outils interactifs pour les déclarations d'évènements indésirables
- **L'engagement dans la démarche d'amélioration de la gestion de la violence et l'agressivité**
  - Maintenir un pilotage actif du groupe de travail
  - Mettre en place des outils de désescalade dans la prévention de la violence et l'agressivité
  - Réactualiser la procédure « gestion de la violence et l'agressivité » selon les évolutions institutionnelles et règlementaires
  - Développer les compétences des professionnels
- **La sécurisation de la gestion de crise**
  - Mettre à jour du plan sécurité et du plan blanc du CHS
  - Mettre à jour des plans « grand froid » et « canicule »
  - Mettre à jour du plan bleu pour les structures médico-sociales
  - Organiser des exercices incendie
- **La gestion des risques professionnels:**
  - Mettre à jour du document unique
  - Poursuivre l'évaluation des risques avec les membres du F3SCT
  - Réaliser une analyse des accidents du travail avec le service de santé au travail
- **Le développement des outils au service de l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins :**
  - Adapter et poursuivre le suivi des indicateurs qualité gestion des risques
  - Assurer le management des évaluations des pratiques professionnelles (EPP)
  - Suivre les indicateurs qualité sécurité des soins dédiés à la psychiatrie
- **La poursuite de l'engagement dans la démarche de certification**
  - Obtenir la certification V2020 par la HAS en 2023
  - Assurer le suivi des résultats de la certification en s'appuyant sur le COQUAVIRIS/Collège des EPP
  - Réaliser des patients traceurs au sein de l'établissement et niveau du GHT

### **AXE 3 : LE DEVELOPPEMENT DE LA CULTURE QUALITE ET SECURITE**

- **La mise en œuvre d'outils facilitant la culture qualité sécurité**
  - Poursuivre les formations et sensibilisations à la démarche qualité et sécurité des soins
  - Développer la communication relative à la démarche qualité et gestion des risques
- **Le développement de la déclaration d'erreur ou presque erreur médicamenteuse**
  - Communiquer sur la nécessité de déclaration dans un objectif d'amélioration des pratiques
  - Proposer une analyse de l'erreur ou presque erreur médicamenteuse
- **L'amélioration du retour au déclarant d'évènements indésirables**
  - Organiser un retour au sein des équipes en s'appuyant sur le cadre de proximité

### **AXE 4 : L'AMELIORATION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS**

- **La facilitation de l'expression des usagers**
  - Conforter la participation des usagers et de leurs représentants dans la démarche qualité
  - Garantir le fonctionnement de la CDU

- Poursuivre la mise en œuvre et le suivi du dispositif de gestion des plaintes et réclamations
- Faciliter l'expression des usagers par le biais des enquêtes de satisfaction
- **Améliorer la communication à destination des usagers**
  - Mettre à jour les outils de communication
  - Structurer et améliorer le dispositif d'information des usagers à chaque étape de la prise en charge

## AXE 5 : PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

- **La mise en place des outils de suivi du risque infectieux**
  - Créer des outils de suivi du risque infectieux
  - Poursuivre le suivi de la consommation de solution hydro alcoolique (SHA)<sup>o</sup>
  - Sensibiliser les usagers à l'hygiène
- **Le développement des compétences des professionnels à la prévention du risque infectieux**
  - Poursuivre les formations à la prévention du risque infectieux
- **La prévention du risque infectieux environnemental**
  - Réaliser l'ensemble des prélèvements selon un calendrier interne dans le respect de la réglementation
  - Mettre en œuvre la procédure de gestion des risques infectieux lors des travaux
- **La prévention de l'antibiorésistance**
  - Réaliser la surveillance des principales résistances bactériennes
  - Poursuivre la sensibilisation des prescripteurs aux bonnes pratiques en matière de réévaluation de l'antibiothérapie
  - Participer aux enquêtes nationales

## III LES RESPONSABILITES

Afin de répondre aux exigences réglementaires, et dans le souci du respect de la qualité et la sécurité des soins pour les patients et résidents du CHS Saint Ylie Jura, le Directeur, le président de la CME et la présidente de la CSIRMT s'engagent et soutiennent la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins déclinée dans la politique qualité pour la période de 2023 à 2027.

La direction du service qualité assurera le soutien méthodologique pour la mise en œuvre de cette politique.

La commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) assureront le suivi du PAQSS.

Le conseil de surveillance sera informé annuellement de la mise en œuvre des actions du PAQSS.

Le plan d'actions du processus « droits des patients » sera présenté annuellement en commission des usagers (CDU).

Un plan de communication relatif à la démarche qualité et gestion des risques fait l'objet de présentations de travaux et rapports en instance (CME, CSIRMT, CS, CDU et CSE). Les audits et rapports

d'activités sont également présentés lors des réunions CSS, plénières de l'encadrement et lors des réunions de pôle et réunions de service.

Le Directeur, le Président de la CME et La Présidente de la CSIRMT approuvent conjointement cette politique.

Le Directeur

Le Président de la CME

La Présidente de la CSIRMT

F FOUCARD

M BARBA

A FOREY



