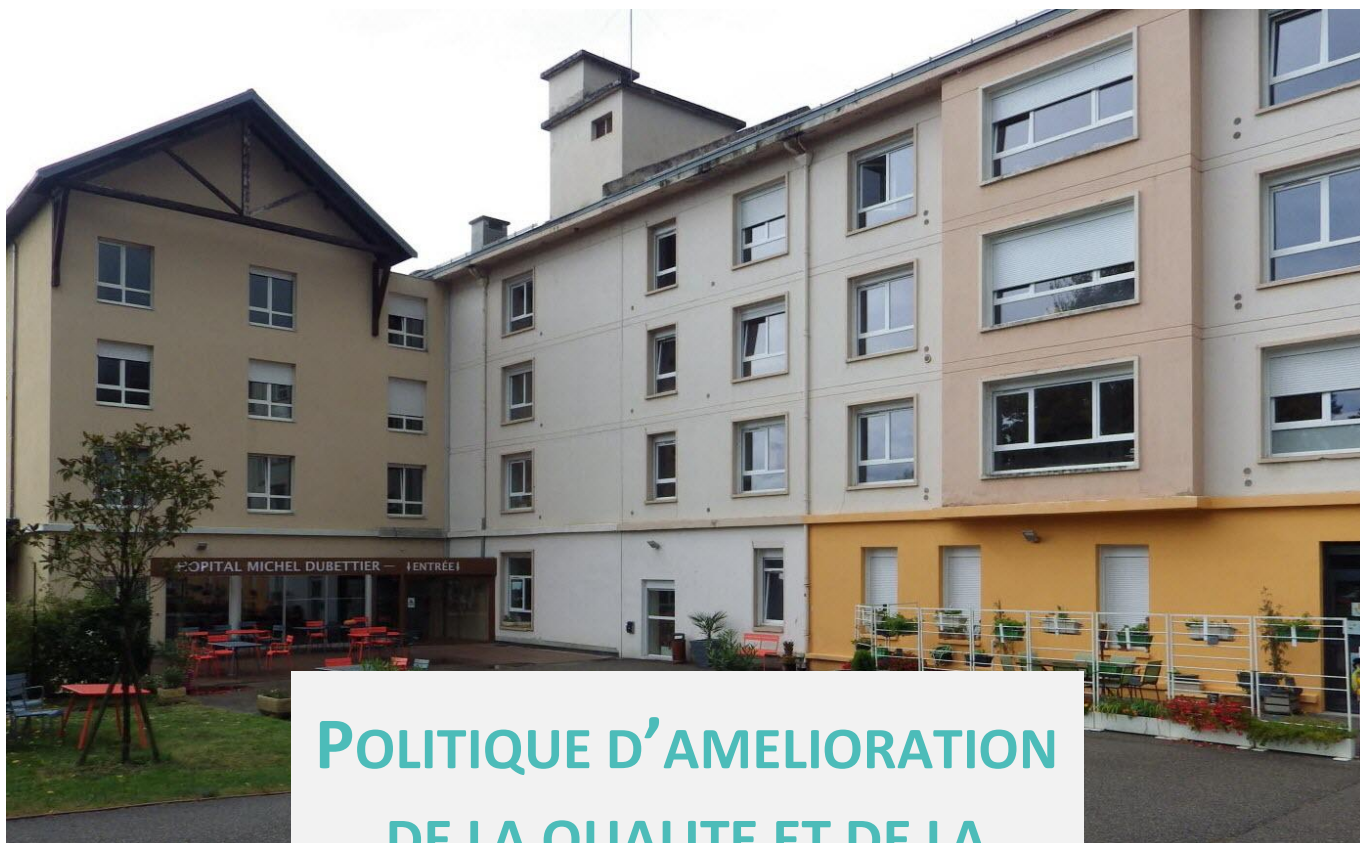


HÔPITAL

SAINT-PIERRE-D'ALBIGNY



POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

2025 - 2028

Fabien CHINCA Ingénieur Qualité Date : 31/10/2024 signé	Dr Gilles DAMALIX Médecin Coordonnateur Date : 31/10/2024 signé	Dr Pierre CRETINON Président de la CME Date : 31/10/2024 signé	Pauline VICHERAT Directeur Adjoint Délégué du site Date : 31/10/2024 signé	Romain PERCOT Directeur Délégué Date : 31/10/2024 signé
---	--	---	---	---

**CENTRE HOSPITALIER
MICHEL DUBETTIER**

Préambule

Le Centre Hospitalier Michel Dubettier (CHMD) affiche en 2023 un taux de satisfaction patient de 87 %, un résultat qui témoigne d'une amélioration constante de la qualité des soins, mais qui s'accompagne d'un défi persistant : le faible nombre de questionnaires de satisfaction recueillis. En effet, malgré cette progression positive, seuls 130 retours ont été enregistrés en 2023, un chiffre encore modeste par rapport à la taille de l'établissement. Il est donc essentiel de renforcer l'implication des usagers dans l'évaluation de nos services pour mieux cerner leurs attentes et affiner notre offre de soins.

Par ailleurs, la relation de confiance avec nos usagers se reflète également dans le nombre limité de plaintes, avec seulement trois réclamations en 2023. Si cet indicateur reste rassurant, il ne doit pas occulter l'importance d'une vigilance accrue sur la gestion des événements indésirables (EI). En effet, depuis la formation des agents à la déclaration des EI en 2022, et l'implémentation de la nouvelle plateforme qualité, les déclarations ont sensiblement augmenté, atteignant 49 en 2023 et avec une projection de 200 en 2024. Cette tendance traduit une prise de conscience accrue des équipes face aux risques. Néanmoins, environ 10 % des déclarations concernent des événements non liés aux soins, ce qui met en lumière la nécessité d'affiner les critères de signalement afin de mieux cibler les événements pertinents.

En matière de qualité et sécurité des soins (IQSS), les résultats montrent que des améliorations sont encore nécessaires. Avec un taux de conformité de 53 % en 2024, en baisse par rapport à 2022, il est impératif de concentrer les efforts sur la traçabilité des pratiques et de mobiliser les équipes autour d'une culture plus rigoureuse de la qualité. Cette baisse de conformité ne doit toutefois pas masquer les progrès réalisés, mais plutôt servir de levier pour redoubler d'efforts en matière de formation et de sensibilisation.

L'enquête sur la culture sécurité menée en 2023 a révélé un taux de participation élevé (70 %), témoignant de l'engagement des équipes. Les résultats sont prometteurs : les attentes des supérieurs hiérarchiques sont perçues comme claires, et les agents se disent favorables à la déclaration des EI, tout en valorisant le travail en équipe. Cependant, des difficultés demeurent, notamment une perception de ressources humaines insuffisantes et une organisation jugée encore trop punitive, où l'erreur individuelle est parfois pointée du doigt au détriment d'une analyse plus systémique. Pour y répondre, l'établissement a pris des mesures en anonymisant les déclarations, en invitant des référents de chaque service aux revues mensuelles et en adoptant une charte d'incitation à la déclaration en 2024, visant à encourager une déclaration plus libre et à renforcer la confiance des équipes.

Enfin, la certification blanche de fin 2024, avec un taux de conformité de 59 %, a mis en évidence plusieurs pistes d'amélioration. Cela a conduit à la mise en place de groupes de travail, notamment sur la définition du projet de soins, le recueil des directives anticipées, et la gestion des risques iatrogènes liés aux processus de soins. Ces initiatives s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration continue, renforcée par l'obtention de la certification médico-sociale avec un score de 3,69/4 en avril 2024. Ce résultat vient consolider l'engagement de l'établissement en faveur d'une qualité de soins exemplaire.

L'ensemble de ces constats souligne la nécessité de repenser et d'actualiser la politique qualité de l'établissement. Face à ces enjeux, il est crucial de mobiliser toutes les équipes pour renforcer la traçabilité, l'engagement patient et la sécurité des soins, tout en consolidant une culture organisationnelle où l'apprentissage et la collaboration sont au cœur de la démarche.

UNE POLITIQUE QUALITE STRUCTUREE EN 3 AXES

Fort de ces constats, en lien avec les CPOM signés avec l'Agence Régionale de Santé, le dernier rapport d'évaluation de l'EHPAD et le nouveau manuel de certification V2020 proposé par la Haute Autorité de Santé ainsi que les principales exigences réglementaires, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins cible trois axes stratégiques, pour les trois ans à venir.

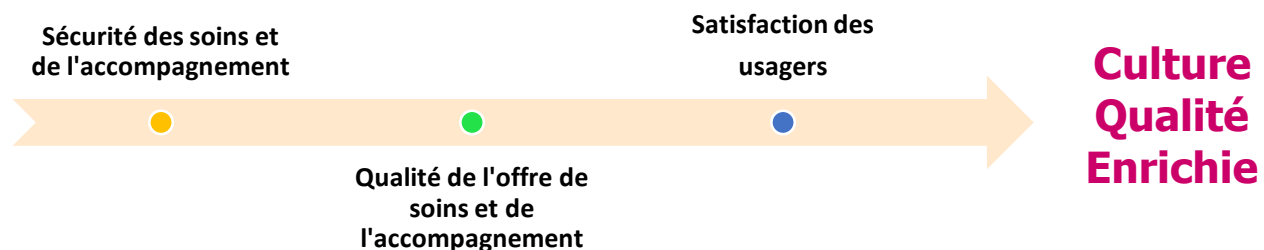
AXE I : L'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement dispensés aux usagers par le développement de l'**évaluation des pratiques professionnelles**,

Axe II : La **maîtrise des risques** et le renforcement de la culture des risques hospitaliers et médico-sociaux,

Axe III : L'**implication des usagers** et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement.



Ces trois axes de travail contribueront au fil de l'année à enrichir et poursuivre le **développement de la culture qualité** et aussi à faire progresser des objectifs essentiels pour les patients, résidents, les professionnels et l'établissement : la sécurité des soins, la qualité de l'offre de soins et la satisfaction des usagers.



La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins s'inscrit dans le projet d'établissement et vise à développer le management par la qualité qui repose sur quatre axes :

- Le patient et le résident au centre du dispositif de soins et de l'accompagnement,
- L'implication de l'encadrement et des pilotes de processus,
- Une démarche participative intégrant l'ensemble des professionnels,
- Une démarche structurée et continue reposant sur des méthodologies rigoureuses.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS D'AMELIORATION EN MATIERE DE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

A chacun des axes directeurs de la politique qualité sont associés des objectifs réalistes, mesurables et atteignables qui feront l'objet d'un suivi par le comité de pilotage qualité-gestion des risques, une fois par an.

I – Améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement dispensés aux usagers par le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles

Objectif 1	Promouvoir une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles
Contexte	Le CHMD a mis en place des évaluations des pratiques professionnelles en SMR et en EHPAD. Le plan d'évaluation des pratiques professionnelles de l'établissement est actuellement fragile. Seule les EPP nutrition et Patient/Accompagné Traceur sont formalisées. Il est nécessaire d'impulser davantage ce type d'évaluation.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les analyses d'EIAS et les RMM et la mise en place de CREX transversaux (chute, logistique ...) - Former et accompagner les professionnels de terrain dans la mise en œuvre des méthodes d'évaluation et d'analyse (ALARM) - Recenser un programme d'évaluation pluri annuel des pratiques professionnelles - Promouvoir la formation continue, en cohérence avec les objectifs de l'établissement
Modalités d'évaluations	Mise en place d'un plan annuel d'EPP Identification et recueil des besoins d'EPP Planifier un nombre de patients/accompagnés traceurs et de parcours traceurs à réaliser sur l'année et par service.
Objectif 2	Entretenir la dynamique d'amélioration continue des parcours de certification
Contexte	La visite de certification est prévue en janvier 2025. L'établissement est certifié B avec l'identification de points sensibles et de non-conformités, suite à la visite de certification de décembre 2018. L'établissement doit répondre non seulement aux recommandations de 2018, aux écarts constatés lors de la certification de l'EHPAD et aussi à l'ensemble des critères du nouveau manuel de certification HAS V2020 et des futures recommandations de 2025. Les procédures de certification de l'EHPAD et du SMR ont changé et comportent de nouvelles méthodes d'investigation. L'établissement doit intégrer les attentes de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Régionale de Santé et du Comité Départemental afin d'améliorer sa qualité de prise en charge des usagers tout en s'adaptant aux nouvelles versions des manuels de certification.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les procédures de certification de l'établissement (EHPAD / SMR) Formaliser le parcours de certification en intégrant les nouvelles orientations de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Régionale de Santé et du Comité Départemental et les nouveautés de la démarche de certification - Mettre en place des autoévaluations régulières conformément aux méthodes d'investigation des certifications
Modalités d'évaluations	Taux d'actions réalisées dans le PAQSS Taux de critères levés dans le nouveau manuel de certification V2020 Réalisation d'une évaluation blanche en 2028

Objectif 3	Favoriser l'implication des équipes et encourager l'autonomie
Contexte	La démarche de management de la qualité par le pilotage par les processus a été initié en 2022. La gestion documentaire ainsi que la gestion des risques s'appuient sur cette cartographie. Néanmoins, les équipes manquent de connaissance dans ce domaine. Le PAQSS n'est pas suffisamment connu et les équipes ne sont pas formées aux méthodes d'évaluation et d'analyse.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le PAQSS comme outil de pilotage - Accompagner l'EHPAD et le SMR dans le suivi des indicateurs, la mise en place de plan d'action et leur évaluation - Former des correspondants qualité aux méthodes d'évaluation et d'analyse
Modalités d'évaluations	Identification de correspondants qualité Implication des équipes dans les revues de processus et dans la veille documentaire

II - Maîtriser les risques hospitaliers et médico-sociaux pour renforcer la culture de gestion des risques

Objectif 1	Consolider les pratiques d'utilisation des médicaments notamment ceux « à risque »
Contexte	Les résultats des précédentes certifications (EHPAD / SMR) ont remonté un besoin de sécurisation des soins prodigués aux usagers. La prise en charge médicamenteuse est un des secteurs les plus à risque de l'établissement. Le management de la prise en charge médicamenteuse est, depuis l'installation du robot dans la pharmacie à usage intérieur (PUI), contrôlé et sécurisé au sein de l'établissement. L'objectif est de pouvoir se confronter plus régulièrement aux différents référentiels de bonnes pratiques professionnelles afin de sécuriser les soins prodigués aux usagers.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à chaque étape du parcours patient notamment pour les médicaments à risque - Evaluation et entrainement des équipes à chacune de ces étapes sur la Prévention et la réaction en cas d'erreurs médicamenteuses. - Réaliser à fréquence définie des revues d'ordonnance pour l'utilisateur ou le résident âgé - Rédiger un guide des prescriptions pour les personnes âgées
Modalités d'évaluations	Nombre de groupes de travail réalisés Taux d'évènements indésirables analysés Nombre de revues d'ordonnance réalisées Nombre d'audits d'hygiène réalisés

Objectif 2	Prévenir le risque infectieux
Contexte	L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène de Territoire a été mise en place en 2022. Un infirmier hygiéniste intervient régulièrement au sein de l'établissement afin de sensibiliser les équipes et donner un avis spécialisé. Néanmoins, le CLIN du CHMD n'est plus actif depuis 2020 mais le risque infectieux est piloté par le CHAM. La décentralisation de cette instance impacte le suivi et le CHMD a besoin d'être plus autonome.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Redynamiser le fonctionnement du CLIN et animer une commission par semestre - Evaluer régulièrement le risque infectieux à l'aide d'audits - Construire un guide sur l'antibiothérapie
Modalités d'évaluations	Nomination des membres du CLIN Nombre de réunions CLIN par an Mise en place d'un audit régulier sur le risque infectieux

Objectif 3	Garantir la sécurité des soins prodigués aux usagers tout au long de leurs parcours
Contexte	Les résultats des précédentes certifications (EHPAD / SMR) ont remonté un défaut de pilotage de la gestion des risques. L'organisation actuelle n'intègre pas des revues à fréquence définie ni de gestion centralisée des risques. L'établissement est pourvu d'une plateforme de déclaration d'évènement indésirable mais le traitement de ces évènements est réalisé de façon manuelle. Le circuit d'analyse n'est pas clairement formalisé. Le CHMD a vu le nombre d'évènements indésirables déclarés diminuer entre 2018 et 2022 mais en constante hausse depuis. (49 EI en 2022 – 69 en 2023 et un prévisionnel à 200 en 2024)
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir une culture positive du signalement - Améliorer la pertinence des signalements - Consolider le processus de gestion des EI intra et inter établissements
Modalités d'évaluations	Sensibilisation sur l'importance à la déclaration d'évènement et en la pertinence des signalements Nombre de professionnels étant intervenus dans les revue mensuelle des EI

Objectif 4	Garantir la gestion des situations de crise
Contexte	Le contenu du Plan Blanc / Plan Bleu actuel n'est pas suffisamment opérationnel. De plus, ce document et ses annexes n'ont pas été mis à jour depuis 2011. Son évaluation sous forme d'exercices n'a pas été faite régulièrement. Il n'est pas utilisable dans sa forme actuelle. Concernant le PCA / PRA ainsi que le PSE, ces documents n'ont pas été formalisés.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser le plan blanc actuel pour en faire un outil opérationnel et répondre aux risques des situations sanitaires exceptionnelles - Formaliser le PCA PRA de l'établissement - Formaliser le PSE de l'établissement - Organiser un exercice tous les deux ans donnant lieu à la réalisation d'un RETEX
Modalités d'évaluations	Formalisation des documents de gestion des crises Réaliser un exercice de gestion de crise en 2028

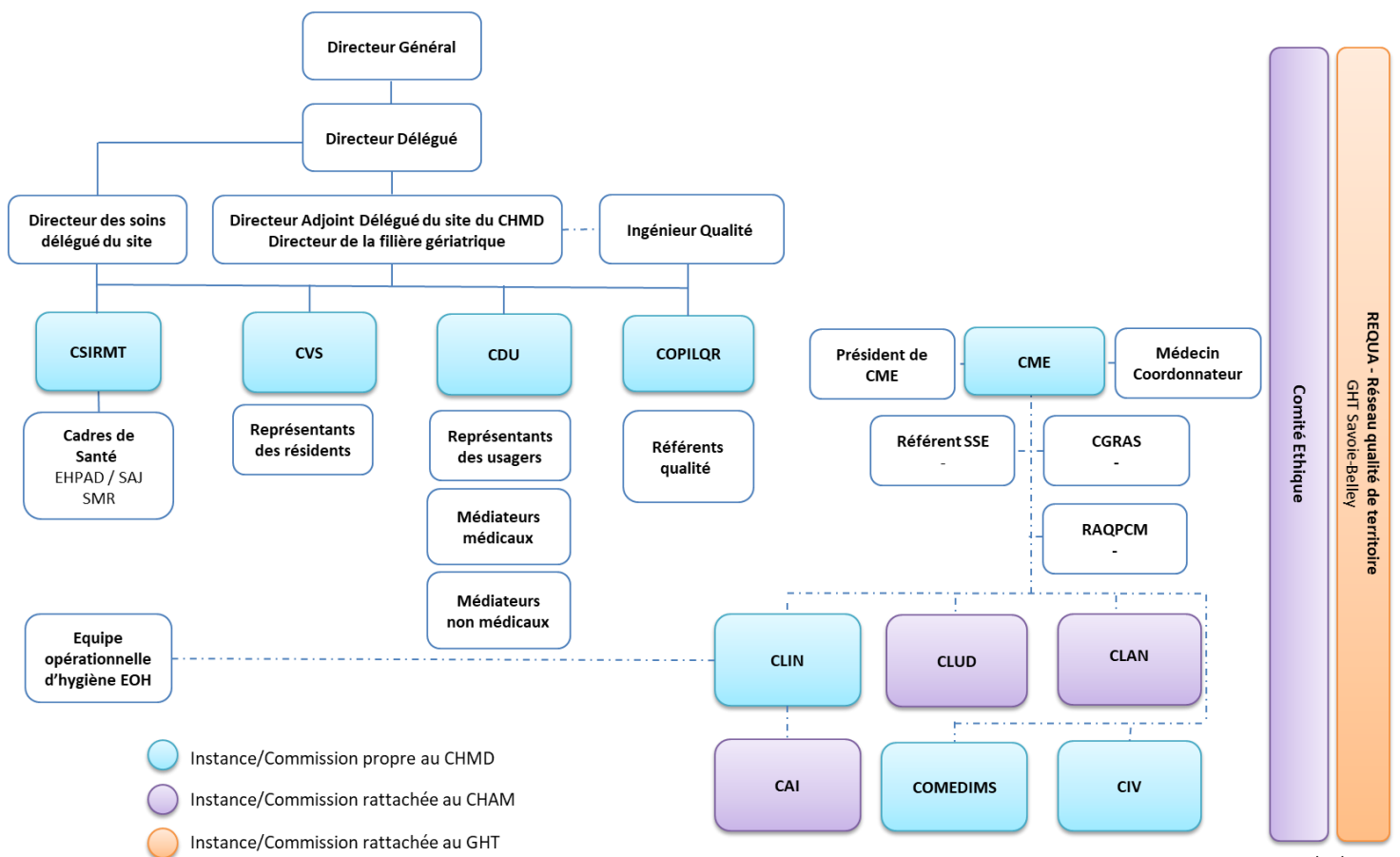
III - Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement

Objectif 1	Encourager l'engagement des usagers dans leurs parcours de soin ou d'accompagnement
Contexte	Le circuit de recueil de l'expression des usagers est incomplet et irrégulier suivant les services. Les résultats des années antérieures ont montré une collecte des questionnaires de satisfaction imparfaite et très inégale entre l'EHPAD et le SMR. De nouvelles méthodes d'évaluation du vécu des usagers doivent être mise en place afin de mieux appréhender les attentes des usagers
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le dispositif de recueil de la satisfaction du patient hospitalisé et du résident en faisant progresser le nombre de retours de questionnaire - Mettre en œuvre la méthode AMPPATI afin de s'approprier davantage les dimensions de l'expérience patient - Participer à l'expérience patient "accueil Accompagnement ANAP "expérience patient"
Modalités d'évaluations	Nombre de questionnaire de satisfaction Réalisation d'une méthode d'évaluation du vécu du patient (type AMPPATI) par an

Objectif 2	Favoriser l'expression des directives anticipées
Contexte	Le CHMD n'est pas en mesure de mettre en application l'article R1111-17 du code de la santé publique, relatif à l'expression de la volonté relative à la fin de vie. Le circuit de recueil des directives anticipées n'est pas défini, les équipes ne sont pas familières avec la thématique et aucun contrôle ou audit n'est réalisé de façon régulière.
Actions	- Définir le circuit de recueil des directives anticipées en EHPAD et en SMR - Réaliser une EPP sur les directives anticipées et le respect des droits des usagers
Modalités d'évaluations	Taux de recueil des directives anticipées Mise en place d'une EPP sur les droits des usagers

DISPOSITIF DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Le renouvellement des conventions des temps partagés en 2022 a permis la relance du dispositif de management de la qualité. Un nouvel organigramme a été proposé, les structures de pilotage ont été désignées et leurs missions détaillées dans le règlement intérieur de chacune des commissions.



24/10/2024

Les missions principales des sous-commissions de la CME sont les suivantes :

- CLIN : Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales**
 Missions : Définir la politique de gestion du risque infectieux, élaborer les protocoles de soins, vérifier leur application et intervenir dans la formation du personnel sur les règles d'hygiène.

- **CLUD** : *Commission de Lutte contre la Douleur*
Missions : Travailler à l'amélioration de la prise en charge des patients au moyen de l'évaluation de la douleur, mettre en place une culture autour de la douleur (information du patient, organisation de la prise en soins, élaboration de protocole, formation des professionnels).
- **CLAN** : *Comité de Liaison Alimentation Nutrition*
Missions : Optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients hospitalisés et résidents en partenariat avec les différents professionnels de santé, coordonner les projets pour améliorer les prestations liées à l'alimentation et la nutrition.
- **COMEDIMS** : *Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles*
Missions : Définir la politique de sécurisation du médicament et des dispositifs médicaux stériles, évaluer les innovations thérapeutiques, promouvoir l'efficacité économique, émettre des recommandations et des protocoles de bon usage, de lutte contre la iatrogénie, de sécurisation des circuits, de gestion des risques et informer les professionnels.
- **CIV** : *Commission d'Identito-Vigilance*
Missions : Déterminer et mettre en œuvre la politique d'identification des patients, élaborer et valider les procédures concernant l'identification des patients, conduire des actions de formation et de sensibilisation des acteurs de l'établissement, gérer les problèmes liés aux actions d'identification.

Par ailleurs, un réseau qualité territorial (REQUA) permet aux équipes qualité des huit établissements du territoire Savoie-Belley de partager leurs expériences et pratiques et de favoriser l'échange et la mutualisation d'outils et méthodes utilisés autour de problématiques communes.