



PROJET QUALITE
2015 - 2019

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	5
II. LES ORIENTATIONS	6
AXE 1 – PERENISER UN SYSTEME DE MANAGEMENT BIEN STRUCTURE DANS LEQUEL LES ACTEURS S’IMPLIQUENT ACTIVEMENT	6
a. Une Direction de la Qualité structurée et coordonnée.	6
b. Un engagement fort de la Direction, et de la communauté médicale.	7
c. Un pilotage clair et coordonné	7
d. Une implication forte et pérenne des acteurs	11
e. Un accompagnement méthodologique important qu’il faut encore renforcer	11
AXE 2 – PROGRESSER VERS UNE INFORMATISATION DU CIRCUIT DE GESTION DES RISQUES INTEGREE ET INTERACTIVE	13
a. Une gestion des risques structurée qui s’appuie sur une équipe d’experts	13
b. Un circuit de gestion des événements indésirables structuré	14
c. Informatiser le circuit de gestion des événements indésirables et des non conformités	15
d. Intégrer les risques professionnels dans un processus commun de gestion des risques	16
e. Déployer la cartographie des risques au sein des pôles et des unités	16
AXE 3 – PROMOUVOIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS – AMELIORER L’ÉCOUTE ET L’INFORMATION DES USAGERS	17
a. Placer la CRUQPC au centre des débats institutionnels	17
b. Renforcer la promotion de la bienveillance	17
c. Privilégier les rencontres avec les usagers dans le traitement des réclamations	18
d. Poursuivre le traitement efficace des demandes de dossiers médicaux	18
e. Promouvoir les droits des patients au sein de l’établissement	18
AXE 4 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D’ÉVALUATION DES PRATIQUES	20
a. Développer les Evaluations des Pratiques professionnelles (EPP) en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC)	20
b. Poursuivre et déployer les audits « Patient traceur »	21
c. Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence	21
d. Créer une équipe ressource pour déployer une politique d’audits internes	22
e. Optimiser l’exploitation, le suivi et la restitution des enquêtes	23
f. Créer une base de données partagée d’indicateurs pour optimiser le suivi dans les pôles	23
AXE 5 – DEVELOPPER UNE CULTURE QUALITE EN OPTIMISANT LA COMMUNICATION ET LA FORMATION	25
a. Déployer une culture de la qualité	25
b. Renforcer le rôle des cadres dans le déploiement de la culture qualité	25
c. Utiliser deux leviers : la formation et la communication	26
AXE 6 – ENGAGER PRIORITAIREMENT LES PLANS D’ACTIONS LIÉS AUX EXIGENCES DE LA CERTIFICATION	29
a. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse	29
b. Améliorer la tenue du dossier patient	30
c. Améliorer l’évaluation et la prise en charge de la douleur	31
d. Renforcer la maîtrise du risque infectieux	32
e. Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie	33

f.	Améliorer la qualité de vie au travail	33
g.	Ancrer le développement durable dans les pratiques	34
AXE 7 –	AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DOCUMENTAIRE	36
a.	Les points forts et les points faibles du système documentaire actuel	36
b.	Simplifier les circuits d’information documentaire	37
c.	Développer l’espace documentaire pour répondre aux demandes des utilisateurs et faciliter la recherche	37
d.	Organiser la veille réglementaire et la rendre accessible à tous	38
III.	CONCLUSION	38
IV.	ANNEXES	39
a.	Plan d’actions prioritaires de 2015 à 2019	39
b.	Plan EPP de 2015 à 2019	39
c.	Cartographie des risques de l’établissement	39
d.	Cartographie des processus de l’établissement	39
e.	Plan d’audits internes à 5 ans	39
f.	Liste des comités techniques et groupes de travail	39

Nous remercions,

Gaëlle MICHEL, Responsable Qualité, Responsable de la Qualité et de la Gestion des risques, pour son implication particulière dans l’élaboration de ce Projet Qualité,

Amandine CLAVEL, Isabelle ROMÉY GUILLAUMIN et Charlotte GIRAULT, cadres au sein de la Direction de la Qualité Gestion des Risques et Relations avec les Usagers pour leurs importantes contributions,

Pascale RAVE, Ingénieur Qualité au CNEH pour ses contributions et ses corrections,

Docteur Pascale MARTIN BERTHOLE et Madame Jeanne DI LORETO, coordinatrices de la gestion des risques associés aux soins pour leur contribution sous forme de relecture et de corrections

Angéline MIELLET et Emilie GEORGEOT assistantes de la DQRU/DAG qui ont passé de nombreuses heures à saisir, corriger et mettre en forme ce document.

3. PROJET QUALITE 2015-2019

I. INTRODUCTION

Le souci d'améliorer la qualité et de garantir la sécurité des prises en charge est une priorité affirmée du projet d'établissement 2015-2019. Cette priorité se traduit par un engagement constant de tous les personnels, à évaluer régulièrement leurs pratiques et à mettre en œuvre les objectifs prioritaires du programme d'actions, pour la qualité et la sécurité des soins.

Le projet Qualité 2015-2019 du centre hospitalier de la Chartreuse est construit en cohérence avec les autres composantes du projet d'établissement, et notamment le projet de soins.

Il prend appui sur la loi HPST de juillet 2009, sur les programmes de santé publics, les exigences du manuel de certification et sur les orientations qualité du CPOM 2012-2017.

Il prend également appui sur les résultats des évaluations externes et internes.

Au cours des 15 dernières années, trois certifications en 2001, 2006 et en 2010, ont constitué 3 leviers de progression vers une qualité toujours renforcée des prises en charge.

Dans le prolongement de ces expertises diligentées par la HAS, notre établissement a enregistré des progrès notoires dans la qualité des prestations fournies, grâce à l'investissement de nombreux acteurs internes.

2015 sera la 1^{ère} année de notre projet, marquée par la 4^{ème} procédure de certification en Avril.

II. LES ORIENTATIONS

AXE 1 – PERENISER UN SYSTÈME DE MANAGEMENT BIEN STRUCTURÉ DANS LEQUEL LES ACTEURS S'IMPLIQUENT ACTIVEMENT

Le Projet qualité et sécurité 2015-2019 du Centre Hospitalier La Chartreuse, définit pour les 5 ans à venir, la politique d'amélioration continue de la qualité des soins rendus au Patient. Il fédère les 1200 professionnels de l'établissement autour d'un projet commun d'amélioration des pratiques et de la maîtrise des risques.

a. Une Direction de la Qualité structurée et coordonnée.

Depuis les années 1990, l'établissement a structuré, progressivement, au sein d'une même direction, toutes les compétences nécessaires à la réussite d'une démarche d'amélioration de la qualité, qui réunit :

- Un service de la qualité et de la maîtrise des risques
- Un service des Affaires Générales

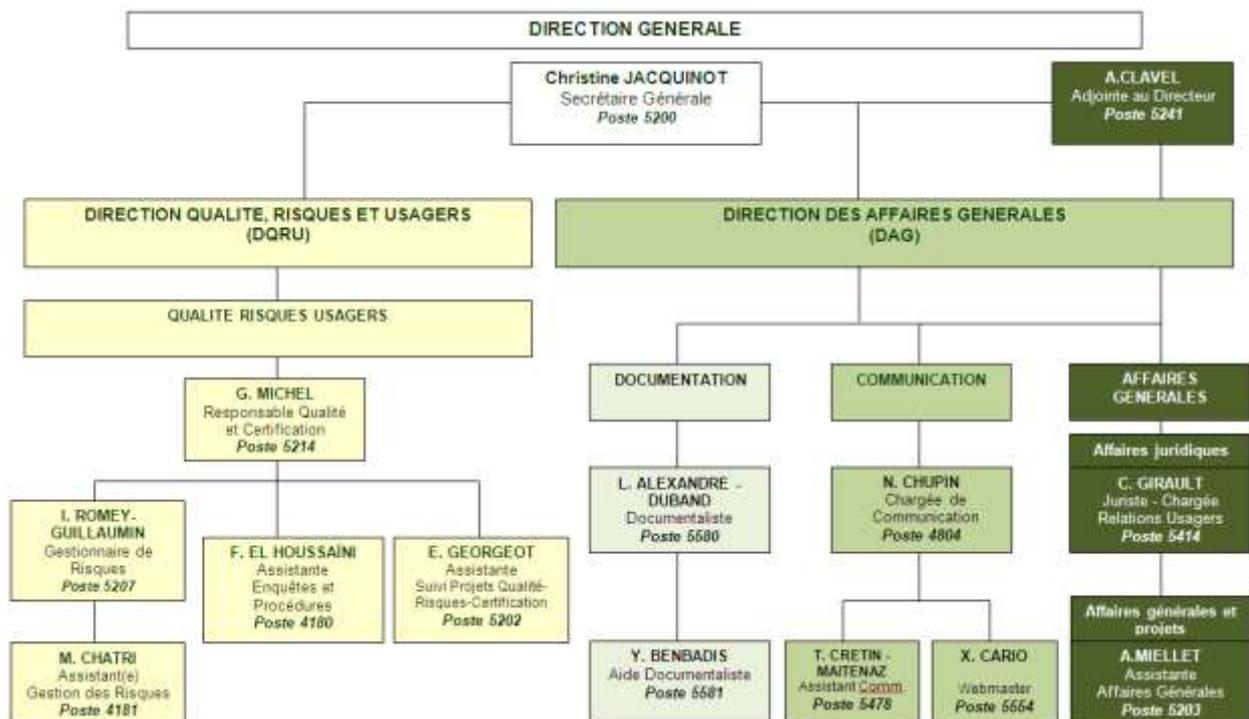
La Direction de la Qualité, de la gestion des Risques et des Usagers, composée de 5 personnes est coordonnée par un Responsable Qualité. Elle comporte :

- une équipe gestion des risques (2 agents temps plein)
- une équipe qualité (3 agents temps plein).

La Direction des Affaires Générales, comportant 7 agents est composé :

- d'un service de coordination de projets (2 agents temps plein)
- d'un service des Affaires Juridiques avec une Juriste chargée des relations avec les usagers
- d'un service de communication (2 agents temps plein)
- d'un service de documentation (2 agents temps plein)

Tous ces experts coordonnent quotidiennement leurs actions et assurent un soutien méthodologique apprécié, au bénéfice des pôles et des directions fonctionnelles, en préparant et animant les Comités de Pilotage et groupes de travail, et en déployant des outils méthodologiques sur le terrain.



Pour qu'un système de management de la qualité et de la sécurité des soins soit performant, il doit s'appuyer sur :

- un engagement fort de la direction et de la communauté médicale
- une forte implication de l'ensemble des acteurs
- un organigramme définissant clairement les rôles de chacun
- une direction de la qualité, des risques et des relations avec les usagers coordonnée et intégrée,
- un accompagnement méthodologique important.

Au Centre Hospitalier la Chartreuse, le système de management de la qualité et de la maîtrise des risques s'appuie sur :

b. Un engagement fort de la Direction, et de la communauté médicale.

La loi HPST, dans son article 5, a donné à la CME un rôle stratégique dans « le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de soins et dans le pilotage des conditions d'accueil et de prise en charge des patients, en lien avec les orientations de la CRUQPC ».

Au Centre Hospitalier, les médecins et la CME autour de son président ont pris en main ce rôle stratégique : ils s'impliquent, de manière active et pérenne, dans les réflexions sur les démarches qualité de prise en charge du patient à la CME, au sein du COPIL Qualité et au sein des comités techniques et groupes de travail (9 médecins ont activement participé au séminaire qualité d'avril 2014).

Le Comité de pilotage qualité prépare les thématiques à débattre en CME, et les plans d'actions dans cette instance. Un tableau de bord CME rend compte régulièrement à la communauté médicale du suivi des actions de chaque groupe.

La Directrice des soins, les cadres supérieurs des pôles et les cadres de santé s'impliquent activement dans les instances de pilotage et les groupes de travail.

L'encadrement soignant a un rôle fondamental d'impulsion et de transmission des informations pour permettre la réussite des démarches initiées par le Comité de Pilotage et les comités techniques. Sans cette action de transmission des informations par les cadres, l'écart pourrait se creuser entre les débats initiés par les instances et comités techniques d'une part et la réalité des résultats évalués sur le terrain d'autre part.

Les cadres de proximité et le personnel de terrain doivent s'approprier progressivement les réflexes Qualité dans les démarches d'évaluation des pratiques.

Les nouveaux contrats de pôle 2015-2019 poursuivront la démultiplication des démarches qualité dans les unités avec un accompagnement méthodologique renforcé, grâce aux objectifs Qualité et sécurité des soins contractualisés (depuis 2009)

c. Un pilotage clair et coordonné

Sur le plan stratégique, le projet de gestion de la Qualité et de la sécurité des soins est porté par la CME, le Directoire et la Direction des soins.

Le mode de management des démarches qualité est représenté sur l'organigramme ci-après. Dans cette gouvernance, la répartition des rôles entre le niveau stratégique, le pilotage et le niveau opérationnel, est clairement définie.

Le chef d'établissement, le président de la CME et la Direction des soins sont positionnés au niveau stratégique : ils arbitrent et décident.

Ensuite 14 comités techniques ou COPIL composés de responsables médicaux et de cadres, assurent une fonction de pilotage des démarches qualité (impulsion, validation, suivi, correction)

Au niveau du pilotage, nous préciserons plus particulièrement le rôle de deux instances ci-dessous :

- le comité de pilotage qualité et risques,
- le comité de gestion de risques et de vigilances – comité de lutte contre les infections nosocomiales (CGRV-CLIN).

- Le COPIL Qualité et Risques regroupe 33 personnes : les pilotes de processus, dont tous les directeurs, les cadres supérieurs de pôle, les quatre professionnels de la DQRU DAG et huit médecins.

Présidé par le Président de la CME, il impulse la politique qualité, propose les orientations prioritaires aux instances (CME/Directoire/CSIRMT...), valide les bilans et programmes d'actions et prépare la certification. Il se réunit 4 fois par an.

- Le Comité de Gestion des Risques et des Vigilances / CLIN (CGRV CLIN) regroupe 35 professionnels, les coordonnateurs de vigilance, les deux coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle, les directeurs, les membres de la cellule d'analyse des événements indésirables, des représentants du CHSCT, les représentants de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Ce comité coordonne les actions de prévention et de maîtrise des risques. Il définit et oriente la politique de gestion des risques, valide les bilans et programmes d'actions.

D'autres instances de pilotage jouent un rôle clé d'impulsion de la politique qualité :

- La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), instance statutaire, présidée par la Directrice Qualité, composée de dix personnes.
- La Commission Hôtelière Logistique et Technique (CHLT), composée de 15 membres, est présidée par le Directeur des services économiques et techniques. Elle examine et donne un avis sur les organisations et propositions d'amélioration de l'offre de service de la DSET, elle propose des priorités d'action issues de l'analyse de l'écoute client, elle examine également les signalements issus des fiches d'EI et les synthèses d'exploitation de ces fiches. La CHLT communique son programme d'action au CGRV CLIN et rend compte du suivi des actions.
- Le Comité de Réflexion et de Prévention de la Violence (CRPV), composé de 28 membres, est présidé par la Directrice des soins. Il est composé de représentants de la Direction des soins, de représentants de la DRH, de la DSET du CHSCT, de soignants des différents pôles. Il propose et suit les actions de prévention de la violence.

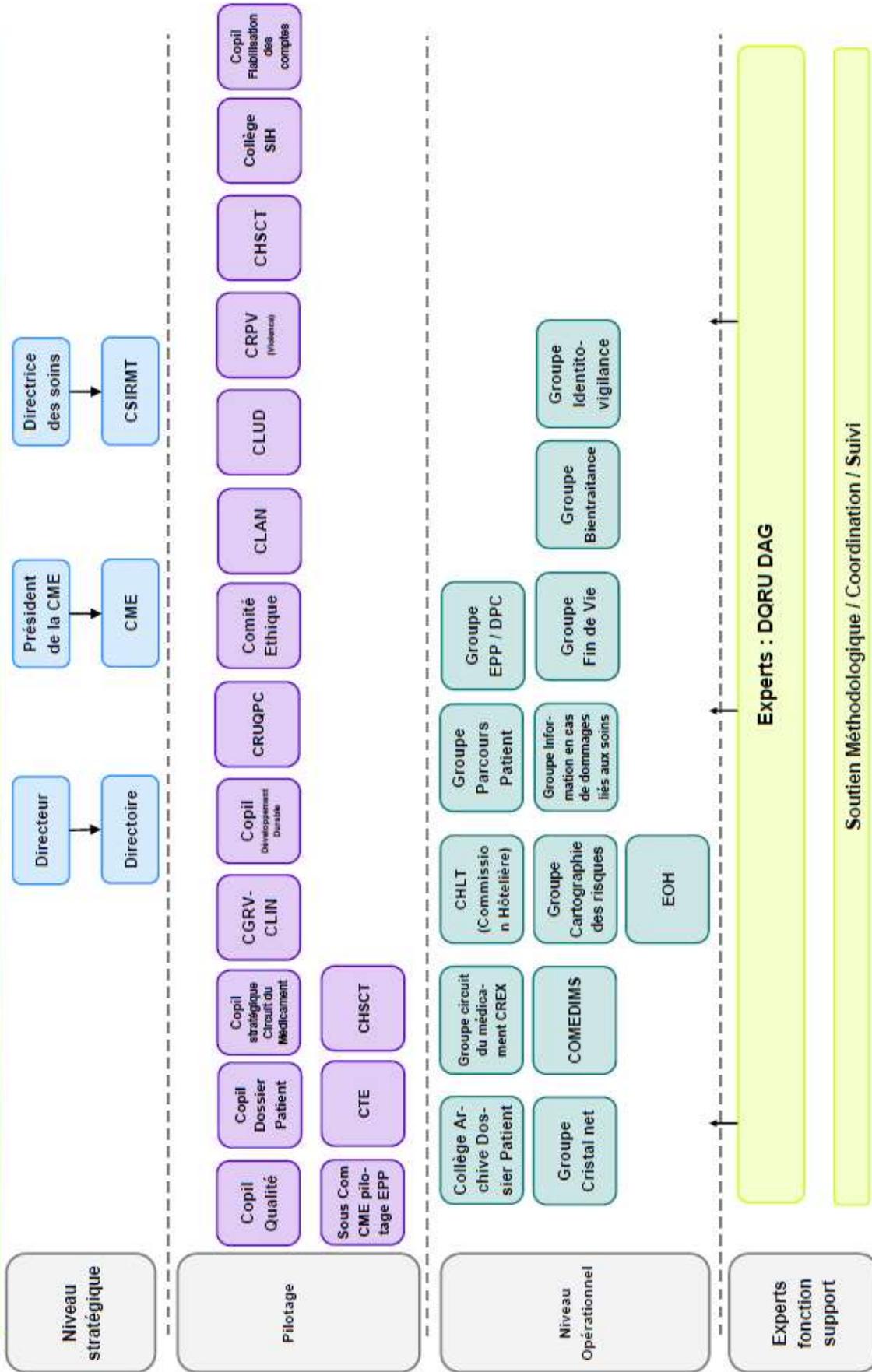
Au total, l'organigramme du système de management de la qualité et des risques est composé de :

- 3 instances positionnées au niveau stratégique :
 - o La CME
 - o Le Directoire
 - o La CSIRMT

- 14 comités positionnés au niveau du pilotage :
 - o Le Comité de pilotage qualité
 - o Le Comité Gestion des Risques et des Vigilances – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
 - o Le Comité de pilotage dossier patient
 - o Le Comité de pilotage stratégique circuit du médicament
 - o Le Comité de pilotage développement durable
 - o La Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
 - o Le Comité d'éthique
 - o Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
 - o Le Comité de Lutte contre la Douleur
 - o Le Comité des Risques Prévention Violences
 - o Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
 - o Le Comité Technique d'Etablissement
 - o Le Collège des Systèmes d'Information Hospitaliers
 - o Le Collège fiabilisation des comptes

- 12 comités ou groupes de travail opérationnels :
 - o Le groupe Parcours patient
 - o Le COMEDIMS
 - o Le groupe circuit du médicament
 - o Le collège archivage dossier patient
 - o Le groupe Cristal Net
 - o Le groupe Cartographie des risques
 - o Le groupe Fin de vie
 - o Le groupe bientraitance
 - o Le groupe identitovigilance
 - o Le groupe information en cas de dommages liés aux soins
 - o La sous-commission CME/EPP
 - o Le groupe de travail EPP/DPC

Organigramme Fonctionnel de la Qualité et de la Maitrise des risques



Maj le : 16-09-2014

d. Une implication forte et pérenne des acteurs

Un nombre important de médecins et de cadres s'impliquent de manière assidue et durable dans les groupes et comités techniques, ce qui permet de faire progresser les actions sur le terrain.

Depuis 2009, un évènement annuel permet aux « pilotes de processus » de se retrouver pour faire un bilan des plans d'actions. Il s'agit du séminaire qualité, qui se déroule sur une durée de deux jours. Il constitue un moment fort de formation, de réflexion, de bilan et d'impulsion de la politique qualité pour l'année suivante.

Tous les pilotes de processus (pilotes de comités/ou groupes de travail structurés par processus, médecins, directeurs, cadres de pôle et experts de la direction qualité) y sont conviés.

Une information approfondie sur l'avancée des démarches de certification est présentée.

Pendant les deux jours de séminaire, les participants :

- évaluent les résultats en mesurant l'évolution des scores de conformité par critère du Manuel HAS. (outil d'autodiagnostic HAS)
- reprennent et actualisent les plans d'actions par thématique ou processus
- intègrent les nouvelles exigences et méthodes de travail imposées par la certification
- prennent en compte des résultats des évaluations externes et internes.

Tous les scores de conformité inférieurs à 80% font l'objet de plans d'action, priorisés selon le niveau d'exigibilité (PEP).

Depuis 2009, les pilotes de processus ont participé à 6 séminaires qualité :

- le 1^{er} a eu lieu : les 11 et 12 mai 2009 - le 2^{ème} : 12 et 13 octobre 2009
- Le 3^{ème} : 22 et 23 février 2010 - le 4^{ème} : 11 et 12 octobre 2010
- Le 5^{ème} : 22 et 23 octobre 2012
- Le 6^{ème}, les 7 et 8 avril 2014
- Le 7^{ème}, en cours d'organisation, se déroulera en mars 2015 (1/2 journée), afin de préparer la visite de certification d'avril 2015.

Depuis avril 2014, les membres du séminaire se sont approprié la méthodologie de l'audit de processus, qu'ils ont affiné, ensuite, dans chaque comité technique ou groupe de travail.

e. Un accompagnement méthodologique important qu'il faut encore renforcer

La nouvelle version V2014 de la certification demande aux établissements de renseigner le compte qualité par processus (ou thématique). Des analyses de processus doivent être réalisées, qui vont dans le sens de la norme ISO 9001.

Un effort important de formation à la méthode d'évaluation du « Patient traceur » a été réalisé en 2013 : 68 professionnels de l'établissement ont été sensibilisés à cette méthode dans tous les pôles entre mai et octobre 2013, lors de réunion de pôle

Les pathologies traceuses ont été définies pour chaque pôle. Les grilles d'évaluation ont été adaptées à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie et ont été testées par les référents de secteur.

Les experts de la DQRU apportent leurs compétences et méthodes de travail dans les groupes auxquels ils participent régulièrement sur le terrain. Ils apportent aussi leurs compétences aux directions fonctionnelles. Ils organisent des formations, informations en amphithéâtre et en groupe de travail (ex : formation 2014 à l'audit de processus). Il en est de même pour la juriste chargée des relations avec les usagers.

Ces transferts **d'outils méthodologiques** seront démultipliés et renforcés au cours des 5 prochaines années. Pour permettre une appropriation par les acteurs, un **module décisionnel infocentre** sera installé fin 2014 et permettra un partage de bases de données entre directions, pôles et services Il permettra de diffuser plus largement les indicateurs Qualité et Sécurité des Soins.

AXE 2 – PROGRESSER VERS UNE INFORMATISATION DU CIRCUIT DE GESTION DES RISQUES INTÉGRÉE ET INTERACTIVE

a. Une gestion des risques structurée qui s'appuie sur une équipe d'experts

Au cours de cette dernière décennie la réglementation en santé et les exigences de la HAS se sont renforcées autour de la gestion des risques ce qui a conduit le CH la Chartreuse à modifier l'organisation de la gestion des risques en 2011.



Aujourd'hui la gestion des risques au Centre Hospitalier la Chartreuse est organisée autour d'une équipe d'experts :

- Un gestionnaire de risques : Isabelle ROMÉY GUILLAUMIN
- Une assistante gestion des risques : Meriam CHATRI
- Une cellule d'analyse des événements indésirables composée, en outre, en 2014 :
 - Du binôme coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins :
 - Jeanne DI LORETO, cadre supérieur de santé
 - Pascale MARTIN BERTHOLE, somaticien
 - D'un cadre supérieur de santé : Frédéric MOUCHON

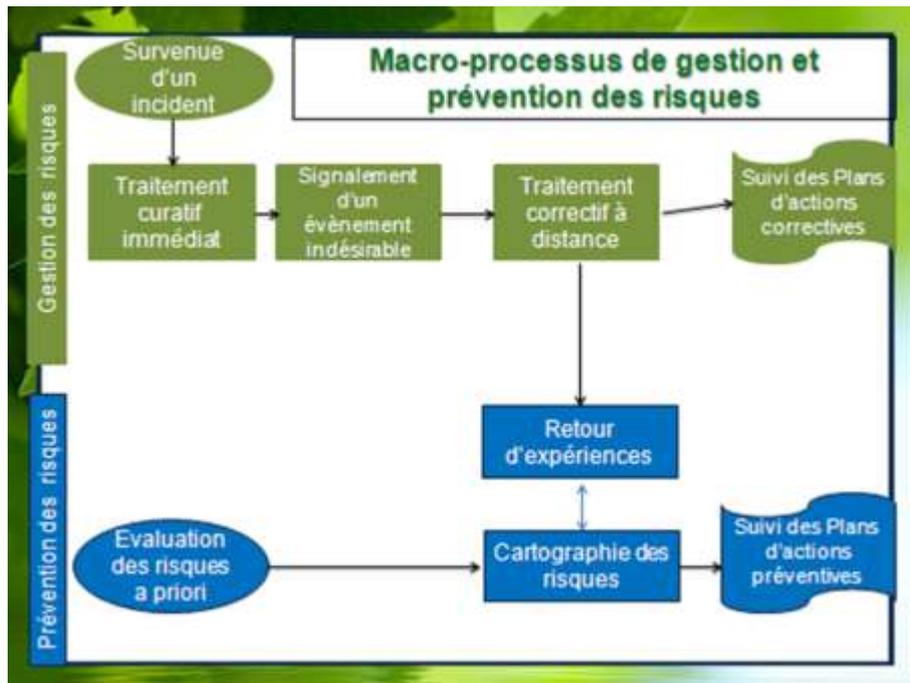
La cellule d'analyse se réunit une fois par semaine.

- Le CGRV-CLIN : Comité de Gestion des Risques et des Vigilances – Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Le CGRV-CLIN a pour mission principale de coordonner les actions menées dans le cadre de la gestion des risques. Il coordonne les actions des différents groupes de travail et suit l'évolution et le traitement des signalements des événements indésirables.

La nouvelle certification HAS V2014 positionne l'analyse et la maîtrise des risques au cœur des démarches qualité. L'analyse de processus (et des risques associés) et les « patients traceurs » deviennent les nouveaux outils de la visite de certification. Le CH la Chartreuse a choisi de s'approprier ces outils. Cette nouvelle approche définit chaque professionnel comme un acteur de la qualité et de la sécurité des soins. Autrement dit la gestion des risques n'est pas l'affaire du seul gestionnaire de risques de l'établissement. Chaque responsable de processus doit identifier les risques liés à ses activités. Chaque professionnel doit participer au dispositif d'identification et respecter les procédures de maîtrise des risques.

b. Un circuit de gestion des événements indésirables structuré



Le processus de gestion des risques se découpe en deux parties :

- la gestion des risques a posteriori avec le traitement des événements indésirables, des réclamations et des non-conformités
- la prévention des risques a priori, fondée sur la cartographie des risques, les audits de processus et l'exploitation des retours d'expérience

➤ Le circuit de gestion des événements indésirables est structuré :

L'organisation actuelle de la gestion des risques est conforme aux attentes réglementaires : responsabilités définies, procédures formalisées, outils d'analyse et de gestion performants (criticité, méthode des 5M, retour d'expérience, diagramme des causes...)

600 fiches d'événements indésirables sont traitées chaque année à l'aide de deux bases de données sur les logiciels Sphinx et Excel.

La cellule d'analyse se réunit une fois par semaine pour analyser les fiches d'événements indésirables, vérifier les actions immédiates, coter la gravité et la fréquence et préconiser des actions correctives. Le gestionnaire de risques suit régulièrement les actions correctives.

La DQRU établit trimestriellement un bilan statistique des fiches d'événements indésirables, communiqué aux directeurs, chefs et cadres de pôles. Ces bilans sont présentés aux instances (CME, CGRV-CLIN, CHSCT...)

Afin de déployer une culture de l'apprentissage par l'erreur, une charte d'incitation à la déclaration des risques associés aux soins a été diffusée en 2014. Aucune procédure disciplinaire ne sera entamée à l'encontre d'un agent qui déclare spontanément un risque dans lequel il est impliqué, sauf manquement délibéré aux règles de sécurité.

Grace à cette charte nous souhaitons développer une culture sécurité et la promotion du signalement sans crainte, pour apprendre de ses erreurs.

OBJECTIFS 2015-2019 : CIRCUIT DE GESTION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES STRUCTURÉ

- Renforcer les analyses d'Evènements Indésirables graves
- Mieux repérer les événements sentinelles
- Mieux analyser les causes profondes avec les témoins de l'évènement
- Restituer un retour plus réactif aux déclarants concernant les mesures mis en œuvre

c. Informatiser le circuit de gestion des événements indésirables et des non conformités

➤ **Il est nécessaire d'intégrer tous les signalements dans un même processus.**

Le signalement des événements indésirables n'est pas la seule source de gestion des risques. Les services techniques et médicotechniques (laboratoire, pharmacie, radiologie, bloc-médical...) ont également organisé des systèmes de recueil et traitement de non-conformités indépendants du recueil des événements indésirables. Il en est de même pour des groupes de travail « identitovigilance » et « groupe du circuit du médicament »...).

L'analyse de ces signalements et les actions préventives mises en œuvre, améliorent la sécurité des soins et prestations support.

Cependant, faute d'une base de données unique, il est particulièrement difficile d'avoir une vision globale et des statistiques exhaustives de tous les risques de l'établissement et de l'ensemble des plans d'actions qui en découlent.

Le circuit de gestion est trop long, les déclarants n'ont pas de retour efficace et interactif sur les actions mises en œuvre.

La mise en place d'un logiciel dédié à la gestion des risques ouvert à tous les acteurs concernés permettrait de centraliser l'ensemble des données à posteriori et de construire un plan d'actions de la gestion des risques globalisé, partagé et communiquant. Ce plan d'actions sera réalisé par processus.

Depuis 2013, la DQRU a intégré dans ses objectifs l'informatisation du circuit des événements indésirables.

OBJECTIF 2015-2019 :

INFORMATISER LE CIRCUIT DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ET DES NON CONFORMITÉS AFIN QU'IL PERMETTE :

- A chaque agent, sur son poste de travail, de **saisir** informatiquement les événements indésirables ou les non-conformités qu'il s'agisse de risques liés à l'identitovigilance, aux examens de laboratoire, au circuit du médicament ou même d'accident de travail ...
 - De **communiquer** entre les acteurs,
 - De **traiter** les signalements, avec les experts identifiés
 - De **transmettre** rapidement une réponse aux déclarants,
 - De **créer** des alertes descendantes,
 - De **calculer** la criticité,
 - De **hiérarchiser les risques** pour prioriser les actions,
 - D'**établir** des plans d'actions et de mesurer leur efficacité
 - De **sensibiliser** l'ensemble des professionnels, par un plan de communication
 - De favoriser la culture de gestion des risques de l'établissement,
 - D'**assurer** à tous les personnels en charge d'une mission de gestion des risques, un accès direct en temps utile aux événements qui les concernent
 - D'effectuer un suivi optimisé du traitement des risques
- Indicateurs de réalisation :
- Nombre total annuel de FEI
 - Nombre d'actions de prévention abouties/an
 - Nombre annuel d'analyses de causes profondes d'EIG
 - Délai moyen de retour aux déclarants (actions mise en œuvre)

d. Intégrer les risques professionnels dans un processus commun de gestion des risques

Les signalements liés aux risques professionnels, tels que les accidents du travail en particulier, sont gérés par la DRH de manière autonome, sans lien avec le circuit des signalements gérés par l'équipe gestion des risques. Les deux directions souhaitent réfléchir au regroupement de ces deux circuits dans un processus commun de gestion des risques.

e. Déployer la cartographie des risques au sein des pôles et des unités

Un travail de cartographie des risques associés aux soins a été engagé par un groupe d'experts formés (groupe composé de la cellule d'analyse des événements indésirables, d'un psychiatre et de cadres supérieurs de santé). La cartographie des risques par processus sera finalisée en décembre 2014.

Pour prendre tous son sens et être efficace, l'évaluation des risques a priori et la cartographie des risques doivent s'intégrer dans une démarche de pilotage et de maîtrise des processus. Il conviendra donc de déployer la cartographie des risques au sein des pôles cliniques, administratifs et techniques

De même, la méthodologie de **Retour d'Expérience et la culture de l'erreur doivent être plus largement utilisées au sein des pôles** et appropriées par les acteurs de terrain.

Des plans d'actions assortis d'indicateurs seront intégrés dans les nouveaux contrats de pôle 2016-2019.

LES OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DE LA GESTION DES RISQUES 2015-2019

- Informatiser la gestion des risques, pour une gestion des risques globalisé, centralisé et accessible aux multi-acteurs.
- Organiser des retours d'expérience au sein des pôles et au sein des unités
- Finaliser la cartographie des risques et la diffuser
- Déployer la cartographie des risques au sein des pôles pour en faire un outil de pilotage et de maîtrise des processus.
- Développer l'appropriation de la gestion des risques par les acteurs de terrain.
- Développer la culture sécurité, la promotion du signalement sans crainte pour apprendre de ses erreurs.

- Pour y parvenir, la Direction Qualité Risques et Usagers doit s'appuyer sur :
 - la mise à disposition d'outils adaptés et performants,
 - le développement de formations à la gestion des risques,
 - la réalisation d'action de communication,
 - et l'accompagnement de la démarche par une équipe d'experts.

AXE 3 – PROMOUVOIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS – AMÉLIORER L'ÉCOUTE ET L'INFORMATION DES USAGERS

a. Placer la CRUQPC au centre des débats institutionnels

Conformément aux termes de l'article L1112-3 du Code de la Santé publique, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) a pour but de :

- Veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, dans tous les domaines, y compris celui de l'organisation des soins et du fonctionnement médical.
- Contribuer, par ses avis et propositions, à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades, de leurs proches et à la qualité de la prise en charge des patients et résidents.

La CRUQPC se réunit quatre fois par an. Elle étudie les tableaux de bord détaillés concernant les réclamations, les contentieux, les demandes de dossiers médicaux, les suivi des soins sous contraintes.

Un rapport annuel de la CRUQPC est présenté en CME, en CTE et en Conseil de Surveillance. Ces instances prennent en compte les avis et propositions émises par la CRUQPC.

La CRUQPC veille au respect de droits fondamentaux des patients : droit au respect de la vie privée, au respect de la dignité, droit du patient à être informé sur son état de santé, droit du patient à accéder à son dossier médical, droit aux soins visant à soulager sa douleur.

La CRUQPC veille au respect des libertés individuelles au respect de l'intimité du patient, au respect de la confidentialité des informations de santé le concernant, à son droit d'être informé en cas de dommage liés aux soins.

L'orientation principale pour les cinq prochaines années est d'affirmer le rôle essentiel de la CRUQPC au sein de l'établissement en la replaçant au centre des débats concernant la politique d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches, conformément aux dispositions législatives.

Au cours des cinq prochaines années, nous veillerons à ce que la CRUQPC, donne un avis sur tout dossier important concernant la qualité de la prise en charge des patients et leurs droits. Les travaux de groupes de travail directement liés à cette prise en charge seront restitués devant cette instance, afin qu'elle se positionne. (Ex : groupes « Promotion de la bientraitance »).

Nous veillerons à assurer une coordination entre les ordres du jour de la CRUQPC et des autres instances (CME/CSIRMT/CTE/Conseil de Surveillance, etc.)

Nous veillerons également à ce que les recommandations exprimées par la CRUQPC soient plus largement suivies dans les instances compétentes (CTE, CS, Directoire).

b. Renforcer la promotion de la bientraitance

La promotion de la bientraitance fait partie des orientations stratégiques de l'établissement. Dans cet objectif, les acteurs institutionnels se sont mobilisés depuis 2012, en réalisant des actions de réflexion, de sensibilisation et de formation, sous l'égide d'un groupe de travail, constitué et réuni régulièrement depuis 2012. Après validation par la CME, la « charte actualisée d'engagement pour la bientraitance » a été rediffusée en 2013 (lettre OQS mars 2013).

Une nouvelle affiche a été rediffusée et présentée aux cadres de santé. Un dossier thématique sur la bientraitance est accessible aux personnels sur le site intranet.

En 2014, le groupe de travail a validé un questionnaire de sensibilisation et d'autoévaluation des pratiques de prises en charge, au regard des exigences, définies par la notion de bientraitance.

Le groupe s'engage, en 2015, à tester puis déployer ce questionnaire dans l'ensemble des unités, afin d'évaluer la mise en œuvre de la démarche et de sensibiliser l'ensemble des professionnels soignants.

c. Privilégier les rencontres avec les usagers dans le traitement des réclamations

Toute lettre de réclamation fait l'objet d'une réponse dans un délai de 48h Le cas échéant, une rencontre, avec la famille et le patient, souvent en présence du médecin référent, est organisée.

70 réclamations sont traitées en moyenne chaque année. La majorité des motifs de réclamations concerne les relations entre le personnel soignant ou médical d'une part, et les patients ou familles d'autre part.

Les réclamations font l'objet d'un traitement en collaboration étroite avec la gestionnaire des risques. Par ailleurs, les plaintes et réclamations des patients sont analysées par la cellule d'analyse des événements indésirables en lien avec la CRUQPC.

Il n'existe aucun contentieux avec les patients ou famille depuis 2012. Le dernier contentieux date de 2011.

Par expérience, les rencontres entre les usagers réclamants et la juriste chargée des plaintes, sont toujours fructueuses. En effet, ces temps d'échanges en « face à face » permettent dans un grand nombre de cas de désamorcer les conflits (35 rencontres en 2011, 44 en 2012, 29 en 2013).

Aussi, l'orientation principale 2015-2019 est de continuer à privilégier les rencontres avec les patients (et leurs familles), aussi bien avec la Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers qu'avec les équipes médicales et soignantes, ou les représentants des usagers, quand cela est possible.

d. Poursuivre le traitement efficace des demandes de dossiers médicaux

Le traitement des demandes de dossiers médicaux est réalisé dans les délais légaux, à savoir dans les 8 jours pour un dossier inférieur à 5 ans et dans les 2 mois pour un dossier supérieur à 5 ans (Cf. article L 1111-7 du code de la santé publique).

L'accès aux dossiers médicaux sera amélioré par des actions de communication, en effectuant un rappel en interne sur la législation en vigueur : des réunions en amphithéâtre, soit des articles dans la lettre Objectifs Qualité Sécurité seront réalisés en lien avec le service formation. La Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers organisera des formations pour l'ensemble des personnels concernant les droits de patients, à compter de 2015.

e. Promouvoir les droits des patients au sein de l'établissement

Pendant les cinq prochaines années, nous renforcerons les droits des patients, dans le cadre de trois actions :

- La formation des professionnels aux droits du patient
- Le renforcement de l'information des usagers
- La collaboration avec les associations de représentants d'usagers

e.1. Former les professionnels de santé aux droits des patients

L'action prioritaire en matière de droits des patients sur les 5 prochaines années à venir, est de former l'ensemble des équipes soignantes du CH La Chartreuse à cette thématique.

En effet, la formation des personnels de santé est un véritable vecteur de promotion des droits des usagers.

Pour ce faire, des formations seront organisées par la Juriste-Chargée des Relations avec les Usagers en lien avec le service formation. Elles auront notamment pour thème l'accès au Dossier médical, le droit au respect de la vie privée, le consentement libre et éclairé du patient ou encore les soins sans consentement...etc.

Par ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles est un des leviers pour inscrire l'établissement dans une politique d'amélioration de la prise en charge globale et continue des patients efficace et communicante.

Autant d'actions qui ont pour objectif d'améliorer les conduites visant au respect des droits du patient (bien-être, liberté d'aller et venir...etc.), optimiser les conditions d'accueil du patient (dignité, intimité) ou encore réduire les dysfonctionnements relatifs à la confidentialité et au secret professionnel.

e.2. Renforcer l'information des usagers et mesurer leur satisfaction

Un nouveau livret d'accueil a été rédigé en juillet 2014. Il convient de renforcer l'information des usagers sur leurs droits notamment par le biais de la diffusion du livret d'accueil mais aussi par le biais de conférences ou affiches au sein des unités.

e.3. Poursuivre la collaboration avec les représentants d'usagers en soutenant les activités de la Maison des Usagers

Cette collaboration est un objectif principal de la politique Usagers. En effet, il convient d'associer autant que faire se peut les représentants des usagers et des familles à des projets et à des groupes de travail.

Suite à la loi KOUCHNER du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient est devenu acteur de sa prise en charge. La Maison des usagers ouverte depuis 2009, est un espace d'accueil, d'échange, d'écoute et d'information pour les patients et usagers de l'établissement et pour les associations qui les représentent. Il s'agit d'un espace d'expression libre, confidentiel et sans rendez-vous. Ses activités doivent être soutenues.

AXE 4 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE VOLONTARISTE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

a. Développer les Evaluations des Pratiques professionnelles (EPP) en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un élément clé de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la maîtrise des risques.

Une politique de déploiement des évaluations de pratiques professionnelles est menée depuis 2005. Ce déploiement est piloté par le Directeur qualité risques conjointement avec un Praticien Hospitalier mandaté par la CME et un cadre supérieur de santé désigné par la Direction des Soins, qui sont chargés de :

- Coordonner les évaluations,
- Assurer la formation des professionnels aux outils et méthodes,
- Planifier et suivre les actions de communication et d'information autour de ces évaluations

La mise en œuvre du Développement Professionnel Continu doit permettre la réalisation d'un programme collectif permettant aux professionnels médicaux et soignants de répondre à leurs obligations professionnelles en termes de formation en respectant le cadre de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

Notre objectif pour les 5 prochaines années est de rapprocher :

- les actions d'évaluations de pratiques professionnelles auxquelles participent les professionnels.
- les actions de formation continue prévues au plan de formation.

Depuis 2005, une vingtaine d'EPP sont régulièrement réalisées et font l'objet de plans d'actions. Le groupe EPP veille à ce qu'au moins une EPP soit engagée dans chaque secteur d'activité. Chaque année le groupe de pilotage des EPP se réunit avec la Direction Qualité afin d'étudier les EPP réalisées dans l'établissement et s'assure:

- Du déploiement et de la réalisation d'EPP dans tous les secteurs d'activité (suivi du tableau de bord HAS),
- Du suivi des indicateurs pertinents des EPP déjà réalisées,
- Du lien entre les EPP et le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- Des thèmes institutionnels à favoriser dans le choix des nouvelles EPP en fonction des orientations stratégiques de l'établissement,
- De l'accompagnement méthodologique des EPP par la Direction Qualité Risques ou par un intervenant extérieur,
- De la communication régulière des EPP réalisées dans l'établissement et de la mise à jour des documents HAS en matière d'EPP.

La stratégie de développement des EPP et les thématiques choisies continueront à être révisées annuellement par le groupe de pilotage EPP et présenté en CME.

Chaque année, la CME validera les thématiques d'EPP au regard des orientations stratégiques de l'établissement et des pistes d'amélioration identifiées au sein des instances et des comités techniques.

Des actions de formation et de sensibilisation seront menées afin de promouvoir les différentes modalités d'EPP : les staff-EPP, les chemins cliniques, les audits cliniques ciblés, les RMM et les revues de pertinence.

b. Poursuivre et déployer les audits « Patient traceur »

La méthode du patient-traceur est une méthode d'analyse rétrospective du parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Elle permet d'évaluer le processus de prise en charge du patient, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge. L'analyse est réalisée à partir de grilles d'entretien avec les équipes.

Cette méthode est utilisée pour analyser les pratiques quotidiennes des soignants dans le cadre d'un dialogue avec les équipes et en intégrant l'expérience du patient. Le dossier du patient est le fil conducteur de la méthode.

A titre expérimental, les audits « patients traceurs » ont démarré au 2^{ème} semestre 2013, dans plusieurs unités.

La CME a choisi les pathologies traceuses suivantes :

Pôle A	- Les psychoses émergentes - Les dépressions résistantes
Pôle B	- Les schizophrénies - les syndromes anxio-dépressifs - les dépendances alcooliques
Pôle C	- les phobies scolaires - les troubles envahissants du comportement
Pôle D	- les démences - les maladies d'Alzheimer et apparentées - les psychoses vieilles
FIPG	- les psychoses - les déficits mentaux profonds

Une 2^{ème} phase d'évaluation des pratiques avec la méthode des patients traceurs se déroule au dernier trimestre 2014, cette fois-ci avec les équipes et le médecin responsable du patient concerné. La synthèse des résultats sera présentée au groupe parcours patient au 1^{er} trimestre 2015. Un plan d'amélioration des pratiques sera dressé suite à cette seconde évaluation

c. Mettre en œuvre et déployer les revues de pertinence

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

Une revue de pertinence sur les hospitalisations de plus de 90 jours, pilotée par les Drs PETIT et SEROT, a été menée entre le 26 décembre 2011 et le 31 Janvier 2012 par un binôme d'auditeurs constitué d'un médecin et d'un cadre de santé.

Cette revue de pertinence sera reconduite dans le cadre du projet médical.

Une revue bibliographique doit permettre de définir les thématiques retenues pour la réalisation de revues de pertinence.

Les revues de pertinence doivent être développées. La méthode du chemin clinique semble être l'outil adapté afin de réaliser cette évaluation.

d. Créer une équipe ressource pour déployer une politique d'audits internes

Dans le cadre du projet qualité 2015-2019, l'établissement s'engage à contribuer et pérenniser un dispositif institutionnel d'audits internes.

L'audit interne est un examen méthodique, indépendant et documenté d'une organisation ou d'une pratique permettant de déterminer si des exigences préétablies sont satisfaites.

L'audit interne peut porter sur un processus ou sur une organisation et son système de management.

LE PLAN D'ACTION « AUDIT INTERNE » 2015-2019 :

- Formalisation, et diffusion de la charte des auditeurs
- Elaboration et diffusion du programme pluriannuel d'audits validé par le Comité de Direction
- Appel à candidature pour constituer le groupe d'auditeurs internes
- Formation des auditeurs internes
- Coordination et suivi par la Responsable Qualité
- Restitution en CODIR et Comités techniques en charge de la thématique évaluée
- Suivi des indicateurs et des plans d'actions par le Comité technique responsable
- Suivi annuel par le CODIR

e. Optimiser l'exploitation, le suivi et la restitution des enquêtes

Le nombre d'évaluations a considérablement augmenté depuis la mise en place de la centralisation des enquêtes à la Direction Qualité Risques Usagers en 2011. Entre 2011 et 2013, le nombre d'enquêtes a doublé. Cela démontre que l'évaluation continue des pratiques est ancrée dans la culture des professionnels de l'établissement.

L'établissement réalise deux types d'enquêtes. Celles-ci sont destinées :

- Aux usagers (questionnaire de sortie, enquête de psychiatrie générale, enquête en pédopsychiatrie, enquête au Long Séjour, enquête en extrahospitalier). La direction qualité et risques continue à s'impliquer avec la Direction des Soins dans la réalisation d'interviews de patients concernant la satisfaction de séjour.
- Aux professionnels de l'établissement.

Ces évaluations pourront être étendues aux partenaires ou réseaux externes.

Des enquêtes ciblées peuvent être réalisées sur des processus identifiés. Leur programmation se fait lors de l'élaboration du programme qualité et gestion des risques.

Afin de développer la culture de l'évaluation, il est proposé de mettre à la disposition des professionnels des outils informatiques, afin de décentraliser la saisie des questionnaires d'enquêtes et de donner l'opportunité aux professionnels de s'approprier les méthodes et outils qualité.

La Direction Qualité Risques s'engage à réaliser une analyse synthétique des résultats des enquêtes à l'aide d'un modèle type. Elle s'engage également à réaliser un suivi d'indicateurs pluriannuel des résultats (questionnaire de sortie, enquête de psychiatrie générale, enquête en pédopsychiatrie etc...).

f. Créer une base de données partagée d'indicateurs pour optimiser le suivi dans les pôles

La mise en place des pôles et l'application de la politique de contractualisation interne, implique une plus grande communication entre les directions et les pôles.

Cette communication passe par la création de tableaux de bord qui vont permettre un suivi et une évolution des différentes activités générées par les pôles.

L'établissement s'engage à réaliser les évaluations nationales obligatoires. Il s'engage également à communiquer en interne et en externe sur les résultats de ces évaluations et à les présenter aux diverses instances et groupes de travail concernés.

L'analyse des résultats de ces enquêtes donne lieu à la définition d'actions d'amélioration si nécessaire et au suivi de ces actions.

Il s'agit des indicateurs liés à la lutte contre les infections nosocomiales et au bon usage des antibiotiques (tableau de bord ministériel) suivi par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et la Pharmacie (ICALIN 2, ICSHA 2, ICATB, ICA-BMR).

Il s'agit également des indicateurs qualité de la prise en charge du patient, recueillis tous les deux ans.

Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et affichés dans les unités de soins. Ces résultats sont régulièrement présentés aux instances de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT).

L'établissement fixe une liste d'indicateurs relatifs à la qualité et à la gestion des risques qu'il choisit en fonction de ses priorités.

Ces indicateurs sont intégrés dans les tableaux de bord des secteurs concernés : directions fonctionnelles et pôles d'activités. Chaque pôle définit la périodicité de relevé de l'indicateur et les modalités.

Les indicateurs seront déterminés par les directions fonctionnelles, les comités techniques et les pôles d'activités en ce qui les concernent respectivement.

A terme, ces indicateurs seront rassemblés dans un tableau de bord général de suivi, centralisé par la Direction Qualité Risque.

Ces indicateurs doivent permettre à notre établissement d'évaluer le niveau d'efficacité de notre système qualité et de se fixer des objectifs « atteignables et réalistes » dans le cadre d'une politique globale de qualité en santé.

AXE 5 – DEVELOPPER UNE CULTURE QUALITE EN OPTIMISANT LA COMMUNICATION ET EN S'APPUYANT SUR LA FORMATION

a. Déployer une culture de la qualité

La HAS définit, conformément au critère 1g du manuel de certification, la culture qualité et sécurité par :

- une volonté clairement énoncée de la part de la direction et la CME,
- par un relais effectif de l'encadrement
- par une participation de l'ensemble des professionnels aux signalements, à l'évaluation des pratiques et à la mise en place d'actions d'amélioration ».

La société européenne pour la qualité des soins (ESFAHC) définit la culture de la qualité et de la sécurité comme : « Un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels fondé sur des valeurs partagées qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins ».

Construire des procédures, des fiches reflexes et des indicateurs, sont des préalables indispensables à la démarche qualité. Cependant, le niveau de la qualité et de la sécurité des soins ne peut s'améliorer que si les agents de terrain, qui chaque jour prennent en charge des patients et produisent des prestations support, intègrent dans leur comportement quotidien, des réflexions sur leurs pratiques et s'approprient des méthodes et outils appartenant à la culture qualité.

- Comment développer une culture de l'apprentissage, suite aux accidents, erreurs et non-conformités ?
- Comment accroître le taux de participation, aux formations sur la qualité et la certification ?
- Comment augmenter le nombre de signalement d'événements indésirables ?

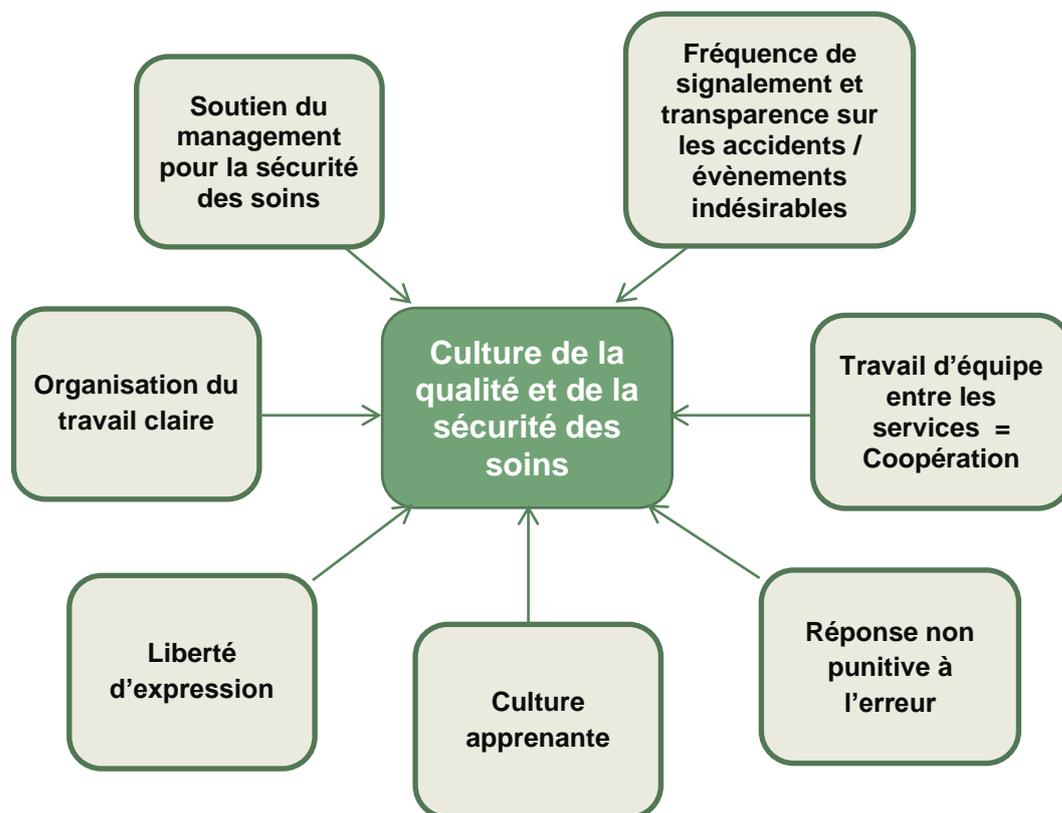
Afin de déployer une culture qualité, nous travaillerons à :

- Mieux positionner les cadres dans leur rôle de relais
- Renforcer la formation et la communication

b. Renforcer le rôle des cadres dans le déploiement de la culture qualité

Afin que les acteurs de terrain « s'ouvrent » aux démarches qualité et s'interrogent sur leur pratique, nous souhaitons œuvrer dans plusieurs directions.

- **rendre plus accessibles les outils**,
- **simplifier les outils** : substituer des fiches réflexes et des logigrammes à des procédures trop longues qui sont sous utilisées,
- **s'appuyer sur les cadres** : notre objectif est de mieux positionner les cadres de santé en tant que responsables de la qualité au sein de leurs unités. Ils sont les relais indispensables de la formation et de la sensibilisation des équipes aux bonnes pratiques, qu'il s'agisse de la bonne traçabilité informatique du dossier patient dans CRISTALNET, ou de la sécurisation du circuit du médicament



c. Utiliser deux leviers : la formation et la communication

Pour faire changer la culture qualité de l'établissement, nous agissons sur 2 leviers de changement :

- La formation
- La communication.

Avec le soutien de la Structure Régionale d'Appui de Bourgogne, nous poursuivons et renforcerons les efforts déjà entrepris depuis de plusieurs années, pour former un maximum de professionnels aux concepts, et outils de la gestion de la qualité. Nous utiliserons le dispositif de formation ainsi que la cellule communication du CH, pour appuyer et soutenir nos démarches. Nous mettrons en œuvre :

- Différents niveaux de sensibilisation destinés à l'ensemble du personnel, sur des thématiques ciblées ou générales (ex : certification)
- Des formations spécialisées et ciblées par petits groupes, permettant l'appropriation d'outils précis (ex : méthode de l'audit interne – patient traceur – audit de processus)
- Des actions de sensibilisation dans les pôles et dans les services.

Tous les supports de communication seront utilisés. La lettre OQS publiée tous les 2 mois est le support papier et informatique du plan de communication qualité. Des outils plus innovants devront être mis en place.

c1. Actions de communication

Objectif n°1 : Mieux évaluer nos actions de communication

Actuellement, les actions de communications qualité et sécurité de soins sont nombreuses : Staff EPP, amphis d'information, espace documentaire, lettre Objectif Qualité Sécurité (OQS), lettre de la Direction... Toutefois ces actions sont insuffisamment évaluées à ce jour.

Les résultats des évaluations de satisfaction suite aux amphis ou staff ne nous permettent pas d'exploiter de manière statistiquement fiable l'efficacité et l'impact de nos vecteurs d'information. L'espace documentaire a fait l'objet d'une évaluation lors de la phase de formation des professionnels qui doit être reconduite.

Notre première action constituera donc à évaluer notre communication interne et à mieux intégrer ce dispositif d'évaluation en systématique.

Objectif n°2 : tendre vers une démarche de développement durable

L'établissement s'étant engagé dans une démarche de développement durable, nos outils de communication doivent être cohérents avec ce nouveau contexte. C'est pourquoi nous envisagerons de manière systématique un arbitrage entre impression et dématérialisation, en amont de la production de nos supports. Nous chercherons également à restreindre l'utilisation des impressions en volume et en qualité couleur qui seront réservées prioritairement à la communication institutionnelle affiches d'information, dossiers des instances et lettre de la Direction. Une rubriques d'accès directs aux lettres d'informations, depuis le site Intranet, pourraient être envisagées pour remplacer à terme l'envoi en version papier.

Objectif n°3 : Optimiser les vecteurs d'information qualité et sécurité des soins

- **L'espace documentaire** : La mise en place de cet outil informatisé en 2013 a permis de centraliser un grand nombre d'informations et de faciliter la recherche des utilisateurs, tant du point de vue des informations institutionnelles (comptes rendus d'instances, projets de l'établissement, ...) que de la gestion documentaire qualité (procédures, protocoles, ...). La mise en commun des ressources du centre de documentation et de la base de gestion documentaire qualité est un véritable atout pour une diffusion large des informations utiles aux professionnels. L'enjeu sera à présent de faciliter l'accès pour certaines catégories professionnelles qui n'utilisent pas l'ordinateur de manière régulière et de continuer à développer l'outil informatique pour répondre aux demandes des utilisateurs.
 - o La simplification des codes d'accès à la partie gestion documentaire sera recherchée en partenariat avec le service informatique.
 - o La recherche d'information par processus sera développée.
 - o Le diffusion sélective de l'information (DSI) sera mise en place
- **L'intranet** : Des actions seront conduites pour améliorer son ergonomie et sa lisibilité, en partenariat avec le service informatique.
- **Le site Internet** : La création de ce site en 2014 va considérablement augmenter la qualité de l'information délivrée aux usagers du Centre hospitalier. Plusieurs pages seront consacrées à la qualité et sécurité des soins et aux informations sur les droits des usagers. En perspective nous souhaiterions aussi pouvoir gérer depuis ce site la création de formulaires d'évaluation de la satisfaction des usagers.
- **Les thémadoc'** : la réalisation de dossiers thématiques documentaire est un point fort de notre démarche d'évaluation professionnelle et contribue à la validation de notre plan de Développement Professionnel continu. Le centre de documentation poursuivra la réalisation de ces dossiers pour accompagner les actions de communication et d'évaluation, conduites dans l'établissement.
- **La revue de presse** : elle permet de véhiculer des actualités en lien avec le programme qualité et sécurité des soins. L'envoi des actualités thématiques permet d'accompagner les chefs de projet dans la réalisation de leurs missions transversales.
- **Une DSI** : Diffusion Sélective de l'Information via l'espace documentaire. Des informations ciblées seront envoyées en fonction des thématiques gérées par les chefs de projets (alimentation, douleur...).
- **La revue de veille réglementaire** : Une veille réglementaire est mis à jour dans une infopage spécifique de l'espace documentaire tous les 15 jours. Une newsletter reprendra le contenu de cette veille pour diffusion aux chefs de projet.
- **Les formulaires WEB** : leur utilisation pourrait être instaurée pour réaliser des enquêtes à destination des professionnels travaillant sur ordinateur ou lors « d'enquêtes flash » suite à certaines actions de communication (amphis par exemple) directement via les boîtes mail. Cet outil permettrait de diminuer la charge induite par les évaluations, alors que celles-ci sont de plus en plus nombreuses chaque année. Nous estimons que ce mode d'évaluation pourrait, dans le cas de certaines catégories professionnelles, nous permettre d'améliorer le taux de retour de nos enquêtes.
- **Affichages et plaquettes** : Ce mode de communication reste central et sera maintenu.

Objectif n° 4 : Favoriser les approches de terrain et assurer l'accompagnement des professionnels aux concepts méthodes et outils qualité

Afin de répondre à l'enjeu d'appropriation des méthodes et outils qualité par les professionnels, nous adapterons nos modes de communication pour être plus proches du terrain. Cette volonté se concrétisera par la mise en œuvre des actions suivantes :

- Participation aux réunions de service/de pôle/d'encadrement ou de travail sur des thèmes particuliers et sur demande.
- Organisation de réunions qualité dans les secteurs autour du patient traceur.
- Accompagnement des directions fonctionnelles dans leurs démarches d'amélioration des processus.

Objectif n°5 : Utiliser les réseaux d'échanges de pratiques pour faire du benchmarking, et mieux communiquer à l'extérieur sur notre démarche

Notre inscription donc un certain nombre de réseaux permettra de comparer nos pratiques et partager notre expérience autour de la démarche qualité au sein de groupes de pairs. Nos interventions se situeront prioritairement dans les réseaux suivants :

- ANRQPsy (échanges de pratiques)
- Ascodoc Psy (recherches documentaires) (vori LAD)
- Mouvement Français pour la Qualité en Bourgogne (informations générales et outils en région)
- Structure Régionale d'Appui Bourgogne – (formation, accompagnement, journées d'échange régionales, etc...)

c.2. Actions de formation

Le lien avec le service formation continue pour la planification des actions de formations qualité et sécurité devra être maintenu. Les besoins de formation à l'échelle de l'établissement feront l'objet d'un plan de formation annuel. La Direction qualité s'assurera :

- De l'inscription au plan de formation de l'ensemble des concepts liés à la certification, en matière de droits des patients, prévention des soins, méthodes et outils qualité.
- De l'utilisation des réseaux régionaux, en première intention, pour la réalisation des formations.
- De la mise à disposition d'outils standardisés permettant de mettre en pratique les formations suivies et de rendre autonomes les professionnels dans la démarche qualité.

AXE 6 – ENGAGER PRIORITAIREMENT LES PLANS D’ACTIONS LIÉS AUX EXIGENCES DE LA CERTIFICATION

Le Projet Qualité 2015-2019 intègre prioritairement les plans d’actions construits dans le compte qualité pour les 11 thématiques obligatoires de ce compte qualité.

Parmi ces 11 thématiques il a été choisi d’en présenter 7 (états des lieux et plans d’actions).

- a. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- b. Améliorer la tenue du dossier patient,
- c. Améliorer l’évaluation et la prise en charge de la douleur
- d. Renforcer la maîtrise du risque infectieux
- e. Améliorer la prise en charge du patient en fin de vie
- f. Améliorer la qualité de vie au travail
- g. Ancrer le développement durable dans les pratiques

a. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse

L’arrêté du 6 avril 2011 définit les conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les contraintes à respecter pour une utilisation sécurisée, appropriée et efficaces du médicament.

Le cadre réglementaire défini par ce texte est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

1. Le système de management de la PECM est organisé en :
 - 1 COPIL stratégique circuit du médicament – Instance de pilotage
 - 1 COMEDIMS
 - 1 groupe circuit du médicament, qui organise 5 à 7 fois par an, des CREX
2. Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est le Dr Dominique SEROT.
3. Le système documentaire relatif à l’assurance qualité de la PECM est en cours de finalisation.

Les procédures et modes opératoires de la PECM ont été entièrement revus en 2013/2014 et diffusés. Ils sont accessibles sous format papier (classeurs). Des formations concernant les procédures de la PECM sont régulièrement organisées dans le cadre d’un plan de formation pluriannuel concernant les vigilances, le circuit du médicament et la démarche « CREX ». L’accès informatisé des utilisateurs à ce système documentaire a été facilité via 1 « page pharmacie » du portail Intranet. Le manuel Qualité de la PECM sera finalisé et diffusé au 1^{er} semestre 2015. Une liste des médicaments à risque a été mise à jour et diffusée en juillet 2014 sous forme texte et affiche pour les unités. 2 conférences en amphithéâtre, sur la sécurisation du circuit du médicament ont été organisées en décembre 2013 et février 2014, associées aux thèmes de l’adaptation de la thérapeutique en gériatrie et du bon usage des antibiotiques.
4. Le circuit du médicament est entièrement informatisé sur le logiciel CRISTALNET, depuis la prescription jusqu’à l’administration. Des chariots mobiles et des bornes WIFI ont été installés dans toutes les salles à manger au 2^{ème} semestre 2014, afin de permettre l’administration informatique en temps réel des médicaments aux patients dans la salle à manger.
5. Une étude des risques encourus par les patients lors de la PECM a été réalisée, après une période de test, dans toutes les unités en 2013, avec l’outil ARCHIMED. Une étude ARCHIMED sera réalisée sur un échantillon de service en 2014 et 2015. Un plan d’actions est régulièrement actualisé et suivi. La cartographie des risques liés à la PECM a été formalisée et diffusée.

6. La déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PECM, sont organisés :
 - Une charte d'incitation aux signalements des événements indésirables a été diffusée en juin 2014.
 - Une commission du circuit du médicament se réunit 1 fois par mois en CREX.
7. Des formations des personnels infirmiers aux règles sécurisées de la PECM sont régulièrement dispensées par le pharmacien. Elles avaient cessées fin 2013 ; elles reprennent à partir de fin 2014.

PLAN D' ACTIONS PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE 2015-2019

- Elaborer le manuel d'assurance qualité PECM
- Former mensuellement les infirmiers aux règles de la PECM, aux CREX, au système documentaire
- Organiser, mensuellement, des CREX médicament
- Restituer et diffuser les résultats des CREX
- Auditer régulièrement le circuit du médicament avec ARCHIMED
- Elaborer, actualiser et diffuser les plans d'actions
- Vérifier que la traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée en temps réel dans CRISTALNET.

QUELQUES INDICATEURS

- 100% des médicaments sont prescrits informatiquement dans CRISTALNET.
- 28 Evènements indésirables ont été analysés en CREX en 2013.
- Délai de validation pharmaceutique après prescriptions :
 - 70% en moins d'une heure et 80% dans l'heure suivant la saisie
- Toutes les prescriptions médicamenteuses soit 80% des prescriptions médicales totales (actes, examens, etc) sont analysées par le pharmacien et comptabilisées automatiquement par le logiciel.
- Double contrôle et contrôle aléatoire des piluliers reconstitués à la pharmacie : 0,5% erreurs /100 lignes.

b. Améliorer la tenue du dossier patient

Outil de partage des informations, le dossier patient est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins, pour une bonne prise en charge des patients. Tous les acteurs (médecin, soignants, AMA, paramédicaux) ont un rôle important dans la bonne traçabilité des informations.

Le dossier patient est informatisé via le logiciel CRISTALINK, dont le déploiement est aujourd'hui en 2014, complet pour la partie circuit du médicament, de la prescription à l'administration.

En ce qui concerne les transmissions infirmière, le déploiement de CRISTALINK est en cours.

La partie médicale du dossier patient n'est pas informatisée. Le déploiement à titre de test du module médical commence au dernier trimestre 2014 dans une unité EHPAD / Long séjour.

Les règles concernant la tenue, le contenu, l'accessibilité et l'archivage du dossier patient sont formalisées au sein de 3 procédures internes qu'il faut réactualiser et rediffuser.

Depuis 2010, le recueil des indicateurs généralisés HAS (IPAQSS), concernant la tenue du dossier patient, est réalisé dans l'établissement.

Le médecin DIM diligente et coordonne en lien avec les cadres, l'enquête biannuelle de recueil des indicateurs QUALHAS concernant la tenue du dossier patient.

Depuis 2012, le comité de pilotage sur la tenue du dossier patient, co-piloté par le médecin du DIM et le Président de la CME, suit l'évolution des indicateurs et l'avancée du plan d'actions.

Le score agrégé 2014 TDP de 79% doit être consolidé.

Malgré les actions mises en œuvre, les patients traceurs révèlent encore une traçabilité insuffisante dans le dossier patient.

Des actions d'améliorations importantes restent encore à mettre en œuvre pour progresser vers une sécurisation de données patients, dans le respect des exigences règlementaires.

Ces actions sont définies dans le plan d'actions 2015-2019, ci-dessous :

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – TENUE DOSSIER PATIENT

- Réviser la politique d'archivage des dossiers patients (contenu, accessibilité, archivage)
 - Réactualiser les 3 procédures internes de la tenue du dossier patient
- Harmoniser les pratiques de gestion du dossier patient
 - Responsabiliser les AMA concernant la tenue du dossier patient.
 - Former les AMA aux règles de la tenue du dossier patient.
 - Responsabiliser les cadres de proximité à la tenue du dossier patient (traçabilité...)
 - Former les cadres de santé et les soignants au logiciel CRISTALINK
- Auditer tous les 2 ans, la tenue de dossier patient avec l'outil QUALHAS.
- Améliorer les indicateurs HAS du dossier patient
Objectif national et local : 80% de conformités
 - Améliorer le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC)
 - Améliorer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient
 - Améliorer la traçabilité du poids (DTN : dépistages des troubles nutritionnels).
- Déployer l'informatisation des transmissions ciblées à toutes les unités dans CRISTALINK.
- Déployer l'informatisation du module médical dans CRISTALINK.
- Informatiser la gestion de l'archivage des dossiers patients.

c. Améliorer l'évaluation et la prise en charge de la douleur

c.1. Etat des lieux :

La loi KOUCHNER de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Un comité de lutte contre la douleur se réunit régulièrement depuis le 15 octobre 2009. Suite à la visite de certification de mai 2010, une recommandation a été prononcée par la HAS concernant la douleur.

Des formations de sensibilisation à l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur, ont été réalisées auprès des personnels soignants et des cadres de santé.

Les cadres d'unité s'assurent dans certaines unités, de l'utilisation des échelles Doloplus, Eva, Visage, et de l'application du protocole douleur.

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- Organiser des micro-formations douleur dans toutes les unités d'hospitalisation, au moment des transmissions, pour sensibiliser les professionnels médicaux et soignants.
- Evaluer l'appropriation des outils par les personnels
- Organiser un plan complet de communication douleur (plaquettes d'information notamment).
- Organiser un amphitheâtre douleur chaque année.
- Organiser des ateliers thérapeutiques sur la douleur, dans le cadre d'un programme EPP (2015).
- Présenter en CME et CSIRMT, les ateliers thérapeutiques douleur.

d. Renforcer la maîtrise du risque infectieux

Ces dernières années, le score agrégé d'ICALIN 2, indicateur de la lutte contre les infections nosocomiales, se maintient à B, notamment grâce à la formation continue du personnel et des médecins et la réalisation d'audits (Précautions standard et DARI EHPAD en 2011, Entretien des locaux en 2012 et Perfusions sous cutanées et DARI FAM en 2013). L'établissement a participé régulièrement à la Journée Nationale de l'Hygiène des Mains et à la semaine Sécurité des Patients.

Les protocoles d'hygiène sont régulièrement mis à jour, ou réalisés en fonction des besoins des services. La cellule d'hygiène a été également régulièrement consultée, d'une part par les services de soins lors de la mise en place de précautions complémentaires et d'autre part par les services logistiques pour l'élaboration du dossier de remplacement du matériel de bionettoyage et avant l'achat de nouveaux produits d'entretien. Elle collabore également avec les services techniques pour la surveillance environnementale.

Les points à améliorer se déclinent sur deux axes. D'une part une meilleure surveillance des infections nosocomiales et des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) et d'autre part la communication et la formation en hygiène qui se sont quelque peu délitées ces dernières années.

La nouvelle équipe opérationnelle d'hygiène a été installée au 1^{er} semestre 2014. Celle-ci rédige désormais un programme d'action biennal, validé par le CGRV-CLIN, sous-commission de la CME, afin de répondre aux indicateurs réglementaires nationaux mais aussi pour s'assurer de la conformité des pratiques de soins dans les services. Ce programme pérenne se décline selon les axes suivants :

PLAN D' ACTIONS 2015-2019 – MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX

- Evaluer l'application des précautions standard et complémentaires pour une meilleure application
- Améliorer l'exhaustivité des signalements des infections nosocomiales concernant les BMR
- Améliorer l'information et la formation en hygiène des agents titulaires ou intérimaires sans oublier les étudiants,
- Dynamiser le réseau des correspondants en hygiène en utilisant des moyens pédagogiques innovants
- Développer les audits et les mesures correctives concernant les pratiques de soins et d'hôtellerie
- Prévenir les risques liés à l'environnement : surveillance de l'eau, précautions à prendre lors des travaux ...
- S'assurer de la conformité du circuit du linge et déchets en collaboration avec la DSET

e. Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie

Une réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients en fin de vie est organisée depuis 2010 par le biais d'un groupe de travail « droits des patients et accompagnement de la fin de vie » piloté par un cadre supérieur de santé.

La procédure précisant les démarches administratives et soignantes à mettre en œuvre en cas de décès d'un patient, a été réactualisée courant 2014.

Le protocole de revue Mortalité/Morbidité a été formalisé et diffusé.

Le processus de prise en charge des patients en fin de vie est en cours de formalisation.

Il existe deux conventions concernant l'accompagnement des personnes en fin de vie :

- une convention entre le CH La Chartreuse et la Mirandière
- Une convention entre le CH La Chartreuse et l'Association JALMALV

Conformément aux décisions prises par l'équipe médicale et soignante en lien avec les familles, l'établissement organise l'accompagnement et le transfert des patients en fin de vie vers des structures adaptées à l'état de santé des personnes.

Pour l'instant, les directives anticipées ne sont pas recueillies de façon systématique lors de l'entrée de chaque patient dans les secteurs de personnes âgées.

OBJECTIFS 2015-2019 : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE

- Evaluer le processus de prise en charge d'un patient en fin de vie
- Réaliser un audit sur la traçabilité des directives anticipées dans le dossier patient au long séjour et en gériatrie-psychiatrie
- Poursuivre les actions de formation des soignants aux soins palliatifs

f. Améliorer la qualité de vie au travail

La Haute Autorité de Santé a introduit depuis 2010 la qualité de vie au travail dans les critères du manuel (critère 3d)

Améliorer la qualité de vie au travail des 1200 salariés de l'établissement est un objectif stratégique prioritaire, que l'on retrouve en bonne position dans le projet social 2015-2019 et dans la Charte du Développement Durable de l'établissement.

Depuis 2012, la Direction du CH La Chartreuse a conduit, dans le cadre du projet social, un dialogue avec les partenaires sociaux afin de définir, sous forme d'orientation, la politique de qualité de vie au travail.

Un audit conduit depuis 2 ans sur les risques psychosociaux a été restitué en juin 2014 par la société PREVIA et définit des axes prioritaires d'amélioration des conditions de travail.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) identifie 6 « déterminants » de la qualité de vie au travail :

- La qualité des relations sociales et professionnelles.

La reconnaissance du travail, la considération de la hiérarchie et des collègues, l'équité entre salariés, l'écoute, le respect des personnes, le climat social

- Le contenu du travail.

Niveau d'autonomie, niveau de vigilance et de concentration, le degré de responsabilité, la confrontation à la souffrance, la charge de travail, la pénibilité, etc.

- L'organisation du travail.

La clarté dans la répartition des rôles, la qualité de l'organisation des tâches, la possibilité d'appui en cas de dysfonctionnements, etc.

- La prise en compte des valeurs et attentes des salariés.

Equilibre et conciliation entre vie privée et vie professionnelle, conflits d'éthique, rythme et horaires de travail, accès aux services, transports, etc.

- L'environnement physique de travail

Sécurité, bruit, chaleur, propreté, échange, cadre spatial

- La réalisation et développement professionnel

Rémunération, formation, validation des acquis, développement des compétences, sécurité des parcours professionnels.

Tous ces déterminants conditionnent une politique sociale attractive pour les salariés.

L'Hôpital s'engage à prendre en compte tous ces facteurs de la qualité de vie pour ses salariés.

Ces engagements font partie intégrante du projet social 2015-2019.

La principale action consistera à soutenir un pilotage structuré de la démarche de QVT en lien avec la DRH et participer aux actions dans ce cadre.

g. Ancrer le développement durable dans les pratiques

Dans les années 2010, l'établissement s'était déjà positionné sur le développement durable en nommant un cadre supérieur de santé sur cette thématique. Un comité de pilotage sur le développement durable a été installé en 2012, par le chef d'établissement. Une charte d'engagement a été diffusée en 2014.

L'hôpital de la Chartreuse, au cours des 5 prochaines années, se préparera aux exigences du futur, et mettra en place des actions pour ancrer le développement durable dans les pratiques. Chaque agent doit devenir éco-responsable dans ses activités quotidiennes.

Pour les 5 prochaines années, nous prioriserons la mise en œuvre collective des actions définies par cette charte.

Notre hôpital doit être exemplaire pour réduire l'impact de ses actions sur l'environnement. Il adoptera une politique sociale attractive, respectueuse des personnels et de leur implication au travail.

Il s'engage à améliorer les conditions et l'ambiance au travail, à veiller à l'équité entre salariés, à développer la mobilité professionnelle, la formation et les compétences.

Une charte du Mieux vivre ensemble au travail, sera élaborée (le projet social 2015-2019 développe précisément cette thématique).

Chaque agent, en agissant au quotidien sur son lieu de travail, doit participer au projet collectif de maîtrise des ressources en diminuant ses consommations d'eau, de papier, d'électricité et d'énergie.

Le CH la Chartreuse s'engage dans les 5 ans, à optimiser et valoriser les déchets, à limiter la pollution de l'eau et des sols, à favoriser la biodiversité, à réaliser des investissements durables et responsables etc....

Notre établissement s'engage à sensibiliser régulièrement le personnel aux gestes éco-responsables, par des colloques, affiches ...

Les programmes d'actions contenus dans la « charte d'engagement dans le développement durable » sont annexés au présent document.

PLAN D' ACTIONS DÉVELOPPEMENT DURABLE 2015-2019

- Déployer une gouvernance et des pratiques managériales durables et responsables
- Adopter une politique sociale attractive pour les salariés
- Réaliser des investissements durables et responsables
- Assurer le contrôle et la pérennité de l'établissement
- Intégrer des critères d'éco-responsabilité et d'écoconception dans la politique d'achats et dans l'étude des projets
- Assurer un suivi précis des réseaux d'eau afin de réduire les consommations
- Maîtriser la consommation énergétique et promouvoir les bonnes pratiques (électricité, chauffage, gaz)
- Optimiser le stockage et la valorisation des déchets
- Limiter la pollution de l'eau et des sols en réduisant les rejets et les apports polluants
- Diminuer l'impact des transports logistiques et déplacements des professionnels sur l'environnement
- Favoriser la biodiversité par une gestion différenciée des parcs et jardins

a. Les points forts et les points faibles du système documentaire actuel

a.1. Il existe une procédure et un système de management de la gestion documentaire structuré

Une procédure de gestion documentaire organise la gestion des procédures, protocoles et documents. La gestion de ce système documentaire est assurée par l'assistante gestion documentaire (procédures, protocoles, documents) et par l'assistante du projet qualité risques (compte-rendu, note d'information, note de service...).

Les documents qualité sont des documents à usage interne servant de référence à tous les personnels de l'établissement.

a.2. La documentation interne et professionnelle est centralisée depuis 2012 dans un espace documentaire accessible à tous

Un important travail de centralisation de la documentation interne et professionnelle a été effectué tout au long de l'année 2012 en partenariat avec le service informatique pour mettre en place, dès janvier 2013 un espace documentaire accessible à tous. Tout le personnel du CH La Chartreuse a reçu une information sur ce nouvel espace documentaire. 43 structures ont été visitées en 2013 et 400 personnes ont reçu une information sur l'espace documentaire.

L'harmonisation des outils de recherche par l'utilisation d'un seul logiciel pour toute la gestion documentaire (Doc@pro et Psychism) de l'établissement favorise l'adhésion des utilisateurs et permet d'optimiser les relations entre la Direction Qualité Risques Usagers (DQRU), le Centre de documentation, les services informatiques et les utilisateurs. Le logiciel de référencement et de mise à disposition des protocoles est le logiciel PMB.

L'intégralité de la base documentaire du système qualité contenant tous les documents qualité approuvés et diffusés est mise informatiquement à disposition du personnel via l'espace documentaire (lien accessible depuis le portail intranet) du CH La Chartreuse.

Chaque unité est équipée d'un ou plusieurs postes informatiques directement connectés au réseau Intranet. Tout agent peut donc accéder directement aux documents au format PDF.

L'outil informatique est le seul outil permettant de garantir un accès de tous aux documents actualisés. La réactualisation des classeurs papier dans les unités de soins sera arrêtée. Seuls les centres opérationnels seront chargés de la mise à jour d'un ensemble de classeurs papier, afin de pouvoir accéder à la documentation papier en cas de pannes électriques ou informatiques.

D'une manière générale, il faudra s'assurer de la connaissance par les professionnels des protocoles portant sur leurs domaines d'activité et des modalités pratiques pour se les procurer.

Enfin, à chaque intégration d'un protocole sur l'espace documentaire ou à chaque mise à jour, une communication adaptée et personnalisée réalisée par la Direction Qualité permettra d'informer les professionnels concernés (mailing, lettre Objectif Qualité Sécurité, présentation en réunion de cadres supérieurs...).

a.3. L'accès à l'espace documentaire doit être simplifié

L'accès direct à l'espace documentaire, sans avoir besoin d'un code identifiant et d'un mot de passe, devrait également permettre de faciliter l'accès à l'information.

Le système de gestion documentaire doit garantir le bon document au bon endroit pour les professionnels. Les documents qualité permettent la diffusion des bonnes pratiques opposables dans l'établissement. Toutefois, il convient d'évaluer ce système afin de garantir sa maîtrise et de former régulièrement les professionnels et notamment les nouveaux arrivants.

L'établissement s'engage à poursuivre les démarches déjà entreprises de constitution d'une gestion documentaire centralisée.

b. Simplifier les circuits d'information documentaire

La Diffusion Sélective d'Information (DSI) est un outil de veille documentaire destiné aux utilisateurs de l'espace documentaire. Ce service consiste à diffuser aux usagers, les résultats d'une recherche personnalisée et ce, de façon régulière. La DSI permet ainsi de communiquer les nouveautés du fonds documentaire, sur un sujet ou dans un domaine précis à des utilisateurs ciblés (ex : cadres, infirmiers, directeurs, ...).

La diffusion sélective de l'information permet d'alerter les utilisateurs de la parution récente de documents, d'informations rentrant dans leurs domaines d'intérêts et d'être ainsi au courant de l'actualité. La DSI est une mise à jour perpétuelle des connaissances d'un utilisateur ou d'un groupe d'utilisateurs. Cette mise à jour est réalisée grâce à l'envoi régulier des références les plus récentes.

La Direction Qualité Risques et le Centre de documentation devront développer cet outil afin de faciliter l'accès aux utilisateurs à une information ciblée.

A l'heure actuelle, le circuit de validation de la documentation qualité doit être optimisé (délai de signature et de diffusion des documents trop long). L'utilisation de l'outil informatique SharePoint doit permettre de réduire les délais de validation et de diffusion en réalisant une validation et une diffusion électronique des documents.

Le Service Informatique et la Direction Qualité Risques Usagers doivent chercher ensemble des solutions informatiques pour simplifier la gestion de la documentation interne en vigueur (extractions de bases automatisées, sommaires automatiques, circuit de signature informatisé...).

c. Développer l'espace documentaire pour répondre aux demandes des utilisateurs et faciliter la recherche

Afin d'optimiser l'utilisation de l'espace documentaire et de l'adapter aux demandes des utilisateurs, une recherche par processus sera développée dans l'espace documentaire. Chaque notice précisera le processus rattaché au document, ce qui permettra d'enregistrer la documentation différente à chaque processus.

L'établissement doit s'engager dans une démarche de définition des processus existants, formalisés dans le cadre d'une cartographie des processus (Cf. annexe 1). Cette démarche permettra alors de repérer les circuits « sensibles » pour lesquels des actions prioritaires d'amélioration continue de la qualité et/ou de gestion des risques a priori devront être menées.

Pour les processus transversaux (ressources humaines, logistiques, système d'information, gestion financière), l'analyse sera réalisée dans chaque Direction avec les professionnels des secteurs concernés.

Ascodocpsy met à la disposition des psychiatres, psychologues, internes et autres professionnels travaillant en psychiatrie des informations nécessaires aux pratiques professionnelles.

L'établissement poursuivra sa participation au réseau documentaire en santé mentale Ascodocpsy.

d. Organiser la veille réglementaire et la rendre accessible à tous

En 2013, 3 bulletins de veille ont été diffusés et une rubrique spécifique dans Doc@pro est mise à jour par la responsable du Centre de Documentation.

Compte tenu de l'importance particulière du respect de la réglementation dans un établissement de santé, l'organisation d'une veille réglementaire fait partie intégrante du management de l'établissement.

La veille concerne l'ensemble des activités de l'établissement : droits des patients, sécurité des soins, réglementation relative aux médicaments et aux dispositifs médicaux, autorisation d'exercice professionnel, droit du travail, sécurité des locaux, etc...

Son organisation inclut l'identification de la ou des personnes en charge :

- de la recherche des textes et de leur diffusion aux destinataires concernés,
- de la coordination et la centralisation du suivi des actions de mise en conformité avec la réglementation ;
- du retour d'information vers la direction et les instances sur le traitement des non-conformités.

La mise en place de ce système (ressources techniques et organisationnelles) doit permettre de faire connaître aux responsables les obligations réglementaires qui les concernent et de s'assurer de leur suivi.

Netvibes est un portail web personnalisable qui doit permettre de :

- développer une veille informationnelle et documentaire,
- contribuer à un réseau social intégré à ce site, qui permet notamment de repérer le travail documentaire d'autres utilisateurs et faire de ce système un espace où l'information peut être récupérée et transmise entre les différents utilisateurs,
- mettre à disposition des informations,

Un système documentaire structuré permettra une meilleure connaissance de la documentation détenue, de l'endroit où elle est accessible, par l'ensemble du personnel de l'établissement. C'est un outil d'encadrement, d'amélioration, d'évaluation et de mesure de l'efficacité du système en place.

III. CONCLUSION

En cohérence avec l'ensemble des projets composant le projet d'établissement 2015-2019, le projet qualité du CH intègre dans ses programmes, des engagements communs à toutes les directions, qui sont des préoccupations majeures de l'établissement :

- L'engagement dans une gouvernance et des pratiques durables et responsables, qu'elles soient sociales, économiques, managériales,
- L'engagement dans une politique de développement de la qualité de vie au travail,
- L'engagement à mieux impliquer les usagers et leurs représentants dans la détermination des priorités institutionnelles,
- L'engagement à mieux positionner les cadres en tant que responsables de la qualité et de la sécurité des soins.

IV. ANNEXES

- a. Plan d'actions prioritaires de 2015 à 2019
- b. Plan EPP de 2015 à 2019
- c. Cartographie des risques de l'établissement
- d. Cartographie des processus de l'établissement
- e. Plan d'audits internes à 5 ans
- f. Liste des comités techniques et groupes de travail

Instances	Nom du Président	Fonction	Date réunion 2014	Objectif
COPIL Qualité	Dr CAPITAIN	Président de la CME	02-04-2014 11-06-2014 29-10-2014 10-12-2014	
CGRV / CLIN (Risques –Vigilances)	Dr MARTIN BERTHOLE	Médecin coordonnateur de la GDR	20-03-2014 06-06-2014 29-09-2014 04-12-2014	
CRUGPC	Mme JACQUINOT *	Directeur de l'établissement Secrétaire générale	19-03-2014 28-05-2014 17-09-2014 03-12-2014	
Comité Ethique	Dr ROYER RIGAUD	Responsable du Bloc médical	10-02-2014 12-05-2014 15-09-2014 1 ou 8-12-2014	
Groupe EPP	Dr LOMBARD	Responsable Pôle D	04-06-2014 01-10-2014	
CRPV (Prévention – Violence)	Mme BICHON	Directrice des soins	30-01-2014 10-04-2014 05-06-2014 08-09-2014	
CHLT (Commission Hôtelière)	Mr BIBOULET	Directeur des services logistiques et techniques	04-04-2014 02-07-2014 17-10-2014	
Collège SIH (Schéma Informatique)	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	09-07-2014 15-10-2014	
Comité stratégique EPRD	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	28-02-2014 10-06-2014 10-10-2014	
Copil Dossier Patient	Dr CAPITAIN Mr MADELPUECH	Président de la CME Directeur de l'établissement	06-05-2014 28-10-2014	
Copil Stratégique Circuit du Médicament	Mr VAILLEAU Dr SEROT	Responsable Pharmacie Responsable Secteur 5	12-02-2014 10-09-2014	
Copil Développement Durable	Mr MADELPUECH	Directeur de l'établissement	06-03-2014 24-06-2014	
CLAN	Dr MOULARD	Responsable Secteur 7	20-03-2014 12-06-2014 18-09-2014 27-11-2014	
CLUD	Dr BEAUVALOT	Responsable secteur 4	13-02-2014 05-06-2014 25-09-2014 04-12-2014	
Groupe Parcours Patient	Dr CAPITAIN	Président de la CME	13-03-2014 24-06-2014 25-09-2014 04-12-2014	
Groupe Cristal Ink (dossier patient)	Dr MAACH	Responsable DIM		
Comedims	Dr SEROT	Responsable secteur 5	08-10-2014 ??-12-2014	
Groupe Cartographie des risques	Dr MARTIN BERTHOLE	Médecin coordonnateur de la GDR	23-01-2014 07-02-2014 21-02-2014 24-04-2014 14-05-2014	22-05-2014 02-06-2014 11-06-2014 25-06-2014
Collège archive dossier patient	Dr MAACH	Responsable DIM	22-01-2014 03-06-2014 10-06-2014 29-07-2014	
Groupe fin de vie	Mme DUPUIS	CSS		
Groupe Identifovigilance	Mme COFFART	Responsable Laboratoire	13-02-2014 26-05-2014 17-07-2014	
Groupe Bienveillance	Mr LEMOUEL	CS	09-02-2014 11-06-2014 24-09-2014	
Groupe Information en cas de dommages liés aux soins	Dr MURAT Mr TERRILLON	PH CS	20-02-2014	
Comité de suivi des soins sans consentement	Mr FISZKA	Directeur des affaires financières – Système d'information	Mars 2014	
Commission Médico / Administrative des	Mr FISZKA	Directeur des affaires financières – Système	2 fois en 2013	