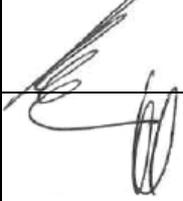


	POLITIQUE		N° 1.3.P.012
	POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES		
	Mots clés :	POLITIQUE QUALITE RISQUE	Version 3

	NOM et Prénom - Fonction	Signature
Rédaction	DRAPEAU-DELORME Christèle - Qualificienne	
Validation Approbation	Dr KRAAIJEVELD Adriaan – Président du CLIN	
	Dr PAPONNEAU Jean-Louis – Président de la CME	
	CHAUMILLON Valérie – Directeur Délégué de site	

➤ Historique :	Version 3	Émission :	06/04/2018	Validité :	05/04/2022	Nature :	Révision
➤ Référencement :	\\SERVEUR-LUZY\donnees\Docs qualite\01_QUALITÉ CERTIFICATION\3_SYSTÈME DOCUMENTAIRE\GEDV2016\1. PROCESSUS MANAGEMENT\1.3. Management Qualité-Risques-Vigilances						

1. Objet / Description

Ce document décrit la Politique Qualité – Gestion des Risques du CSLD de Luzu

2. Domaine et limites d'application :

Management de la Qualité -

3. Références légales & réglementaires :

- Article 6111-2 du code de la santé publique (article 1 de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires)
- Décret 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Établissement
- Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret
- N°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

4. Documents internes associés :

- 1.3. P.003 Méthodologie d'Analyse de processus
- 1.3. P.004 Cartographie des processus
- 1.3. P.011 Règlement Intérieur COPIL QUAVIRIS

5. Diffusion :

Générale - USLD – EHPAD –

6. Traçabilité et Indicateur :

Validité de la Politique – Conformité à la méthodologie d'évaluation

PRÉAMBULE

Placée sous l'égide de la CME¹, le projet stratégique de management global de la Qualité et de la Gestion des Risques du Centre de Soins de Longue Durée de LUZY (CSLD), s'inscrit dans la nouvelle organisation hospitalière issue de la loi HPST du 21 juillet 2009.

La politique Qualité- Gestion des risques (QGR) du CSLD s'appuie sur les références réglementaires en vigueur lors de la rédaction de cette politique et constituent la ligne de conduite de cette politique.

La Politique QGR a été intégrée au projet d'établissement « 2012-2016 », prorogé dans l'attente de sa révision, en lien avec le Projet Médical de Territoire. Le volet Qualité-Gestion des risques a été évalué et remis à jour :

- en 2013, dans le cadre de la préparation de l'établissement à la visite de certification V2010 par la HAS (avril 2014).
- en 2018, dans le cadre de la préparation de l'établissement à la visite de certification V2014 par la HAS² (mai 2018)

ENGAGEMENT DU CSLD

Depuis janvier 2001, le CSLD est engagé dans une démarche qualité initiée par le Directeur alors en poste, lequel écrivait, dans une note intitulée «- Engagement de la direction- : « Je m'engage donc pour la mise en place et la pérennisation de la qualité au CSLD de LUZY par la création d'une cellule qualité [...]».

Le 1er décembre 2009, dans la politique QGR, le Directeur d'alors écrivait dans la synthèse : « Par son engagement et sa contribution, chacun des membres du CSLD a prouvé son implication au service des résidents et des patients. La mise en œuvre de la présente politique QGR, de l'évaluation des pratiques professionnelles est garante de la sécurité de l'institution et permettra d'assurer les soins et les services requis et attendus par les patients et leurs proches ».

Depuis cette date, le CSLD évalue et révisé régulièrement sa politique QGR.

Les Objectifs du volet Qualité et le volet Gestion des risques sont déclinés ci-après

¹ Commission Médicale d'Établissement

² Haute Autorité de Santé

SOMMAIRE

1.	OBJECTIF N° 1 : DÉVELOPPER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	3
1.1.	Sous-objectif 1.1 : Faire vivre la culture qualité et favoriser la participation des personnels	3
1.1.1.	<i>L'officialisation des personnels « Référents thématiques » et « Pilote de processus »</i>	<i>3</i>
1.1.2.	<i>L'amélioration des actions de communication</i>	<i>3</i>
1.1.3.	<i>Le fonctionnement dynamique des instances et groupes de travail.....</i>	<i>3</i>
1.2.	Sous-objectif 1.2 : Mettre en œuvre une politique d'évaluation	3
1.2.1.	<i>Évaluer les pratiques professionnelles</i>	<i>3</i>
1.2.2.	<i>Évaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs</i>	<i>4</i>
1.2.3.	<i>Définir et mettre en place une politique d'audits internes</i>	<i>4</i>
1.3.	Sous-objectif 1.3 : Compléter la cartographie des processus du CSLD en ce qui concerne la gestion des risques.....	4
1.4.	Sous-objectif 1.4 : Poursuivre et améliorer la gestion documentaire du système qualité	5
1.4.1.	<i>Réviser la gestion du système documentaire mis en place en 2010</i>	<i>5</i>
2.	OBJECTIF N° 2 : ÉVALUATION ET RÉVISION DE LA POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES RISQUES	5
2.1.	Sous-objectif 2.1 : Améliorer la structuration de la fonction gestion des risques	5
2.1.1.	<i>Réalisation de l'organigramme de la fonction gestion des risques.....</i>	<i>5</i>
2.1.2.	<i>Sensibilisation et formation des professionnels à la méthodologie de gestion des risques a priori et a postériori.....</i>	<i>5</i>
2.2.	Sous-objectif 2.2 : Améliorer la politique de gestion des risques associés aux soins.....	5
2.2.1.	<i>Élaboration de la Cartographie des risques associés aux soins</i>	<i>6</i>
2.3.	Sous-objectif 2.3 : Améliorer la politique de gestion des risques a postériori	6
2.3.1.	<i>Améliorer le traitement des fiches d'événements indésirables (FEI).....</i>	<i>6</i>
2.4.	Sous-objectif 2.4 : Améliorer la coordination des vigilances règlementaires applicables	6
2.5.	Sous-objectif 2.5 : Assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse	7
2.5.1.	<i>Mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité concernant la prise en charge médicamenteuse.....</i>	<i>7</i>
2.5.2.	<i>Étude des risques pour les patients lors de la prise en charge médicamenteuse</i>	<i>7</i>
2.5.3.	<i>Déclaration des événements indésirables</i>	<i>7</i>
2.5.4.	<i>Évaluation de la démarche</i>	<i>7</i>
2.6.	Sous-objectif 2.6 : Renforcer la lutte contre les infections nosocomiales	8
2.6.1.	<i>Le programme d'actions du CLIN.....</i>	<i>8</i>
2.6.2.	<i>Les audits de pratiques</i>	<i>8</i>
2.7.	Sous-objectif 2.7 : Définir et mettre en œuvre une politique d'identitovigilance	8
2.7.1.	<i>Le contexte du CSLD.....</i>	<i>8</i>
2.8.	Sous-objectif 2.8 : Formaliser la politique de gestion des risques concernant les personnes accueillies et les personnels.....	8
2.8.1.	<i>La maîtrise des risques professionnels.....</i>	<i>8</i>
2.8.2.	<i>La diminution des risques liés à la malveillance.....</i>	<i>9</i>
2.9.	Sous-objectif 2.9 : Améliorer la sécurité du système d'information	9
2.10.	Sous-objectif 2.10 : Améliorer la gestion des risques liés à l'eau	9
2.10.1.	<i>La vigilance du CSLD</i>	<i>9</i>
2.11.	Sous-objectif 2.11 : Actualiser et évaluer l'organisation permettant de faire face aux situations de crise.....	10
2.11.1.	<i>Actualisation et évaluation du plan blanc, du plan bleu</i>	<i>10</i>
2.11.2.	<i>Sensibilisation et information des personnels</i>	<i>10</i>

3.	OBJECTIF N° 3 : AMÉLIORER LA QUALITE DE L'ÉCOUTE DES PERSONNES ACCUEILLIES	10
3.1.	Sous-objectif 3.1 : Améliorer l'enquête de satisfaction	10
3.2.	Sous-objectif 3.2 : S'assurer de la qualité de l'information médicale et paramédicale donnée au patient.....	10
3.2.1.	<i>La compréhension de l'information médicale délivrée et le consentement éclairé.....</i>	<i>10</i>
3.2.2.	<i>L'information du patient lors de la survenue d'un dommage lié aux soins</i>	<i>11</i>
3.2.3.	<i>La qualité de l'information institutionnelle délivrée aux patients et aux proches.....</i>	<i>11</i>
3.3.	Sous-objectif 3.3 : Disposer d'un circuit efficace de gestion des réclamations et des plaintes ..	11
3.4.	Sous-objectif 3.4 : Améliorer la participation des usagers à la vie institutionnelle	11
3.4.1.	<i>L'évaluation interne-externe de l'EHPAD et la Certification HAS de l'USLD.....</i>	<i>11</i>
3.4.2.	<i>Les réunions de la CDU (pour l'USLD) et les réunions du Conseil de la Vie Sociale pour (l'EHPAD).....</i>	<i>11</i>
3.5.	Sous-objectif 3.5 : Mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique au sein du CSLD	12
3.5.1.	<i>La formalisation du comité d'éthique.....</i>	<i>12</i>
4.	OBJECTIF N° 4 : INSCRIRE LE CSLD DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	12
4.1.	Sous-objectif 4.1 : S'engager dans le développement durable	12
4.2.	Sous-objectif 4.2 : Définir une politique d'achat écoresponsable	12
4.3.	Sous-objectif 4.3 : Améliorer la gestion des déchets	13
5.	ÉVALUATION DE LA POLITIQUE ET DU PROGRAMME QUALITE GESTION DES RISQUES	13

Annexe 1 : Objectifs Qualité Gestion des Risques

1. OBJECTIF N° 1 : DÉVELOPPER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

1.1. Sous-objectif 1.1 : Faire vivre la culture qualité et favoriser la participation des personnels

1.1.1. L'officialisation des personnels « Référents thématiques » et « Pilote de processus »

Afin de pérenniser la culture qualité et de la maintenir à niveau, l'établissement a depuis 2009, mis en place une organisation qui s'appuie sur les compétences spécifiques d'agents ASH³, AS⁴, IDE⁵.

Ces agents référents ont des missions spécifiques pour lesquelles ils bénéficient :

- de formations adéquates
- de jours où ils sont détachés du planning pour mener à bien leur rôle

En 2016, afin de s'adapter à la méthodologie utilisée par HAS pour la Certification, le CSLD a révisé sa cartographie des processus et la Direction a nommé, pour chaque processus, un binôme de pilotage.

1.1.2. L'amélioration des actions de communication

Les actions de communication porteront sur les priorités identifiées au niveau national ou régional, sur les objectifs institutionnels. Chaque année, le programme annuel QGR est présenté et diffusé aux personnels, par le biais du journal interne et de la publication d'un document dédié, consultable en gestion documentaire.

1.1.3. Le fonctionnement dynamique des instances et groupes de travail

Les instances sont autant d'occasions, pour un petit établissement tel que le CSLD, de promouvoir un fonctionnement dynamique des groupes de personnes qui participent à ces instances.

Les différents intervenants disposent de liberté d'action et de marge de manœuvre pour proposer au Copil QUAVIRIS⁶ des actions d'amélioration à engager.

1.2. Sous-objectif 1.2 : Mettre en œuvre une politique d'évaluation

1.2.1. Évaluer les pratiques professionnelles

Depuis la V2010 de la certification, l'EPP comporte désormais des exigences renforcées sur :

- La politique et l'organisation des EPP dont la HAS a fait une pratique exigible prioritaire (PEP)
- Le déploiement effectif et pérenne des démarches

Le programme des EPP fait l'objet d'une présentation annuelle, à l'occasion du bilan QGR

Le CSLD s'engage à se baser sur les éléments méthodologiques et les documents supports produits donnés par la HAS comme la fiche projet de l'EPP et le tableau de bord des EPP

Cette démarche d'EPP induit la mise en œuvre des moyens suivants :

- Définition des EPP prioritaires
- Définition des responsables des EPP par rapport au thème retenu
- Organisation de communications régulières sur les résultats des EPP

³ Agent des Services Hospitaliers

⁴ Aide-Soignant(e)

⁵ Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

⁶ Comité de Pilotage QUALité-Vigilances-RISques

1.2.2. Évaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs

✓ Les indicateurs obligatoires

Il s'agit des indicateurs qualité et sécurité des soins liés à la lutte contre les infections nosocomiales et au bon usage des antibiotiques suivis par l'équipe opérationnelle d'hygiène sous la responsabilité du CLIN et la sous-commission des antibiotiques :

- Score agrégé
- ICALIN
- ISCHA
- ICATB
- ICA-BMR

L'analyse des résultats donne lieu à des actions d'amélioration et au suivi de ces actions.

Le CSLD s'engage à communiquer en interne et en externe sur les résultats de ces évaluations.

✓ Les indicateurs choisis par l'établissement

De par son activité de Soins de Longue Durée, l'établissement n'est pas concerné par le recueil des indicateurs nationaux d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, hormis ceux liés à la lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, le CSLD a souhaité établir sa propre liste d'indicateurs, regroupés dans le Tableau de bord de la Qualité.

Le Tableau de bord de la Qualité est présenté annuellement aux instances et diffusé aux personnels.

1.2.3. Définir et mettre en place une politique d'audits internes

Les pilotes de processus ont la responsabilité :

- ✓ De définir annuellement le programme d'audits relatifs à leur thématique
- ✓ De réaliser ces audits, en lien avec le groupe de travail thématique et/ou les personnels en poste
- ✓ D'analyser les résultats et de comparer leur évolution
- ✓ De comparer les résultats des audits avec les attendus et les résultats d'établissements comparables
- ✓ De transmettre les données au Service Qualité pour compilation dans le Tableau De Bord de la Qualité

Les résultats des audits alimentent le programme d'actions qualité

1.3. Sous-objectif 1.3 : Compléter la cartographie des processus du CSLD en ce qui concerne la gestion des risques

La cartographie des processus du CSLD a été intégralement révisée en 2016. Cette cartographie a été élaborée en regard des spécificités réglementaires du champ sanitaire et complétée des spécificités propres à un EHPAD⁷

⁷ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

1.4. Sous-objectif 1.4 : Poursuivre et améliorer la gestion documentaire du système qualité

1.4.1. Réviser la gestion du système documentaire mis en place en 2010

Le CSLD s'engage à poursuivre les démarches déjà entreprises de constitution d'une gestion documentaire centralisée, en interne puis dans le cadre de la coordination de la Qualité au niveau du GHT⁸ de la Nièvre.

L'informatisation de la gestion documentaire sera déployée au plus tard le 15/04/2018, après formation de l'ensemble des personnels.

2. OBJECTIF N° 2 : ÉVALUATION ET RÉVISION DE LA POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES RISQUES

2.1.Sous-objectif 2.1 : Améliorer la structuration de la fonction gestion des risques

Une approche nouvelle prenant en compte la globalité et la complexité de l'activité de production de soins ainsi que l'environnement dans toutes ses dimensions s'est développé depuis quelques années au sein du CSLD.

Le CSLD poursuit la démarche globale et coordonnée des risques, initiée en 2009,

Les références réglementaires :

- ✓ « Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable », édition n°6 : mai 2009 portant mises à jour 2010
- ✓ « Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé », DGOS⁹
- ✓ « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé », HAS (2012)

2.1.1. Réalisation de l'organigramme de la fonction gestion des risques.

Suite à la révision de la cartographie des processus, une nouvelle organisation de la fonction Qualité-Gestion des risques a été validée par les différentes instances de l'établissement en Juin 2016.

Le pilotage opérationnel de la démarche a été confié au Copil QUAVIRIS, en avril 2017.

2.1.2. Sensibilisation et formation des professionnels à la méthodologie de gestion des risques a priori et a posteriori

La mise en place des fiches d'événements indésirables en 2010 a sensibilisé les personnels à l'importance du signalement en matière d'amélioration des pratiques. Des actions de formation sur la gestion des risques a priori et a posteriori sont régulièrement programmées.

2.2.Sous-objectif 2.2 : Améliorer la politique de gestion des risques associés aux soins

La lutte contre les événements indésirables associés aux soins oblige le CSLD à mettre en place une organisation comme le préconise le décret n°2010-1408 du 12/11/2010.

Organisation mise en place au CSLD afin de répondre au décret

- Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins a été désigné. Ce coordonnateur a suivi une formation adaptée à sa mission (octobre 2013)

⁸ Groupement Hospitalier de Territoire

⁹ Direction Générale de l'Offre de Soins

- Les modalités de travail entre le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène ont été rédigées en 2018
- Une équipe opérationnelle d'hygiène est active et un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par cette équipe.
- La liste des membres du CLIN¹⁰ et la liste des référents en hygiène du CSLD ont été actualisées en 2018
- Une analyse et une liste préliminaire des risques ont été établies ainsi qu'un calcul de la criticité.
- Un plan d'actions correctives a été mis en place et est régulièrement suivi et évalué.

2.2.1. Élaboration de la Cartographie des risques associés aux soins

Une cartographie des risques a été menée en 2017, sur chacun des processus obligatoires dans le cadre de la visite de certification v2014 de la HAS.

La cartographie des risques professionnels est effectuée dans le cadre du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), en cours de révision.

2.3.Sous-objectif 2.3 : Améliorer la politique de gestion des risques a posteriori

2.3.1. Améliorer le traitement des fiches d'événements indésirables (FEI)

« La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins, et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise »¹¹

Les FEI sont recueillies par les cadres de santé puis transmises :

- au service Qualité pour enregistrement et suivi des actions correctives
- La Cellule d'Analyse des Événements Indésirables, mise en place début 2017, en fait une revue et procède à la cotation de l'évènement.
- Si besoin, une analyse approfondie peut être menée à l'occasion de CREX

Le CSLD s'engage à utiliser des méthodes spécifiques d'analyse des causes développées dans le secteur de la santé pour la gestion des risques : « Méthode ALARM, Méthode Orion, diagramme causes-effet ou 5M

Le CSLD s'appuie sur le document produit en 2000 par l'ANAES : « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé ».

Les professionnels sont associés à l'analyse des causes profondes

Des actions correctives sont et seront mises en œuvre suite aux analyses

Un récapitulatif et une analyse statistique sont présentés lors du **Bilan Qualité-Gestion des risques**

2.4.Sous-objectif 2.4 : Améliorer la coordination des vigilances réglementaires applicables

Le CSLD a révisé en 2017 la liste des référents chargés des différentes vigilances réglementaires.

Un tableau récapitulatif a été envoyé à l'ARS¹² de Bourgogne ainsi qu'à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Le coordonnateur des vigilances est le Président de CME

¹⁰ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

¹¹ Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010

¹² Agence Régionale de Santé

Le classeur intitulé « Qualité-Gestion des Risques-Vigilances » répertorie :

- les différentes vigilances
- les formulaires de déclaration d'un incident ou d'un risque d'incident de réactovigilance, ou de matériovigilance
- les alertes ascendantes et les alertes descendantes

Un **bilan annuel** de la coordination des vigilances sera réalisé en réunions du Copil QUAVIRIS

2.5.Sous-objectif 2.5 : Assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse

2.5.1. Mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité concernant la prise en charge médicamenteuse

Le CSLD œuvre activement à l'amélioration du circuit du médicament. Les actions correctives à conduire pour répondre intégralement à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé sont mises en place progressivement.

La direction du CSLD, conjointement avec le Président de la CME, sont tout particulièrement engagés dans la mise en place de ces actions correctives destinées à sécuriser le circuit du médicament.

Quelques exemples d'actions engagées :

- Un pharmacien référent a été nommé en Décembre 2013 (quotité de travail de 20% ETP)
- Le CSLD a désigné un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en la personne dudit pharmacien
- Une IDE a été désignée comme co-pilote du processus. Elle est régulièrement détachée du planning pour conduire des actions correctives
- Le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse a été rédigé
- Un livret thérapeutique a été validé par le président de la CME
- La politique d'antibiothérapie a été validée en CLIN en 2013 et est révisée régulièrement

2.5.2. Étude des risques pour les patients lors de la prise en charge médicamenteuse

Une cartographie des risques a priori a été menée en 2017. Les risques ont été côtés, priorisés et les actions correctives mises en œuvre et/ou programmées

2.5.3. Déclaration des événements indésirables

Les FEI mises en place servent à déclarer ce type d'événement. Elles sont recueillies par les cadres de santé puis transmises :

- au service Qualité pour enregistrement
- au pharmacien, pilote du processus, pour analyse et mise en place des actions correctives
- Une analyse approfondie peut être menée à l'occasion de CREX, l'établissement n'étant pas en mesure de mettre en place une Revue des Erreurs Médicamenteuses (REMEDI)

Un récapitulatif et une analyse statistique sont présentés lors du Bilan Qualité-Gestion des risques

2.5.4. Évaluation de la démarche

L'utilisation de l'outil Interdiag composé de 160 questions proposé par l'ANAP permettra d'évaluer l'organisation mise en place. Des actions d'amélioration seront inscrites au Programme d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS).

Le bilan annuel de ces actions est présenté à la CME et au Copil QUAVIRIS.

2.6.Sous-objectif 2.6 : Renforcer la lutte contre les infections nosocomiales

Le CSLD a mis en place une organisation permettant de favoriser la lutte contre les infections nosocomiales et de sensibiliser les personnels, les patients et leurs proches aux pratiques d'hygiène.

- Le CSLD bénéficie des services d'une équipe opérationnelle d'hygiène composée d'un médecin hygiéniste et d'une IDE hygiéniste. Deux conventions de collaboration sont établies avec le Centre Hospitalier de NEVERS et le Centre Hospitalier de DECIZE.
- Les référents hygiène, sont informés du programme d'actions du CLIN et de la veille réglementaire ;
- Un classeur regroupe les différents protocoles établis avec les membres de l'EOH et sont classés par chapitre. Suite à la dématérialisation de la gestion documentaire en 2018, tous les documents sont consultables informatiquement. Tous les agents ont été formés en Mars 2018.

2.6.1. Le programme d'actions du CLIN

Le programme est élaboré en collaboration avec la CME, la CSIRMT, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le BILANLIN est dressé tous les ans et les indicateurs qualité sécurité des soins sont affichés dans l'établissement ainsi que publiés sur le site de l'établissement.

Le CSLD s'emploie à améliorer les différents scores, malgré le fait que le niveau d'exigences augmente régulièrement.

2.6.2. Les audits de pratiques

Des audits figurent au programme d'actions.

Le CSLD développe son programme d'audits et les personnels sont sensibilisés sur ce sujet.

2.7.Sous-objectif 2.7 : Définir et mettre en œuvre une politique d'identitovigilance

2.7.1. Le contexte du CSLD

Les homonymies qui sont rencontrées au CSLD font de l'identitovigilance une priorité en termes de gestion des risques associées aux soins.

Afin d'améliorer l'identification du patient tout au long de son parcours de soins, le CSLD :

- a établi sa politique d'identitovigilance
- a créé une cellule d'identitovigilance
- a nommé un responsable de l'identitovigilance en la personne du Coordonnateur de la Gestion des risques
- a nommé et formé deux référents soignants
- a établi une charte d'identitovigilance
- Forme régulièrement les personnels aux risques liés aux erreurs d'identification

2.8.Sous-objectif 2.8 : Formaliser la politique de gestion des risques concernant les personnes accueillies et les personnels

2.8.1. La maîtrise des risques professionnels

Le CSLD est engagé depuis de nombreuses années dans l'amélioration des conditions de travail. De nombreuses actions d'améliorations à destination des personnels ont été conduites. En 2013, les représentants du CHSCT ont reçu l'appui d'un organisme de formation pour la réalisation du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP).

En 2017, afin d'améliorer le processus de révision régulière du Document Unique, sa réalisation a été placée sous la responsabilité du groupe de travail « Qualité de vie au Travail et Risques Psycho-Sociaux », en lien avec le CHSCT.

Le pilote présente chaque année à la Direction un programme des évaluations à mener.

Les risques sont cotés et les actions d'améliorations priorisées.

2.8.2. La diminution des risques liés à la malveillance

Le CSLD est un établissement ouvert au public et bien connu de la population locale. De par sa mission, il accueille des personnes vulnérables. C'est pourquoi, il est régulièrement exposé aux risques de malveillance, d'intrusions, de vols.

Les actes de malveillance et de vols sont signalés à la direction en direct et/ou par le biais es FEI. Des enquêtes sont diligentées.

Le CSLD se doit de poursuivre sa politique de vigilance et le Directeur peut être conduit à exercer son pouvoir de police

- La gendarmerie continuera à être sollicitée en cas de besoin
- Des digicodes sont posés sur les locaux à risques et certains sont changés régulièrement
- Les personnels sont régulièrement sensibilisés au signalement de situations équivoques
- Fin 2017, un audit de sécurité a été réalisé par le référent département sûreté et la gendarmerie locale, à la demande de la Direction. Un Plan de sécurité est en cours d'élaboration par un groupe de travail, sous l'autorité de la Direction.

2.9. Sous-objectif 2.9 : Améliorer la sécurité du système d'information

Selon le Schéma Directeur du Système d'Information : « Il nous appartient de maîtriser les risques liés à l'apport technologique du système d'information de l'établissement.

Si le déploiement du SI est un gage d'efficacité, il demande une nécessaire prise de conscience sur le fait que les nouveaux outils numériques qui vont être mis en place vont être fragilisés par l'hyper connexion des systèmes.

Il convient de traiter la qualité, l'intégrité, la confidentialité et la traçabilité des données.

La sécurité du système d'information de santé est une obligation concourant à la sécurité de la prise en charge des patients et des soins qui leur sont prodigués au sein de l'établissement, car les données médicales des patients sont des données sensibles. »

Pour assurer la sécurité de son système d'information, l'établissement s'appuie sur le référent informatique, interface avec les prestataires extérieurs (société de maintenance, éditeurs de logiciels).

L'établissement a établi une cartographie des risques relatifs au système d'information en 2017 et les actions correctives sont mises en œuvre et/ou programmées.

De plus l'établissement s'inscrit dans le Schéma Directeur du Système d'Information du GHT.

2.10. Sous-objectif 2.10 : Améliorer la gestion des risques liés à l'eau

2.10.1. La vigilance du CSLD

Le CSLD est particulièrement vigilant en ce qui concerne les risques liés aux légionnelles. Les défaillances techniques identifiées en juin 2012 par un bureau d'études en Génie Climatique et Fluides ont été corrigées lors de travaux en 2016. Le réseau de production d'Eau Chaude Sanitaire a été intégralement rénové. Ces travaux ont, de plus, été l'occasion d'avancement en termes de Développement Durable, avec les équipements économes en eau et en énergie.

En complément, l'établissement a été raccordé au réseau municipal de chaleur bois.

Une organisation est en place pour veiller au respect des températures de l'eau chaude, de l'eau froide, effectuer les prélèvements, faire les soutirages, les purges des ballons, etc.

2.11. Sous-objectif 2.11 : Actualiser et évaluer l'organisation permettant de faire face aux situations de crise

Le CSLD doit se préparer à l'éventualité de situation de crise. La pandémie grippale de 2009 a obligé l'établissement à tester certains dispositifs comme la cellule de crise et à rédiger son plan de continuité d'activité.

2.11.1. Actualisation et évaluation du plan blanc, du plan bleu

-Le plan blanc rédigé en 2009 a été mis à jour en 2013, 2016 et 2018.

-Le plan bleu est actualisé chaque année.

2.11.2. Sensibilisation et information des personnels

Les personnels sont informés de l'existence du Plan Blanc et du Plan Bleu, qui font l'objet d'une information dans le Livret d'accueil remis aux nouveaux professionnels et disponibles en gestion documentaire.

3. OBJECTIF N° 3 : AMÉLIORER LA QUALITE DE L'ÉCOUTE DES PERSONNES ACCUEILLIES

3.1.Sous-objectif 3.1 : Améliorer l'enquête de satisfaction

Afin d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge, l'établissement met en œuvre des enquêtes de satisfaction :

- Une enquête biannuelle auprès des patients et résidents
- Une enquête biannuelle auprès des proches des patients et résidents
- Une enquête post-admission, dans les deux mois suivant l'entrée du patient/résident.

Ces enquêtes sont réalisées et analysées par le psychologue de l'établissement.

Les résultats de l'enquête sont portés à la connaissance des différentes instances, notamment de la CDU et du CVS.

Suite aux dernières enquêtes, menées au second semestre 2017, certaines actions d'amélioration ont été immédiatement mises en œuvre.

D'autres actions, plus longues à engager, sont intégrées au PAQSS.

3.2.Sous-objectif 3.2 : S'assurer de la qualité de l'information médicale et paramédicale donnée au patient

3.2.1. La compréhension de l'information médicale délivrée et le consentement éclairé

Les professionnels doivent donner aux personnes accueillies une information claire afin que ceux-ci puissent prendre une part active à leur prise en charge médicale. Il convient pour ces personnels de s'assurer du consentement éclairé de la personne.

Les patients du CSLD sont pour un certain pourcentage en incapacité de donner leur consentement. Aussi, les médecins et les IDE s'adressent soit au représentant légal si c'est le cas, soit à la personne de confiance si elle est nommée, soit au référent familial.

En tout état de cause, les actes de soin sont toujours concertés et les patients sont majoritairement d'anciens clients connus des médecins libéraux intervenants dans l'établissement.

3.2.2. L'information du patient lors de la survenue d'un dommage lié aux soins

L'annonce d'un dommage s'inscrit dans une démarche de gestion des risques. Il est donc indispensable pour le CSLD d'instaurer une culture de sécurité basée sur une vision pédagogique et non punitive de l'erreur.

Le CSLD s'appuie sur le document de référence produit par l'HAS en mars 2011.

3.2.3. La qualité de l'information institutionnelle délivrée aux patients et aux proches

Le CSLD délivre un grand nombre d'informations aux patients et à leurs proches. Cette information est diffusée sur différents supports et porte sur des sujets variés.

Il est donc important de veiller à la pertinence et à l'actualisation des informations délivrées. Les supports de communication doivent toujours être adaptés à la population accueillie (hauteur des vitrines d'affichage, police et taille des caractères, etc.)

Les personnels sont formés au Droits des patients et un groupe de travail a été mis en place fin 2016.

3.3.Sous-objectif 3.3 : Disposer d'un circuit efficace de gestion des réclamations et des plaintes

La gestion des réclamations et des plaintes est un élément essentiel de l'écoute clients. Comme le CSLD est un petit établissement, la gestion des plaintes et réclamations est confiée au Bureau Clientèle et traitée directement par l'équipe de direction.

Un registre des plaintes et réclamations a été mis en place le 14/12/2012.

Dans certains cas, les réclamations émanant de patients/résidents sont transmises par le personnel, sous forme de Déclaration d'Évènement Indésirable, transmise au service Qualité. Dans ce cas, le service qualité transmet ledit document au Bureau Clientèle.

3.4.Sous-objectif 3.4 : Améliorer la participation des usagers à la vie institutionnelle

Le CSLD a le souci d'associer les patients, les résidents, leurs proches et les représentants des usagers à la vie institutionnelle.

3.4.1. L'évaluation interne-externe de l'EHPAD et la Certification HAS de l'USLD

Les représentants des usagers participent activement à ces évaluations et les résultats sont présentés aux instances dédiées (CDU pour l'USLD et CVS pour l'EHPAD).

3.4.2. Les réunions de la CDU (pour l'USLD) et les réunions du Conseil de la Vie Sociale pour (l'EHPAD)

L'établissement s'est engagé à respecter le nombre de réunions prévues par la réglementation. Ces réunions favorisent l'expression des usagers et permettent de répondre à leurs attentes. Les relevés de conclusion sont affichés.

Le rapport de la CDU est réalisé et transmis à l'ARS.

3.5.Sous-objectif 3.5 : Mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique au sein du CSLD

Depuis quelques années se manifeste un souci grandissant de mener une réflexion éthique dans le domaine de la santé. Afin d'encourager et d'accompagner cette évolution, le législateur a imposé l'organisation d'une réflexion éthique au sein de chaque établissement de santé (article L.61111 du code de la santé publique).

*« Le déploiement d'une démarche de questionnement éthique revêt un enjeu important au regard des situations d'interventions professionnelles et de la vulnérabilité des personnes bénéficiant des prestations. Aussi, les professionnels faisant face à une situation singulière dans laquelle entrent des conflits de valeur doit-il s'appuyer sur une réflexion collective mise en place par la structure pour étayer son positionnement ».*¹³

Aussi, le CSLD s'est-il engagé dans une démarche éthique qu'il a formalisée en créant, en 2013, son Comité d'éthique. L'établissement a également adhéré à l'Espace de réflexion éthique Bourgogne/Franche Comté (EREBFC) et 3 membres du comité d'éthique ont assisté, en juillet 2013 à la 3ème rencontre du Réseau COMETH organisée par l'EREBFC.

3.5.1. La formalisation du comité d'éthique

Pour accompagner le questionnement éthique, il convient d'identifier un dispositif adapté. La recommandation de l'ANESM donne quelques principes concernant l'identification d'une instance éthique, la mise en place de l'instance, les principes de fonctionnement, et l'animation de l'instance. Cette formalisation est en cours et la redynamisation du Comité Éthique est inscrite au PAQSS.

4. OBJECTIF N° 4 : INSCRIRE LE CSLD DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

4.1.Sous-objectif 4.1 : S'engager dans le développement durable

Le développement durable est défini comme « la capacité des générations présentes à satisfaire leurs besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire leurs propres besoins »¹⁴

Il s'inscrit dans une démarche de responsabilité sociétale des organisations par :

- Une responsabilité économique (choix d'investissement, d'activité de l'organisation et ses conséquences territoriales)
- Une responsabilité sociale vis-à-vis des salariés et en externe de ses partenaires, usagers.
- Une responsabilité environnement qui prend en compte l'impact des activités

Cette responsabilité implique des principes et des pratiques de responsabilité dans les processus de décision, de management et des pratiques professionnelles.¹⁵

En conséquence, le CSLD s'engage à promouvoir le développement durable dans sa stratégie, en fondant sa démarche sur la réalisation d'un diagnostic annuel.

4.2.Sous-objectif 4.2 : Définir une politique d'achat écoresponsable

La politique d'achat écoresponsable favorise l'optimisation des besoins et privilégie l'achat de produits, de services et les activités qui ont une incidence environnementale moindre, au meilleur coût et qui intègre la dimension sociale.

¹³ Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. ANESM, octobre 2010

¹⁴ Rapport élaboré par la Commission BRUNTLAND

¹⁵ Document de l'HAS critère 1b du 16/02/2011

Cette démarche vise à intégrer progressivement une approche en coût global et des critères de développement durable dans les appels d'offres et le choix des fournisseurs, dans le respect des impératifs de qualité et de sécurité des soins.¹⁶

En conséquence, le CSLD s'engage à définir une politique d'achat écoresponsable

4.3.Sous-objectif 4.3 : Améliorer la gestion des déchets

L'activité du CSLD génère des quantités importantes de déchets. En tant que producteur de déchets, l'établissement est responsable de déchets qu'il produit.

Il lui incombe donc d'organiser le processus d'élimination des déchets, conformément à la réglementation et au code de l'environnement en vigueur, depuis la production jusqu'au traitement final, tout en assurant le respect des règles d'hygiène, de sécurité pour les personnes, les biens et l'environnement, ainsi que son coût financier.

La prise de conscience du caractère limité des ressources naturelles ainsi que des effets néfastes des pollutions de toute nature résultant de la production des biens et de leur consommation conduisent à retenir le principe de réduire, réutiliser, et ainsi, faire de l'environnement un nouvel enjeu dans la gestion des déchets.¹⁷

En conséquence, le CSLD s'engage à améliorer la gestion de ses déchets

5. ÉVALUATION DE LA POLITIQUE ET DU PROGRAMME QUALITE GESTION DES RISQUES

Un bilan annuel est élaboré par le service Qualité et présenté aux instances.

Ce bilan comprend :

- Les actions réalisées au cours de l'année N-1 en termes de management de la QGR
- Les bilans élaborés par les pilotes et les référents
- La synthèse statistique des Déclarations d'évènements indésirables
- Le programme des actions QGR déclinant les objectifs de la Politique QGR pour l'année N
- Le PAQSS
- Le tableau de bord des indicateurs de la Qualité

¹⁶ Document de l'HAS : critère 6f du 18/02/2011

¹⁷ Document de l'HAS : critère 7e du 18/02/2011

Objectifs QUALITE GESTION DES RISQUES

OBJECTIF N° 1 : DÉVELOPPER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	→ 1.1 : Faire vivre la culture qualité et favoriser la participation des personnels	<ul style="list-style-type: none"> → L'officialisation des personnels « Référents thématiques » et « Pilote de processus » → L'amélioration des actions de communication → Le fonctionnement dynamique des instances et groupes de travail
	→ 1.2 : Mettre en œuvre une politique d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> → Évaluer les pratiques professionnelles → Évaluer les pratiques via le suivi d'indicateurs → Définir et mettre en place une politique d'audits internes
	→ 1.3 : Compléter la cartographie des processus du CSLD en ce qui concerne la gestion des risques	
	→ 1.4 : Poursuivre et améliorer la gestion documentaire du système qualité	→ Réviser la gestion du système documentaire mis en place en 2010
OBJECTIF N° 2 : ÉVALUATION ET RÉVISION DE LA POLITIQUE GLOBALE DE GESTION DES RISQUES	→ 2.1 : Améliorer la structuration de la fonction gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> → Réalisation de l'organigramme de la fonction gestion des risques → Sensibilisation et formation des professionnels à la méthodologie de gestion des risques à priori et a postériori
	→ 2.2 : Améliorer la politique de gestion des risques associés aux soins	→ Élaboration de la Cartographie des risques associés aux soins
	→ 2.3 : Améliorer la politique de gestion des risques a postériori	→ Améliorer le traitement des fiches d'événements indésirables (FEI)
	→ 2.4 : Améliorer la coordination des vigilances réglementaires applicables	
	→ 2.5 : Assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> → Mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité concernant la prise en charge médicamenteuse → Étude des risques pour les patients lors de la prise en charge médicamenteuse → Déclaration des événements indésirables → Évaluation de la démarche
	→ 2.6 : Renforcer la lutte contre les infections nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> → Le programme d'actions du CLIN → Les audits de pratiques
	→ 2.7 : Définir et mettre en œuvre une politique d'identitovigilance	
	→ 2.8 : Formaliser la politique de gestion des risques concernant les personnes accueillies et les personnels	<ul style="list-style-type: none"> → La maîtrise des risques professionnels → La diminution des risques liés à la malveillance
	→ 2.9 : Améliorer la sécurité du système d'information	
	→ 2.10 : Améliorer la gestion des risques liés à l'eau	→ La vigilance du CSLD
	→ 2.11 : Actualiser et évaluer l'organisation permettant de faire face aux situations de crise	<ul style="list-style-type: none"> → Actualisation et évaluation du plan blanc, du plan bleu → Sensibilisation et information des personnels
OBJECTIF N° 3 : AMÉLIORER LA QUALITE DE L'ÉCOUTE DES PERSONNES ACCUEILLIES	→ 3.1 : Améliorer l'enquête de satisfaction	
	→ 3.2 : S'assurer de la qualité de l'information médicale et paramédicale donnée au patient	<ul style="list-style-type: none"> → La compréhension de l'information médicale délivrée et le consentement éclairé → L'information du patient lors de la survenue d'un dommage lié aux soins → La qualité de l'information institutionnelle délivrée aux patients et aux proches
	→ 3.3 : Disposer d'un circuit efficace de gestion des réclamations et des plaintes	
	→ 3.4 : Améliorer la participation des usagers à la vie institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> → L'évaluation interne-externe de l'EHPAD et la Certification HAS de l'USLD → Les réunions de la CDU (pour l'USLD) et les réunions du Conseil de la Vie Sociale pour (l'EHPAD)
	→ 3.5 : Mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique au sein du CSLD	→ La formalisation du comité d'éthique
OBJECTIF N° 4 : INSCRIRE LE CSLD DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE	→ 4.1 : S'engager dans le développement durable	
	→ 4.2 : Définir une politique d'achat écoresponsable	
	→ 4.3 : Améliorer la gestion des déchets	