

## 5 > Projet Qualité Gestion des Risques 2017-2021

### 5.1. Introduction

Le projet Qualité Gestion des Risques, bien que non mentionné dans l'article L.6143-2 du code de la santé publique relatif à la définition et au contenu du projet d'établissement, est un volet incontournable du projet d'établissement.

Existant en filigrane dans le projet d'établissement 2006-2011, consacré dans le projet d'établissement 2012-2016, le projet qualité gestion des risques retenu pour 2017-2021 recentre ses orientations, objectifs et actions sur les attendus en matière de qualité – gestion des risques d'un établissement de santé spécialisée en psychiatrie.

Ce projet 2017-2021 est l'aboutissement du développement des démarches et actions qualité-gestion des risques et de la dynamique « qualité-gestion des risques » déployée sur l'établissement durant ces dix dernières années. Il consacre l'atteinte d'un niveau de maturité élevé en ce domaine dans l'organisation mise en place dans l'établissement.

Les cinq années correspondant au précédent projet d'établissement (2012-2016) ont permis de structurer la « qualité – gestion des risques » dans l'établissement pour le doter d'une organisation à un double niveau, complémentaire par essence, le niveau stratégique (avec en instance d'impulsion et de validation le comité de pilotage qualité notamment) et le niveau opérationnel mettant « la qualité » en action sur le terrain à travers les groupes, bureaux et organisations dédiés.

Cette organisation repose sur un document central : le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (P.A.Q.S.S.) de l'établissement subdivisé en 26 P.A.Q.S.S. (au 1<sup>er</sup> janvier 2017) chacun piloté institutionnellement (par les pôles de soins, par les directions fonctionnelles, par les groupes et/ou les instances dédiés...) et définissant les actions, démarches, projets à mettre en place, le calendrier et les modalités d'évaluation.

Le P.A.Q.S.S. est un document évolutif, qui a connu depuis sa mise en œuvre une progression constante dans son contenu (nouveaux domaines, nouvelles actions, nouveaux pilotages...). Ainsi, dès 2012, le P.A.Q.S.S. a compté 215 actions (238 actions en 2013, 316 actions en 2014, 368 en 2015 et 440 courant 2016). Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le P.A.Q.S.S. de l'établissement compte 340 actions (100 actions ont été archivées - 92 étant en cours de réalisation).

Cette évolution constante démontre le dynamisme de l'établissement, sa volonté d'adaptation permanente aux demandes des professionnels et aux projets institutionnels et/ou polaires de l'établissement.

Aujourd'hui, les enjeux qualité sont identifiés, connus et partagés des pilotes et responsables de groupes qui, au quotidien, utilisent sa méthodologie, la démarche projet, se réfèrent à ses modes d'évaluation pour guider leurs actions, orientations et décisions. Les directions fonctionnelles et les pôles de soins en sont également les artisans et les promoteurs au quotidien.

Le haut degré d'exigence de l'établissement en terme de qualité se traduit dans l'attention très forte qu'il porte aux démarches de certification qui jalonnent, par exemple, tous les deux ans maintenant la vie de l'établissement mais également dans celles lesquelles il se lance volontairement pour améliorer chaque jour le service rendu à l'utilisateur, ce faisant, favorise l'amélioration de sa prise en charge (certification ISO 22 000 obtenue en juillet 2016 pour le service de restauration). La réponse apportée par l'établissement est sans ambiguïté, elle est forcément volontaire et volontariste et se veut ambitieuse.

Elle se poursuivra sur ce nouveau projet 2017-2021 à travers la mise à l'honneur des nouvelles modalités d'investigation issues de la certification V2014 que sont le patient traceur et l'audit de processus. S'adressant directement aux professionnels de santé et participant directement à l'amélioration de la prise en charge de nos patients, ces deux modalités d'évaluation vont guider notre nouveau projet qualité-gestion des risques.

Le projet qualité-gestion des risques 2017-2021 s'organise ainsi autour de 4 axes :

- La pérennisation du système de management qualité-gestion des risques à travers le patient traceur et l'audit de processus ;
- Le management par processus et l'accompagnement des professionnels ;
- Le déploiement de la culture qualité ;
- Le management par la gestion des risques.

Ces axes s'inspirent des évolutions constatées dans l'établissement et des réponses apportées : certification H.A.S. et conclusions des experts visiteurs, résultats des audits et des démarches projets mises en place, résultats des revues d'événements indésirables graves, retours d'expériences, évaluations des pratiques professionnelles, évolutions réglementaires (loi du 26 janvier 2016...), recommandations de bonnes pratiques, évolutions du P.A.Q.S.S....

Le projet qualité gestion des risques 2017-2021 se veut complémentaire du projet médical et du projet de soins et de tous les volets composant le projet d'établissement 2017-2021. Il en constitue une facette axée sur la « qualité – gestion des risques ».

## 5.2. Méthodologie retenue

Le projet qualité-gestion des risques 2017-2021 est issu des travaux et réflexions d'un groupe de travail dédié composé des représentants des bureaux qualité mis en place sur l'établissement, des présidents de la Commission Qualité Sécurité des Soins (C.Q.S.S.), de la présidente du comité D.P.C., des responsables de groupes et du service qualité.

Nom	Prénom	Fonction	Pôle
MARCO	Sylvie	Cadre qualité pôle 1	1
COARASA	Sophie	Cadre qualité pôle 1	1
MERCADIEU	Jean-Pierre	Cadre qualité pôle 2	2
DOC	Nathalie	Cadre qualité pôle 2	2
TACHON	Alexandrine	Cadre qualité pôle 3	3
FERRERA	Maud	Cadre qualité pôle 4	4
BUGNICOURT	Marie	Cadre qualité pôle 4	4
LOUET	Christophe	Co Président CQSS	3
ENGEL	Carole	Co Président CQSS	2
DUMONT	Marc	CSS	5
CLEMENT	Maud	Directeur adjoint	5
BARBE	Christophe	Ingénieur qualité	5
BROCHARD	Alain	PH qualité pôle 1	1
DIOT	Alexandre	PH qualité pôle 2	2
AZORBLY	Bartholomé Komivi	PH qualité pôle 3	3
PEHAU-GUIRA	Mathilde	PH qualité pôle 4	4
STREK	Nathalie	Président Comité D.P.C. et COMEDIMS	3
DE SALES	Valérie	Représentant C.S.I.R.M.T.	4
ZONZON	Anne Line	Responsable C.L.A.N.	1
LAVANTES	Dominique	Responsable C.L.U.D.	3
HUC	Benoit	Responsable G.H.I.N.	3
PASCASSIO	Claire	Assistante Qualité	5

Ce groupe s'est réuni aux différentes étapes de la méthodologie retenue pour le projet d'établissement :

- 27 avril 2016 : bilan du projet qualité – gestion des risques 2012-2016 ;
  - 22 juin 2016 : diagnostic du projet qualité – gestion des risques (détermination des forces, faiblesses, menaces et opportunités) ;
  - 16 décembre : définition des nouvelles orientations (4 axes) et objectifs du volet de prise en charge (15) – validation des actions (48) ;
  - 4 mai 2017 : validation du projet 2017-2021 en Comité de Pilotage Qualité ;
- Chacune de ces étapes a donné lieu à la rédaction des documents repris ci-après.

### 5.3. Bilan du projet qualité gestion des risques 2012-2016

Le bilan du précédent projet qualité – gestion des risques a permis de faire les constats suivants :

- Le déploiement de la démarche qualité sur l'établissement et son appropriation par les professionnels de l'établissement (structuration aboutie, responsables et pilotes désignés, pratiques professionnelles évaluées...) ;
- Un P.A.Q.S. évolutif, actif et permanent (voir ci-dessus) ;
- Un accompagnement efficace des professionnels (gestion documentaire, formations, sensibilisations, accompagnements...) ;
- Une attention très forte à la sécurisation et à la maîtrise de l'environnement du patient (urgences vitales, prise en charge médicalementuse, douleur...) donnant naissance lors de l'identification des risques à une organisation et un dispositif dédié piloté et évalué ;
- Le développement d'une culture sécurité ;
- Une gestion des risques efficace et partagée.

Ces constats ont été partagés lors de la visite de certification de mars 2015 à l'issue de laquelle les experts visiteurs n'ont relevé aucun écart sur la thématique « management de la qualité et de la gestion des risques ». Est ainsi soulignée la mise en place d'une démarche globale, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. C'est cette démarche et cette dynamique qu'il convient de conforter sur le nouveau projet d'établissement 2017-2021.

Sur les 99 actions inscrites au précédent projet :

- 78 ont été réalisées au 31 décembre 2016 ;
- 6 actions sont en cours ;
- 6 actions ont été partiellement réalisées ;
- 4 actions n'ont pas été faites ;
- 5 actions ont été ajournées.

Sur les 99 actions, 54 actions sont conservées et seront redéfinies selon les nouvelles orientations retenues.

### **a. Thème 1 : « Structurer le système de management de la qualité »**

4 objectifs étaient poursuivis :

- Faire connaître la Direction Qualité ;
  - Faire connaître et identifier les instances « Qualité » ;
  - Mettre en place et monter en charge les nouvelles organisations ;
  - Mettre en place les structures adaptées aux évolutions et enjeux en cours et à venir.
- Parmi les actions définies, la presque totalité a été mise en œuvre sur l'exercice du précédent projet d'établissement (15 actions) participant de la structuration et de l'identification de l'organisation qualité-gestion des risques de l'établissement.

### **b. Thème 2 : « accompagner, valoriser, évaluer »**

10 actions identifiées sous ce thème visant à sensibiliser, former, accompagner les professionnels aux démarches (gestion documentaire et ressources documentaires) et outils existants (indicateurs) en matière de qualité.

Sur les 10 actions poursuivies : 7 actions ont été réalisées.

### **c. Thème 3 : « sécuriser et maîtriser la prise en charge du patient »**

Ce thème est envisagé sous 2 angles constituant 2 objectifs :

- La sécurité des biens et des personnes : sur les 5 actions identifiées, 4 ont été réalisées, la 5ème partiellement.
- Les actions réalisées portent sur la formation des professionnels sur la sécurité incendie, la sécurisation des structures extra-hospitalières les plus concernées (système d'alerte et d'entraide opérationnel), la formalisation du protocole d'accord santé entre les forces de l'ordre et le C.H.P. (réunions Hôpital Police Justice régulières) et la sécurisation des parkings personnels et visiteurs.
- L'action partiellement réalisée porte sur la sécurisation des biens et effets personnels des patients hospitalisés, action reprise dans le P.A.Q.S.S. de la C.D.U.

- Sécuriser et maîtriser l'environnement du patient : cet objectif est apprécié sous 5 aspects :
  - le dossier du patient : 4 actions identifiées – 4 actions réalisées concernant la tenue du dossier patient, son évaluation, la définition et la diffusion d'indicateurs spécifiques ;
  - les urgences vitales : 1 action sur la formation des professionnels (40% de personnes formés) ;
  - la prise en charge médicalementeuse du patient : 5 actions : 2 réalisées (audits et indicateurs), 1 action en cours visant à accompagner les I.D.E. sur la validation de l'administration de l'administration en temps réel, 2 actions partiellement réalisées (formaliser le processus prescription, finaliser le manuel Qualité du Médicament, et poursuivre la démarche qualité sur la dispensation) ;
  - la douleur : les formations et les informations se déroulent chaque année les troubles de l'état nutritionnel : les 3 actions sont en cours de réalisation, elles sont relatives aux indicateurs opposables aux établissements de santé (tragabilité du poids et calcul de l'I.M.C) et au développement de l'activité physique chez les patients.

**d. Thème 4 : « développer la culture de sécurité en confortant la gestion des risques »**

Sont concernés les événements indésirables (E.I.), les vigilances sanitaires et la gestion de crise.

Le tableau suivant détaille le niveau de réalisation du précédent projet qualité – gestion des risques 2012-2016.



## Bilan actions du projet qualité gestion des risques 2012-2016

Actions	Etat d'avancement	Cadre ou motif d'annulation ou de report	Proposition PE 2017-2021
---------	-------------------	--	--------------------------

### Les axes généraux du projet qualité et de la gestion des risques

#### > Structurer le système de management de la qualité

. D.U.C.Q. - service qualité et gestion des risques

1	Mettre à jour et diffuser les fiches de poste	Fait	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
2	Communiquer sur les missions de la D.U.C.Q. - service qualité et gestion des risques	Fait	Rapport d'activité annuel diffusé - formation préparation de la visite de certification - formations institutionnelles - CHP news - rubrique DUQ dans Pyrenee
3	Formaliser la répartition des missions entre l'ingénieur qualité gestionnaire des risques et le C.S.S.	Fait	Répartition missions selon le profil connue (BQ pôles de soins et BQ DF)

. Les instances relatives à la qualité

<i>o La sous-commission qualité sécurité des soins</i>			
4	Mettre à jour le règlement intérieur et la composition de la sous-commission qualité et sécurité des soins	Fait	RI existant Action réalisée en routine
5	Clarifier le rôle et les missions dévolues par la C.M.E. à cette même sous-commission	Fait	Conforter la structure du SMQR et compléter en fonction des projets d'ypés (Certification)
6	Assurer les relais nécessaires tant ascendants (validation des travaux par la C.M.E. avant mise en application) que descendants (diffusion sur le terrain)	Fait	Organisation et communication qualité réalisée et effective Bilan annuel des sous-commissions
7	Relancer les journées d'information de la sous-commission qualité et sécurité des soins	Non fait	A réinterroger sur le format

*o Le comité E.P.P./F.M.C.*

8	Mettre en place la plateforme intranet des E.P.P.	Fait	Carto EPP sur Qualios + fiche synthèse EPP + indicateurs Etape 5 Qualios
9	Déployer et faire connaître le logiciel de saisie en ligne des enquêtes	Ajourné	Arrêt du projet dokepp développé par le SI
10	Former les professionnels aux démarches d'E.P.P.	Fait	Kit de formation + information internes - comm en CME + plaquette A conforter sous forme de connaissance des EPP existantes et déploiement : REX
11	Promouvoir les démarches adaptées au champ d'activité de la psychiatrie, du type staff E.P.P.	Ajourné	EPP touchant à toutes les activités de l'hôpital A ne pas retenir.
12	Intégrer les E.P.P. dans une pratique plus courante	En cours	A développer dans un sens plus incitatif

. Mettre en place et monter en charge les nouvelles organisations

13	Officialiser la liste des référents médicaux et soignants de pôle	Fait	A chaque renouvellement de CME	A actualiser et garantir = dynamique et
14	Décrire et diffuser la composition, le rythme de réunion et les ordres du jour des bureaux qualité de pôle	Fait	Rapport d'activité annuel de l'établissement les recense.	Statistiques sur le nb de bureaux qualité
15	Rédiger les fiches de missions des référents de pôle médicaux et non médicaux qualité	Non fait		Action à prévoir pour les médicaux et paramédicaux.
16	Former les référents qualité de pôle	Fait	Plan de formation	A poursuivre
17	Formaliser les articulations et les modalités de communication pôles – D.U.C.Q. – instances	Fait	Points Qualité réguliers accompagnant la certification	ODJ instances en systématique - comm institutionnelle à poursuivre
. Mettre en place les structures adaptées au évolutions et enjeux en cours et à venir				
o Les missions de la C.M.E. en matière de pilotage de qualité et de sécurité des soins				
18	Accompagner la C.M.E. dans ses missions relatives à la qualité et à la sécurité des soins	Fait	Structuration SMQDR effective et actualisée	A poursuivre
19	Accompagner la rédaction d'un programme qualité et sécurité des soins, en lien avec la C.R.U.P.E.C. et la C.S.I.R.M.T.	Fait	PAQSS CRU et DS	A poursuivre
20	Designier le coordonnateur qualité et sécurité des soins	Fait	Décision de désignation - identifié et repéré	
o Tout en garantissant un pilotage global de la qualité et de la gestion des risques				
21	Mettre en place un comité de pilotage de la qualité	Fait	1 à 2 réunion(s) annuelle(s)	A poursuivre - dynamique qualité
22	Construire un programme global qualité et gestion des risques	Fait	PAQSS établissement	structuration SMQDR - résultat certification
o Qualité et gestion des risques et contractualisation interne				
23	Intégrer des objectifs qualité dans les projets de pôle	Fait	Indicateurs qualité définis et inscrits	A piloter
24	Définir des indicateurs qualité en concertation avec les pôles de soins	Fait		A piloter et poursuivre
25	Intégrer ce suivi d'indicateurs dans les dialogues de gestion	Fait	Inscrit au contrat de pôle, présenté annuellement au directoire et diffusé sur QUALIOS	Maturité/contractualisation à poursuivre
<b>Accompagner</b>				
. Mettre à disposition les outils et moyens afin d'inclure les pôles à engager des démarches qualité				
26	Mettre en ligne une plateforme informatique dématérialisée dédiée référençant les outils utiles (outils de gestion de projet, outils de management qualité tant internes qu'externes)	Ajourné		A ne pas retenir
27	Assurer la formation des professionnels aux méthodes et outils de la démarche qualité	Fait	CS, CSS, équipe de direction, pilote de processus, référent qualité de direction,	Formation à poursuivre : appropriation culture qualité



Gestion documentaire et mise à disposition de ressources documentaires : garantir un égal accès à l'information			
28	Mettre en cohérence les différents systèmes de gestion électronique des documents	Fait	Qualios
29	Améliorer l'ergonomie et la facilité d'accès aux documents internes de l'établissement : procédures, protocoles, etc.	Fait	Qualios
30	Assurer et diffuser la veille réglementaire	Fait	N'est plus géré par la DUQ (service documentation) A ne pas retenir
31	Former et sensibiliser les professionnels à ces sources d'information	Fait	
32	Evaluer la pertinence et l'appropriation des protocoles/procédures	Fait	Audit à 360° + audit administration + douleur + dossier patient + hygiène... évaluation à intégrer (pilottage et tdb à définir + méthodo à définir)
33	Développer l'appui technique et méthodologique du service qualité et gestion des risques	Fait	Réponse +ive aux demandes
34	Recenser les attentes des professionnels via un questionnaire	Ajourné	A ne pas retenir.
35	Identifier les domaines d'expertise et les faire connaître aux services demandeurs	Ajourné	A ne pas retenir.
<b>&gt; Valoriser</b>			
36	Espace « partage d'expérience » sur l'intranet	Non fait	A réaliser et développer y compris dans d'autres formats (réunions encadrément, séminaire?)
37	Journée d'accueil des nouveaux recrutés en lien avec le projet social	Fait	Point Qualité systématique
38	Journées qualité/gestion des risques retour d'expérience	Non fait	A réaliser en lien avec les journées d'info COSS ? Temps dédié à définir
39	Ateliers thématiques qualité en lien avec les journées d'information de la sous-commission qualité et sécurité des soins	Fait	Semaine sécurité et atelier des erreurs et séminaires de pôles A réaliser
40	Valoriser en externe : communication vis à vis des partenaires/des usagers	Partielle	Affiches + site web du CHP REX et comm à réaliser systématiquement
<b>&gt; Evaluer</b>			
41	Elaborer et mettre en œuvre un calendrier d'évaluation des actions engagées	Fait	outil de pilotage et de suivi à définir - priorisation projets à faire
42	Développer et promouvoir les indicateurs qualité	Fait	Instances - communication par affichage A poursuivre
43	Développer et promouvoir les enquêtes de satisfaction	En cours	A développer à l'échelle établissement : visualisation/lisibilité/priorisation A réaliser
44	Communiquer les résultats des évaluations	Fait	

**Les axes spécifiques du projet qualité et gestion des risques** > **Sécuriser et maîtriser la prise en charge du patient** . Sécurité des biens et des personnes

45	Poursuivre les efforts sur la sécurité incendie : formation des professionnels et tenue à jour d'un tableau effectifs formés/effectifs (à intégrer dans le tableau de bord des indicateurs sécurité)	Fait	Pas d'indicateurs intégrés ni de résultats communiqués à l'échelle de l'établissement. Néanmoins ce tableau est tenu à jour par la DTST et diffusé au CSS et CS concerné et intégré au registre sécurité incendie par UF	A valoriser à l'échelle du CHP. Dans le rapport d'activité annuel ou contrat de pôle.	A évaluer	A poursuivre - formation/échanges de pratiques/rencontres avec partenaires - formalisation à poursuivre. A développer avec la gendarmerie.	48	Sécuriser les biens et effets personnels des patients hospitalisés : réflexion sur l'inventaire d'entrée, mettre à disposition des patients un lieu unique dans l'unité ou un coffre fort dans chaque chambre géré par le patient lui-même avec accès aux personnels pour des raisons de sécurité	47	Formalisation du protocole santé entre le C.H.P et les forces de l'ordre faisant suite au protocole d'accord du 12 août 2005 et son avenant de Juin 2010 : évaluation lors de réunions annuelles hôpital/police/justice	Fait	Réunions HPJ annuelles	46	Sécurisation des structures extrahospitalières : le test d'un système d'alerte et d'entraide des professionnels sur les structures extrahospitalières en collaboration avec les services économiques et techniques est en cours. Un système plus léger (médillon) et moins coûteux que les P.T.I. est envisagé ( structure test : C.M.P. Mourenx)	Fait	Structures extrahospitalières couvertes	A évaluer	49	Aménager et sécuriser les parkings personnel et visiteur en répondant aux objectifs suivants : - Améliorer la qualité de l'accueil des patients et des familles, - Faciliter le travail, la circulation et le stationnement de chacun en fonction de ses besoins, - Réduire les risques d'accident, - Protéger nos espaces verts et limiter la pollution automobile, - Améliorer l'accessibilité des services, - Réduire les incivilités.	Fait	Entrée unique - site vidéoprotégé	50	Aménager et sécuriser les parkings personnel et visiteur en répondant aux objectifs suivants : - Améliorer la qualité de l'accueil des patients et des familles, - Faciliter le travail, la circulation et le stationnement de chacun en fonction de ses besoins, - Réduire les risques d'accident, - Protéger nos espaces verts et limiter la pollution automobile, - Améliorer l'accessibilité des services, - Réduire les incivilités.	Fait	Fait pour l'intra, HC avec places réservées. Parking visiteurs à identifier - indicateurs à élaborer et suivre en routine. Parking pour les patients. Parking pour les structures extra-hospitalières. Parking pour les 2 roues.
----	---	------	--	---	-----------	--	----	---	----	---	------	------------------------	----	---	------	---	-----------	----	---	------	-----------------------------------	----	---	------	--

<i>o Le dossier du patient</i>			
51	Accompagner l'information du dossier patient au centre hospitalier des Pyrénées, prévue à partir de 2013	Fait	DPCI réalisé
52	Continuer à harmoniser, améliorer les pratiques et sécuriser l'utilisation des dossiers patients au sein de l'institution jusqu'à l'installation du D.P.C.I.	Fait	Projet archivage des dossiers à construire (projet de gestion)
53	Rendre accessible les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge 24h/24h	Fait	
54	Evaluer la tenue et le contenu du dossier patient dans le cadre de la campagne de recueil obligatoire, mais également de manière intra-annuelle	Fait	IPAOSS et IPAQSS à blanc Communication incitative à développer
55	Communiquer les résultats aux responsables médicaux et soignants	Fait	Info par DIM (instances et par courriels) A poursuivre
56	Construire un tableau de bord dossier patient : reprenant les items d'I.P.A.Q.S.S. (indicateur sur la tenue, délai d'envoi courrier de sortie, le dépistage des troubles nutritionnels), le délai d'accès du patient à son dossier, le taux de validation de l'administration du traitement, la traçabilité de la prise en charge de la douleur	Fait	Tdb effectif et diffusé aux instances, sur Qualios A poursuivre et compléter si besoin
<i>o Les urgences vitales</i>			
57	Formaliser, faire valider par le chef de service des urgences du centre hospitalier général, le directeur et diffuser les procédures de prise en charge des urgences vitales	Fait	
58	Designner une personne ressource chargée du suivi de la trousse d'urgence, de la formation de professionnels sur le matériel et de sa maintenance	Fait	Groupe UV créé.
59	Rendre obligatoire la formation des personnels à l'urgence par un prestataire extérieur, en priorité les infirmiers, 3 à 4 sessions / an de 20 agents	Fait	40 % des personnels formés ces 5 dernières années.
<i>o La prise en charge médicamenteuse du patient</i>			
60	- Prescription : Définir et formaliser la politique du médicament (rôle de la nouvelle C.M.E.)	Partielle	A développer et à formaliser le process prescription et finaliser le MQ pec MED
61	Evaluer les pratiques de prescription en promouvant la réalisation d'E.P.P.	Fait	Antibiotiques, prescriptions chez l'enfant/ado et P.A
62	Définir des référentiels de bonne pratique y compris chez la personne âgée.	Fait	Mise en ligne d'une valise "recopharmaco"

63	- Dispensation : Poursuivre la démarche qualité pour l'étape de dispensation.	Partielle	Mise en place de la DJIN	A préciser.
64	- Administration : Valoriser le dispositif d'infirmiers référents pharmacie.	Fait		
65	Encadrer les infirmiers à la validation informatique des médicaments sur le nouveau logiciel.	En cours	Validation de l'administration patient par patient, achat de chariots informatisés	Accompagner les IDE sur la validation de l'administration en temps réel
66	- Prise en charge médicamenteuse dans son ensemble : Conduire des audits sur les 3 étapes.	Fait	PAS D'audit sur l'étape prescription mais un suivi et une analyse pharmaceutique par les pharmaciens de toutes les prescriptions	
67	Construire un tableau de bord d'indicateurs.	Fait	Jusqu'en 2013, pb de requête avec cariatides	A reprendre à la PU1
68	Poursuivre le projet d'éducation thérapeutique et l'information donnée aux patients sur les traitements (programme A.R.S.I.M.E.D., ateliers du médicament).	Fait	Semaine sécurité et atelier des erreurs	
<b>o La douleur : à revoir avec le Dr Lavantès absente lors de la réunion du 27 avril</b>				
69	- Développer la politique d'évaluation de la douleur : Programme	Fait		
70	Formation/information	Fait		Voir avec Dr Lavantès
71	Action	Fait		
72	Pratique professionnelle.	Fait		
73	- Repérer les populations à risque et apporter des réponses adaptées	Fait		
74	- Définir la douleur liée aux soins : Douleurs liées aux soins dentaires,	Fait		
75	Douleurs et soins d'escarre.	Fait		
76	- Favoriser l'éducation du patient.	Fait		
77	- Informer le patient et évaluer sa satisfaction : livret d'accueil, plaquette, affiche, enquête et/ou questionnaire de sortie.	Fait		
78	- Communiquer : présentation du groupe lutte contre la douleur, missions, fonctions (plaquette d'information), site intranet et internet, participation à l'accueil des nouveaux arrivants.	Fait		
<b>o Les troubles de l'état nutritionnel = à consolider avec le CLAN</b>				
79	- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population : Améliorer la traçabilité du poids et le calcul de l'I.M.C. dans les 7 jours,	En cours	Résultats audit 2011 31%, 2014 38%	
80	Stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez les adultes,	Fait	Prescription médicale de RDV diét plus	production de repas spécifique

81	Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents.	Fait	Prescription médicale de RDV diét plus production de repas spécifique	
82	- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges : Augmenter l'activité physique chez les adultes	En cours	Service des sports et natation présent; projet réalisé = installation de bancs sur le parc + parcours santé	
83	Augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents	En cours	Service des sports et natation présent; projet réalisé = installation de bancs sur le parc + parcours santé	
84	- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque en lien avec les services économiques (politique achat et cuisine centrale) : Augmenter la consommation de fruits et légumes	Fait	Régime normal est un régime enrichi en fibres, arrêt du goûter remplacé par une collation avec fruits	
85	Réduire la consommation de sel	Fait	Intégré dans la fabrication des menus	
86	Augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque	Fait	Achat et distribution de produits spécifiques pour les patients le nécessitant	
87	Développer et poursuivre les actions d'éducation à la santé du service diététique	Partielle	Sur certaines UF et pour certains patients pas de lisibilité institutionnelle de cette action	
<b>&gt; Développer la culture de sécurité en confortant la gestion des risques</b>				
. Une identification a priori ou approche proactive				
. Une identification des risques à posteriori ou approche réactive				
o Les événements indésirables				
o Les autres événements indésirables				
o Les vigilances sanitaires				
o La gestion de crise				
1) La construction d'un programme de gestion des risques intégré au programme institutionnel qualité et gestion des risques				
88	- actions visant à accroître la connaissance des risques : à mettre en œuvre de manière progressive les structures de coordination,	Fait	SMQR - Bureaux qualité - Formation externes et internes	
89	à conduire les actions dans les secteurs d'activité,	Fait	26 PAQSS	
90	à prévoir sur quels champs il est nécessaire de faire porter les efforts d'identification des risques.	Fait	3 cartographies	
91	- des actions d'amélioration permettant le traitement de risques identifiés.	Fait	Cartographies + PAQSS	
2) La construction de tableaux de bord d'indicateurs qualité sécurité des soins :				
92	- les indicateurs nationaux cf. supra (dossier patient, hygiène, etc.) ;	Fait		

93	- les résultats des enquêtes de satisfactions (questionnaire de sortie, enquête, etc.)	Fait	Pour les QS intégré dans le tableau de bord global des IQS	Enquête à développer en fonction des besoins et des attentes (prestations de service)												
94	- les indicateurs sur la démarche qualité sécurisée sur la prise en charge médicamenteuse	Fait														
95	- le suivi des événements sentinelles définis institutionnellement comme par exemple : décès, suicide, tentative de suicide, départ de feu, sorties sans autorisation, l'installation du 25ème lit, les hébergements interpoles, les délais d'attente pour une consultation en C.M.P., etc.)	Fait	CAEI - Revues EI - EIG	A réaliser et suivre en routine par outils de suivi définis et pilotés												
96	- les démarches E.P.F. et leur état d'avancement	Fait	Comité DPC - Tableau de bord													
3) La maintenance du système de gestion de crise																
97	- Mettre à jour le plan blanc en fonction des évolutions réglementaires et des mouvements des personnels	Fait	Actualisation au fil de l'eau et des changements	A conserver												
98	- Assurer une information aux nouveaux arrivants acteurs clés	Fait														
99	- Tester tous les deux ans l'installation de la cellule et les connaissances des procédures par les acteurs clés.	Partielle	Dernier exercice test en 2009	A effectuer tous les 2 ans												
<b>&gt; Améliorer les conditions d'accueil, d'hébergement et de préparation de la sortie : harmoniser les pratiques et la trajectoire du patient</b>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #008080; color: white;">Nombre d'actions :</td> <td style="text-align: center;">99</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #90EE90;">Nombre d'actions faites :</td> <td style="text-align: center;">78</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700;">Nombre d'actions en cours :</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFFF00;">Nombre d'actions partielles :</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FF0000;">Nombre d'actions non faites :</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #000000; color: white;">Nombre d'actions ajournées</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>					Nombre d'actions :	99	Nombre d'actions faites :	78	Nombre d'actions en cours :	6	Nombre d'actions partielles :	6	Nombre d'actions non faites :	4	Nombre d'actions ajournées	5
Nombre d'actions :	99															
Nombre d'actions faites :	78															
Nombre d'actions en cours :	6															
Nombre d'actions partielles :	6															
Nombre d'actions non faites :	4															
Nombre d'actions ajournées	5															
<b>Actions conservées (sur 99) : 54</b>																

---

## 5.4. Diagnostic

Comme présentée en introduction, le diagnostic, confronté au bilan du précédent projet, a été éclairant et a structuré le nouveau projet Qualité-gestion des risques 2017-2021.

Il a, en effet, identifié les forces, faiblesses, menaces, opportunités des axes (matrice S.W.O.T.) et les thèmes essentiels à retenir et à examiner dans le futur projet qualité-gestion des risques en psychiatrie.

Le diagnostic a souligné et confirmé la maturité de notre système de management qualité gestion des risques qui traduit l'organisation qualité mise en place (structuration et pilotes/réferents concernés), maturité relevée par les experts visiteurs lors de la visite de certification de mars 2015 (aucun écart). Le système de management de la qualité est opérationnel, efficient, évolutif et s'appuie sur un outil dédié, le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (P.A.Q.S.S.), disposant des mêmes attendus.

L'attention de l'établissement sur ce champ est forte (formation, sensibilisation, communication) avec des points d'amélioration identifiés (retours d'expériences ...).

Les objectifs poursuivis concernent également la gestion des risques : la sécurité des biens et des personnes (partenariat actif avec les autorités concernées, dispositifs de sécurité et de sûreté adaptés...) sera reprise dans un projet dédié du projet d'établissement, une gestion des risques a priori (cartographie des risques existante) et a posteriori (déclarations d'événements indésirables (E.I) et événements indésirables graves (E.I.G.) éprouvée et à conforter sous l'angle de retours d'expériences, des dispositifs existants visant à sécuriser et maîtriser l'environnement du patient (groupes dédiés de la commission qualité sécurité des soins) donnant lieu à des résultats satisfaisants mais pouvant être améliorés (par exemple les indicateurs I.P.A.Q.S.S.).

## Structurer le système de management de la qualité

<b>Faiblesses :</b>	REX à institutionnaliser Communication à accentuer et diversifier (journées / séminaires / ateliers) et méthodologie à définir Pilotage et politique à définir sur les audits, enquêtes...(suivi, planning...) Formation des professionnels : culture et réflexes qualité à développer et poursuivre Communication externe à développer FP référents qualité médicaux et paramédicaux à rédiger Missions des bureaux qualité à définir COPIL qualité : Note de service à actualiser
<b>Menaces</b>	Compte qualité unique en 2020 Pérennisation de l'implication des acteurs. Contexte et/ou environnement particulier concernant les pôles (multiplication d'événements, départs d'agent, conflit...)
<b>Forces :</b>	Aucun écart relevé durant la visite de certification V 2014 SMQGDR structuré, efficient, évolutif, actualisé Instances stratégiques et qualité opérationnelles Niveau opérationnel efficient et actif (BQ...) PAQSS outil identifié, connu, évolutif, actif et suivi Communication réalisée / valorisation / sensibilisation effective Formation des professionnels aux enjeux et outils qualité (formation, audit) audits réalisés avec actions d'amélioration définies
<b>Opportunités :</b>	Contrat de pôle : IQSS à suivre et retravailler - dynamique qualité à poursuivre et conforter IPAQSS / EPP Certification



<b>Prise en charge des patients</b>	
<b>Sécurité des biens et des personnes</b>	
<b>Forces :</b>	<p>convention HPJ : partenariat étroit avec P et J  Bilan et suivi des indicateurs, signalements...  Structure extra-hospitalière équipée  sécurité incendie effective  vidéo-surveillance / parking sécurisé / équipe vigiles  24h24/1 entrée unique  brigade cynophile  interdictions de site effectives</p>
<b>Faiblesses :</b>	<p>lien et partenariat à conforter avec la gendarmerie pour  les structures extra-hospitalières (réfèrent G à  officialiser et solliciter)  Toxiques : politique institutionnelle précise sur les rôles  des différents intervenants (direction, médecin,  soignant...)  sécurisation de la gestion des biens et effets  personnels des patients  parking visiteurs/patients/structures extra-hospitalières  / 2 roues  gestion des clés des professionnels (problématique  perte de clés)  Inadaptation des locaux à la population accueillie  (marches avec risque de chute - ex Maison Verte à  orthéz), accessibilité PMR : diagnostic/expertise  technique à systématiser</p>
<b>Menaces :</b>	<b>Opportunités :</b>
La priorisation des travaux à faire.	HPJ : formation et échanges de pratiques entre professionnels à développer

**Sécuriser et maîtriser l'environnement du patient**

<b>Forces :</b>	
<p>Eléments sur DPC/guide gestion dossier patient                  CQSS de la CME : pilotage et coordination effectifs                  Formations UV pluriannuelles suivies (avec demande de formation in situ)                  DSA : stratégie et plan de déploiement en cours                  PEC Médicaments : circuit organisé, groupe institutionnel                  EPP et comité DPC                  Gestion doc centralisée Qualios                  Groupes institutionnels définis et actifs avec PAQSS                  et référents médicaux impliqués (CLAN, CLUD, GHIN...)</p>	<p><b>Opportunités :</b></p>
<p>IPAQSS : résultats à améliorer (communication incitative)                  PEC médicamenteuse (politique à formaliser - processus prescription - MQ - traçabilité...)                  IMC : indicateurs à améliorer (organisation et suivi à réaliser - activités physiques...)                  Le circuit du dossier patient : politique d'archivage, gestion de certains documents (radios...) non définie</p>	<p><b>Menaces :</b></p>
<p>CQ unique en 2020                  Complexifier la structuration actuelle (ne pas multiplier les groupes et sous groupes)</p>	<p>certification                  Les groupes institutionnels (CLAN, CLUD...) impliqués et actifs qui garantissent le bon fonctionnement.</p>

<b>Développer la culture de sécurité en confortant la gestion des risques</b>	
<b>Faiblesses :</b>	<p>procédure dommage lié aux soins insuffisamment appliquée  REX à développer et institutionnaliser  exercice plan blanc à organiser</p>
<b>Menaces</b>	<p>CQ unique en 2020</p>
<b>Forces :</b>	<p>A posteriori :  - EI : procédure/outils connus / déclaration EI maîtrisée  - EIG : circuit signalé défini et opérationnel  A priori :  carto des risques définies / PAQSS / procédure spécifique (TS ALARM)  revue EI opérationnelle et en cours d'appropriation par les professionnels  gestion de crise : PB actualisé  Procédure appel au 015 et 112 : connue, révisée, appliquée</p>
<b>Opportunités</b>	<p>Résultats de la certification V 2014  informatisation de la FDEI</p>

## 5.5. Le projet Qualité-Gestion des Risques 2017-2021

Le projet 2017-2021 est le fruit des travaux et réflexions du groupe de travail dédié qui ont jalonné l'année 2016 et le 1er trimestre 2017 dans les différentes étapes méthodologiques fixées (bilan, diagnostic, nouvelles orientations et actions).

Il s'appuie également notamment :

- Sur les évolutions réglementaires consécutives notamment à la promulgation de la loi de modernisation de santé du 26 janvier 2016 ;
- Sur les attendus de la H.A.S. et de la certification en matière d'organisation des soins et de politique qualité ;
- Sur les résultats de la visite de certification de mars 2015 ;
- Sur le programme national Qualité Gestion des risques 2013 – 2017 ;
- Sur les orientations de l'A.R.S. en matière de qualité – gestion des risques ;
- Sur le plan Santé Mentale ;
- Sur les indications et réflexions du C.O.P.I.L. Qualité.

Les axes, orientations, objectifs et actions du nouveau projet sont repris ci-après sous un format synthétique.

Le projet qualité 2017-2021 s'articule autour de 4 axes qui visent à appréhender de manière complémentaire au projet médical et au projet de soins les organisations et dispositifs qualité existants.

Les 4 axes sont les suivants :

### ● **Axe 1 : Pérenniser le système de management Qualité Gestion des risques**

L'établissement s'engage à inscrire durablement les « dispositifs » et les organisations Qualité – gestion des risques à travers 3 objectifs dédiés visant à conforter le management par processus (1), à préparer l'établissement aux enjeux et attentes de la certification (2) et accompagner les structures et dispositifs aux enjeux actuels et à venir (3) ;

### ● **Axe 2 : Accompagner et soutenir les professionnels**

Cet axe poursuit la formation, la sensibilisation et la communication des professionnels aux outils et processus existants et à venir ;

### ● **Axe 3 : Déployer la culture qualité**

A travers cet axe, l'établissement souhaite faire approprier les dispositifs, outils, organisations, méthodologie de la qualité – gestion des risques aux professionnels de l'établissement à travers différents dispositifs dédiés (expertise, retours d'expériences, séminaire qualité...)

### ● **Axe 4 : Manager par la gestion des risques**

Cet axe s'appuie sur l'approche « risque » pour en faire un véritable outil de management et de définition d'actions, d'axes, d'orientations fortes pour les professionnels (soutien à la déclaration des événements indésirables, formation à l'analyse, favoriser la mise à disposition d'indicateurs qualité sécurité des soins adaptés en permanence aux enjeux prioritaires...). La gestion de crise est également abordée dans cet axe.

PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES



Objectifs	N°	Actions	Pilote	Calendrier					Evaluation (Indicateurs / Bilan/ Méthodes d'évaluation)	
				2017	2018	2019	2020	2021		
<b>Axe 1 Pérennisation du SMQDR</b>										
Conforter le management de l'établissement par l'approche par processus	1	Actualiser la politique QGDR de l'établissement	COPIL	X						
	2	Formaliser les processus / les décrire (fiche descriptive)	DUQ / SQ		X					
	3	Formaliser les rôles et missions des pilotes de processus	DUQ / SQ			X				
	4	Identifier et actualiser les risques par processus (cartographie des risques)	SQ	X	X					
	5	Analyser les risques identifiés	SQ	X	X	X	X	X		
	6	Prioriser les actions à mettre en œuvre (maîtrise ou de corrections)	SQ	X	X	X	X	X		
	7	Veiller à la mise en place des actions de réduction des écarts	SQ	X	X	X	X	X		
	8	Réaliser la méthode patients traceurs dans les UF	SQ		X	X	X	X	1 / pôle	
	9	Réaliser des audits de processus (préparation certification V2014)	SQ			X	X	X		
	10	Accompagner la CME dans la mise en œuvre de la politique qualité et à la sécurité des soins	SQ	X	X	X	X	X		
Accompagner les structures et dispositifs aux enjeux actuels et à venir relatives à la qualité / gestion des risques	11	Accompagner l'évolution des dispositifs et outils du SMQDR en identifiant les structures, dispositifs et outils requis	COPIL	X	X	X	X	X		
	12	Conforter les missions et attributions des commissions et groupes actuels et favoriser la prise en compte des nouveaux projets	COPIL / CME / SQ / CQSS	X	X	X	X	X		
	13	Valoriser les actions / rôles / missions des BQ (pôles de soins et directions fonctionnelles)	SQ	X	X					
	14	Poursuivre la sensibilisation et l'information des instances	DUQ / SQ	X	X	X	X	X		
	15	Déployer les E.P.P. sur des thématiques identifiées par l'institution et par les pôles cliniques	Comite DPC	X	X	X	X	X		
	16	Définir un planing d'audit indiquant annuellement les sujets / thèmes / points à investiguer	SQ	X	X	X	X	X		
	<b>Axe 2 Accompagner et soutenir les professionnels : le management par processus</b>									
	Former et sensibiliser aux outils et processus de la certification	17	Renouveler la formation à l'utilisation des outils de la certification V2014 (patient traceur et audit processus)	SQ	X	X	X	X	X	Préparer la visite de certification de mars 2019
		18	Former et sensibiliser à l'évaluation en routine les CS des UF (réalisation d'audits, suivi tableau de bord qualité)	SQ	X	X	X	X	X	
		19	Assurer la formation des professionnels aux méthodes et outils de la démarche qualité gestion des risques	SQ	X	X	X	X	X	Audit / Evaluation
20		Poursuivre la formation des référents qualité de pôle, des membres du bureau qualité et cadres sur l'évaluation pour identifier les DQ et actions d'améliorations à mettre en place	SQ	X	X	X	X	X		

21	Accéder à la gestion documentaire	Former les professionnels à l'utilisation de Qualios	SQ	X	X	X	X	X	X	
22		Evaluer la pertinence et l'appropriation des protocoles/procédures	SQ	X	X	X	X	X	X	Audit / Evaluation
<b>Axe 3 Communiquer / déployer la culture qualité / appropriation de la culture qualité</b>										
23	Sensibiliser les professionnels	Poursuivre la sensibilisation des professionnels aux démarches qualité (EPP, DQ, actions d'amélioration) par la mise en place de REX à organiser à des moments dédiés (accueil des internes, réunions, d'encadrement...)	Présidente Comité DPC / SQ / BQ / Groupes	X	X	X	X	X	X	
24	Actions de communication	Faire connaître l'expertise et le rôle ressource du service qualité (bilan annuel dans l'intégration dans le rapport d'activité annuel de l'établissement)	SQ	X	X	X	X	X	X	
25		Faire connaître l'expertise et le rôle ressource du coordonnateur des risques associés aux soins : bilan annuel aux instances et diffusion dans Qualios et intégration dans le rapport d'activité annuel de l'établissement	Coordonnateur gestion des risques	X	X	X	X	X	X	
26		Organiser des journées ou des ateliers "qualité risques" sur des points / sujets d'actualité (EPP, DQ, indicateurs, El, ...)	COSS / BQ / COPIL Q / SQ	X	X	X	X	X	X	
27		Mettre en place un séminaire qualité transversal ou sur un sujet d'actualité	SQ / COSS / COPIL	X	X		X	X	X	Thème en 2017 et organisation en 2018
28		Réactualiser les indicateurs qualité et gestion des risques et les diffuser (campagne affichage, Qualios...)	SQ	X	X	X	X	X	X	
29	Développer la mise en place des REX	Espace « partage d'expérience » sur un nouvel intranet	SQ	X	X	X	X	X	X	Nouvel intranet
30		Journées qualité/gestion des risques "dédiées" dans les unités de soins	Unités de soins				X			En lien avec CME, COSS, CDU
31	Communication externe	Valoriser en externe : communication vis à vis des partenaires / des usagers / ARS / site internet/	DUQ / SQ / SGAMC	X	X	X	X	X	X	
<b>Axe 4 Manager par la gestion des risques</b>										
32		Améliorer le processus de déclaration des EI (étude de dématérialisation dans un nouvel intranet)	SQ	X	X		X	X		Cahier des charges Expérimentation 2017 - Généralisation 2018
33		Améliorer le retour d'information sur les EI aux déclarants	SQ	X	X	X	X	X	X	
34	Soutenir la déclaration des EI comme vecteur d'identification d'actions d'amélioration	Développer les actions pédagogiques sur la déclaration des EI envers les UF et leur analyse par le coordonnateur des risques associés aux soins	SQ	X	X	X	X	X	X	Nombre EI en lien PEC déclaré
35		Encourager / inciter le signalement d'EI commis ou repéré par les professionnels sur le processus de PEC médicalement	SQ	X	X	X	X	X	X	Nombre de professionnels formés par an
36		Poursuivre la formation des professionnels à l'analyse des risques	SQ / UF	X	X	X	X	X	X	
37	Coordonner et mettre à jour régulièrement le PAQSS	Intégrer les actions des revues EI dans les PAQSS et mesurer l'impact sur la cartographie des risques	SQ	X	X	X	X	X	X	
38		Intégrer et suivre les actions du compte qualité dans le PAQSS	SQ	X	X	X	X	X	X	

39	S'assurer de la réalisation des actions dans les secteurs d'activité (tableau de bord de suivi)	SQ	X	X	X	X	X	X		Favoriser la mise à disposition
40	Définir, retenir et intégrer le suivi de certains événements sentinelles définis institutionnellement comme par exemple : décès, suicide, tentative de suicide, départ de feu, sorties sans autorisation, les délais d'attente pour une consultation en C.M.P., etc.	SQ	X	X	X	X	X	X		d'indicateurs qualité sécurité des soins adaptés en permanence aux enjeux prioritaires
41	Développer et promouvoir les indicateurs qualité	SQ	X	X	X	X	X	X		
42	Développer et promouvoir les enquêtes de satisfaction	SQ		X		X				
43	Communiquer les résultats des évaluations	SQ / BQ / Pôles	X	X	X	X	X	X	Fonction des orientations retenues sur les contrats de pôle	
44	Intégrer des objectifs qualité dans les projets de pôle (choix)	SQ / BQ / Pôles	X	X	X	X	X	X	Idem	Contractualisation interne
45	Intégrer ce suivi d'indicateurs dans les dialogues de gestion		X	X	X	X	X	X	Idem	
46	Piloter les indicateurs (suivi) qualité en concertation avec les pôles de soins		X	X	X	X	X	X	Idem	
47	Tester tous les deux ans l'installation de la cellule de crise et la connaissance des procédures par les acteurs clés	SQ	X		X		X			Gérer la crise : le plan blanc et ses annexes
48	Actualiser les documents de gestion de crise (plan blanc, annexes ...)	Référent sécurité	X	X	X	X	X	X		