

PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023

PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS

1 -	INTRODUCTION	3
2 -	METHODOLOGIE.....	3
3 -	CONTEXTE.....	4
4 -	LES ENJEUX	5
5 -	LA DECLINAISON DU PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS	6

PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS 2019-2023

1 - INTRODUCTION

L'élaboration du projet Qualité/sécurité des soins permet de définir une visée et des objectifs pour les cinq années à venir dans le cadre de la politique qualité et sécurité des soins déclinée à la fois au sein de l'établissement, mais également sur le territoire dans le cadre du GHT 44.

Ce projet est construit en cohérence et en complémentarité avec les autres projets constitutifs du projet d'établissement, dont particulièrement le projet médico-soignant et le projet des usagers. Il s'inscrit également dans une politique de territoire telle que définie au sein du GHT 44.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des prestations, la prise en compte du point de vue des usagers dans le cadre de la qualité de l'accueil des usagers au sein de l'établissement mais également l'amélioration des pratiques professionnelles, ainsi que l'amélioration continue de la prise en charge des patients constituent les piliers de ce projet et en ont guidé l'élaboration.

La gestion d'un processus d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement doit s'appuyer sur une démarche managériale impliquant l'ensemble des acteurs de l'hôpital, et cela constitue l'une des ambitions du présent projet ; il s'agit en effet de rapprocher la gouvernance et la gestion des processus qualité/risques au plus près des pôles et des pratiques professionnelles. Un management déconcentré doit se mettre en place prenant appui sur une démarche institutionnelle parfaitement lisible et partagée de tous.

L'appropriation de la démarche par tous les acteurs participant à la production des soins et de prestations de qualité (et donc sûres) et par les usagers constitue un facteur clé de réussite du présent projet.

2 - METHODOLOGIE

Le projet Q/SS a été travaillé de manière participative et collective avec les professionnels des différents pôles ; il s'inscrit dans une réflexion transversale afin d'assurer sa cohérence avec les autres volets du projet d'établissement.

Ce travail est conduit dans la perspective d'une échéance majeure à venir avec la certification conjointe des établissements du groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique d'ici 2020.

L'élaboration du projet « Qualité/Sécurité des soins » a été guidée par des réflexions et actions émanant :

- du bilan du précédent projet d'établissement
- des rencontres organisées avec les instances (sous commissions de la CME) et les groupes de travail : CLAN, CLUD, CLIN, COPILIV, COMMISSION EPP/REX, Commission des usagers, cellules qualité des pôles, COPIL relatif au management de la prise en charge médicamenteuse
- du CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins)
- du compte qualité
- du rapport de certification
- du rapport préliminaire de la visite du contrôleur général des lieux de privation de la liberté et de détention (CGLPL)

En appui du projet d'établissement, et particulièrement du projet médical et du projet de soin, le projet « Qualité/Sécurité des soins » s'articule autour de trois grands objectifs :

- Renforcer et déployer une gouvernance de la démarche qualité/sécurité des soins dans le cadre d'une politique d'établissement et de territoire,
- Intégrer la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients,
- Positionner l'utilisateur comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins.

3 - CONTEXTE

L'élaboration de ce projet s'inscrit dans un contexte marqué par plusieurs éléments :

- Un récent plan d'action (2015 - 2017) a permis la réalisation de nombreux projets de restructuration de l'établissement avec pour finalité un retour à l'équilibre financier, toutefois cela n'a pas permis une amplification du virage ambulatoire ni un renforcement de la culture qualité/risques au sein du CHS,
- Une problématique de flux et de parcours de soins insuffisamment fluides se traduisant par un nombre important de séjours hospitaliers non pertinents (environ 40 lits sur 140), et une sur occupation permanente venant dégrader la qualité de l'accueil des usagers ainsi que les conditions de travail des professionnels,
- Un investissement de l'établissement sur l'élaboration, dans le cadre d'une démarche multi partenariale, de projets d'aval permettant d'offrir aux patients des solutions d'accompagnement territorialisées et graduées au regard de leur situation clinique (résidence Accueil, familles gouvernantes, projets innovants article 51, ...),
- Une démarche en cours d'élaboration du projet territorial de santé mentale (phase de diagnostic validée),
- Un projet médico-soignant partagé validé au sein du GHT 44, présentant un certain nombre d'objectifs impactant la psychiatrie et la santé mentale (filiale santé mentale adulte et enfants, urgences, maintien à domicile, filière personnes âgées, accès à un avis spécialisé, ...),
- Une accentuation de la collaboration inter-établissements au sein du département, que ce soit pour la psychiatrie infantile-juvénile ou la psychiatrie adulte, dans le cadre de démarches partagées au sein du GHT, du GCS de coordination départementale, ou encore du comité inter établissements de psychiatrie.

Au titre de l'article L6132-1 du code de la santé publique, le groupe hospitalier de territoire met en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés quel que soit son lieu de vie.

En application de l'article L6132-4 du code de la santé publique, l'ensemble des établissements publics de santé membres du GHT de Loire-Atlantique se sont engagés dans une démarche conjointe de certification à l'horizon 2020.

Centrée sur le parcours patient et tenant compte de l'enjeu de la pertinence des soins, cette certification V2020 comprendra deux dimensions :

- Une évaluation de chaque établissement de santé membre du groupement
- Une évaluation à l'échelle du groupement (management global qualité/gestion des risques ; accès à l'offre de soins).

Une note stratégique définit au sein du GHT 44 les grandes orientations en matière de qualité et de sécurité des soins et prestations ; elle s'articule autour de quatre grandes orientations :

1. Les enjeux de la démarche au regard des orientations de la HAS,

2. La gouvernance de la politique qualité, sécurité des soins et relation usagers au sein du GHT 44,
3. Le diagnostic partagé des politiques « qualité, sécurité des soins et relation usagers » des établissements membres,
4. Les axes stratégiques communs et plan d'action associé 2018 – 2021.

Quatre orientations opérationnelles sont également finalisées :

- Développer un management « qualité, sécurité des soins et relation usagers » conjoint
- Accompagner les principales filières du PMSP et les thématiques prioritaires issues du diagnostic partagé
- Engager les usagers dans la politique qualité-sécurité et promouvoir les droits des patients
- Communiquer et valoriser les actions emblématiques « qualité, sécurité des soins et relation usagers »

4 - LES ENJEUX

Les différentes itérations de la certification des établissements de santé ont été marquées par une évolution des pratiques et des modes d'investigation des experts-visiteurs. D'une promotion initiale de la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité (accréditation), puis d'une mesure de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et des pratiques professionnelles (apparition des EPP et de la certification), les récentes itérations (V2010 et V 2014) se sont quant à elles attachées à conduire une appréciation globale et indépendante de la qualité et de la sécurité des soins ; sont alors apparues les pratiques exigibles prioritaires (PEP) ainsi que la mise en place du compte qualité, de l'intégration des indicateurs, et de nouvelles méthodes de visite (audit de processus et méthode du patient traceur).

La Haute Autorité de santé a de nouveau renforcé son niveau d'exigence vis-à-vis des établissements de santé en engageant une nouvelle vague de certification pour les GHT.

En effet, au-delà de l'évaluation du système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques, la HAS souhaite médicaliser davantage la démarche et la centrer sur les exigences des patients en matière de qualité des soins. L'évaluation sera ainsi fondée sur l'analyse des points critiques sur différentes prises en charge :

- Pratiques d'isolement et de contention mécanique
- Prise en charge somatique
- Coordination entre la ville et l'hôpital.

Elle se basera soit sur des indicateurs, soit sur la méthode du parcours patient traceur largement démultipliée. L'évaluation par « traceur système » sera également introduite pour évaluer les processus.

Par ailleurs, il est convenu que chaque établissement conserve la responsabilité de la conduite de sa visite de certification « établissement » dont il rend compte auprès du comité de pilotage « Qualité, sécurité des soins et relation usager » du GHT44.

Notre établissement s'engage donc à présenter des points réguliers d'avancement de sa démarche d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la relation usager et d'identifier tout point de vigilance devant faire l'objet d'une action de notre établissement ou, le cas échéant, pouvant faire l'objet d'une action commune.

Les enjeux de ce projet reposent donc à la fois :

- sur une intégration de la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles dans le cadre d'une approche inclusive indissociable des approches « métier » et totalement intégrée aux soins et prestations dispensés chaque jour dans l'établissement,
- mais également sur une culture du résultat et de l'évaluation en continu venant à la fois renforcer mais aussi réajuster lorsque cela s'avère nécessaire, tous les processus mis en œuvre au sein de l'établissement dans une visée d'amélioration continue du service rendu aux usagers dans tous les domaines (soins, logistique et hôtelier).

5 - LA DECLINAISON DU PROJET QUALITE / SECURITE DES SOINS

Axe 1 : Renforcer et déployer une gouvernance de la démarche qualité/sécurité des soins dans le cadre d'une politique d'établissement et de territoire

1 – 1 : Participer à l'organisation et à la mise en œuvre de la démarche territoriale de la qualité/sécurité des soins

Au sein du GHT 44 les treize établissements publics de santé ont confirmé à la Haute Autorité de Santé en avril 2018 leur volonté de s'engager dans une démarche de certification conjointe à l'horizon 2021.

Avec l'engagement dans la mise en œuvre d'une certification conjointe, le dispositif managérial de la qualité a été renforcé par la formalisation d'une démarche projet. Elle s'est traduite par la création d'un comité de pilotage spécifique chargé d'arrêter, sur la base d'une note stratégique, les arbitrages et orientations à soumettre aux différentes instances du groupement (collège médical, commission des soins, comité des usagers...) en matière de politique qualité, sécurité des soins et relation usagers.

En lien avec la charte des valeurs du GHT 44, la démarche de certification conjointe répond à des grands principes de conduite de projet sur lesquels se sont accordés tous les membres, à savoir :

- Co construire la réflexion : Les réflexions sont conduites collectivement et de manière pluridisciplinaires dans le respect des pratiques des différents établissements.
- Coordonner les politiques : La démarche est coordonnée de manière transversale par le comité de pilotage sur la base des axes stratégiques validés par les instances du GHT afin de favoriser la convergence des politiques « qualité/sécurité/usager » d'établissement au regard des orientations de la V2020.
- Placer le patient au cœur de la démarche : Afin de mieux tenir compte de l'expérience des patients, l'objectif est de développer des parcours patients traceurs intra et inter établissements impliquant les usagers.
- Communiquer régulièrement : Pour garantir l'implication du plus grand nombre de professionnels en proximité, l'enjeu est de parvenir à communiquer régulièrement et de diffuser cette politique commune tant au sein des instances du groupement qu'au sein des 13 établissements.

La coordination de la certification conjointe relève directement du comité de pilotage « Qualité, sécurité des soins et relation usagers GHT44 » et du groupe technique dont l'action est animée par l'établissement support. Elle implique la mise en œuvre du plan d'action partagé, l'identification des nouvelles actions communes (points de vigilance communs ou « établissement ») et le signalement, au comité stratégique du GHT44, de tout point de vigilance identifié concernant la visite de certification conjointe ou les visites de certification établissements.

Différents groupes de travail ont été initiés permettant ainsi de conduire une réflexion et des actions communes sur différentes thématiques :

- Management de la qualité
- Droits des usagers
- Parcours patient traceur, EPP
- Gestion des risques
- Situations sanitaires exceptionnelles
- Communication

Par ailleurs, suite à la dernière visite des experts de la HAS, l'établissement a été certifié en Juillet 2017 en B avec recommandations d'amélioration portant sur le management de la qualité et des risques, les droits des patients, le parcours du patient, le dossier patient ainsi que le management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Dans le cadre du processus de certification, un compte qualité intermédiaire vient d'être adressé à la HAS. Un nouveau compte qualité devra être formalisé puis adressé à la HAS six mois avant la prochaine visite. Chaque année, un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est élaboré en collaboration avec la CME, puis est présenté aux différentes instances ; il fait ensuite l'objet d'une évaluation annuelle.

La HAS se trouve par ailleurs en phase de finalisation du nouveau processus de certification sur la base d'un référentiel dit « V 2020 » qu'il conviendra de s'approprier notamment à travers les approches parcours patient traceur.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ S'impliquer dans la structuration d'une gouvernance commune du GHT 44 en matière de qualité, de sécurité des soins et de relation usagers
- ✓ Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité dans la perspective de la certification HAS, au sein de l'établissement et au niveau territorial

1 - 2 : Structurer le management de la qualité/sécurité des soins au sein de l'établissement en impliquant la communauté hospitalière

Pour être efficiente, la culture qualité/sécurité des soins et des prestations doit obligatoirement s'inscrire dans une démarche stratégique pérenne et mobiliser en continu l'ensemble des acteurs hospitaliers. La structuration de la gouvernance du système de management de la qualité doit s'appuyer sur l'ensemble des comités et sous commissions de la CME et vise à se traduire par une implication des professionnels dans le cadre d'une démarche initiée au plus près du terrain. Ce processus doit être transversal à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Le renforcement des outils de pilotage de la démarche qualité/risques constitue un enjeu fort dans le cadre d'une nécessaire complémentarité entre l'approche institutionnelle et une déclinaison au sein des pôles et services.

La désignation de référents et de correspondants qualité au sein de chaque pôle, l'organisation de cellules qualité animées au plus près du terrain par les référents qualité, la mise en œuvre puis le suivi en continu de tableaux de bord d'indicateurs ciblés constituent des axes forts visant à une appropriation de la démarche par les agents au plus près de leur exercice professionnel ainsi qu'une acculturation à la mesure des résultats obtenus au sein de leur pôle.

Par ailleurs, la recherche d'une gestion documentaire efficiente via la mise en œuvre d'un nouveau logiciel doit permettre de venir soutenir à la fois la communication mais également les pratiques en offrant des ressources plus facilement mobilisables et accessibles à tous.

Enfin, l'élaboration du projet d'établissement sera suivie d'une phase de contractualisation avec les pôles via la signature de contrats de pôle. Ces derniers comporteront un volet qualité/sécurité des soins et des prestations constituant une déclinaison des objectifs institutionnels développés dans le présent projet.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Elaborer la politique qualité/sécurité des soins et le programme qualité/sécurité des soins en fonction du projet d'établissement et de sa stratégie institutionnelle
- ✓ Animer les cellules qualité des pôles
- ✓ Assurer une gestion électronique documentaire efficiente
- ✓ Participer au management de la qualité et sécurité des soins par le biais des contrats de pôle
- ✓ Actualiser la politique de communication pour faciliter l'adhésion des agents à la dynamique qualité et le déploiement des actions au sein des pôles

1 - 3 : Organiser les dispositifs de gestion de crise

Afin d'améliorer les compétences collectives permettant de faire face à des situations de crise (quel que soit le périmètre de la crise) il convient d'organiser un partage des démarches, projets ou expériences vécues. Cela permet de créer une culture collective dans le cadre d'une organisation « apprenante » ; diverses actions peuvent être privilégiées : organisation de séances de retour d'expérience (avec constitution d'une base de données très largement consultable), création d'évènements fédérateurs (une journée qualité/sécurité ouverte à tous les professionnels), élaboration de commissions des soins thématiques également ouvertes à tous les soignants par exemple.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, des exigences règlementaires relatives à la qualité et à la sécurité des soins en établissement de santé sont régulièrement publiées. Celles-ci précisent le rôle fort des communautés médicales et soignantes dans le management de la qualité et des risques en établissement de santé.

Une démarche est engagée au sein du CHS visant à préparer l'établissement à faire face aux diverses menaces de crise.

Le Plan de gestion de crise (plan blanc) a pour objet de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, ou à un afflux massif de victimes. Le plan blanc et ses annexes sont régulièrement mis à jour et évalués, en lien avec les évolutions des dispositifs nationaux ou régionaux et dans le cadre d'une démarche territoriale pilotée par le GHT.

Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) définit une politique et une organisation permettant d'assurer la sûreté des agents et des structures de santé. La connaissance des vulnérabilités permet d'élaborer un programme d'actions pour la sécurité des patients et des professionnels (risques d'attentat, plan Vigipirate, ...). Ce dernier nécessite d'être complété, puis testé dans le cadre d'exercices annuels.

La gouvernance des risques doit venir sécuriser le fonctionnement de l'établissement. La gestion des risques nécessite un processus continu permettant d'assurer la coordination et la complémentarité des vigilances en lien avec les différents comités et acteurs institutionnels (référénts risques par exemple).

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Mettre en place un système d'information mieux adapté au management de la qualité/sécurité des soins
- ✓ Maitriser les risques et la gestion de crise (SSE, PSE, Plan de crise)

Axe 2 : Intégrer la démarche qualité/sécurité des soins au cœur des pratiques professionnelles et de la prise en charge des patients

2 - 1 : Permettre aux différents acteurs de s'approprier la démarche Q/SS

Le CHS dispose d'une organisation permettant d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables (procédure dématérialisée, charte de signalement, cellule de gestion des risques). Un dispositif d'analyse des causes profondes des événements indésirables graves (notamment les erreurs médicamenteuses) associant les acteurs concernés est en place via l'organisation de séances de retour d'expérience (REX).

La mise en œuvre au sein des pôles de cellules qualité doit permettre de repérer puis d'analyser des événements indésirables récurrents afin de proposer ensuite des mesures correctives pertinentes au regard du contexte. De la même manière ces cellules qualités seront chargées de piloter au sein des pôles des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en fonction des besoins identifiés. Ainsi, la démarche d'évaluation via le parcours patient traceur pourra être déployée afin de procéder à l'évaluation de la qualité des interfaces dans des parcours de soins souvent complexes (intra-établissement et inter-établissements).

C'est dans les pôles et par les pôles que doit vivre et se décliner la politique qualité/sécurité des soins ; dans ce contexte, le rôle des cadres s'avère primordial.

L'ensemble de la démarche qualité/sécurité des soins déclinée au sein de l'établissement bénéficie d'un accompagnement spécifique via le service qualité (supports techniques, appui logistique, intervention auprès des professionnels) et le service formation en lien avec la structure régionale d'appui QualiREL Santé (formation aux différents outils et méthodes).

Les cellules qualité des pôles seront également chargées d'effectuer une mesure des résultats obtenus, via notamment la tenue de tableaux de bord d'indicateurs mesurés en continu. Cette approche se veut complémentaire à une approche institutionnelle permettant de réaliser des évaluations transversales (suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins – IQSS-, EPP transversales, audits).

L'ensemble de cette approche doit permettre d'accorder plus d'autonomie aux pôles dans la mise en œuvre et le suivi des processus d'amélioration continue de la qualité, via les référents qualité et des démarches élaborées au plus proche des acteurs concernés.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Favoriser une démarche continue de la qualité et sécurité des soins
- ✓ Promouvoir et décliner une gouvernance de la qualité/sécurité des soins par les pôles
- ✓ Rendre plus autonomes les cellules qualité des pôles dans le déploiement la démarche Q/SS et la mise en œuvre des actions définies au contrat de pôle
- ✓ Développer un suivi des indicateurs par les cellules qualité des pôles

2 - 2 : Positionner l'évaluation comme levier de l'amélioration de la qualité/sécurité des soins

L'évaluation, sous toutes ses formes, constitue un levier fort permettant d'améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins. Les professionnels de santé ont un devoir de maintien et de développement des compétences afin que les soins dispensés s'inscrivent dans une recherche constante d'efficacité et de sécurité.

Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) s'inscrivent dans ce processus. Il convient donc de définir une politique puis un programme institutionnel en lien avec la commission EPP/DPC. Il s'agit ainsi d'améliorer la qualité des soins en développant en continu l'évaluation et l'analyse des pratiques professionnelles. L'EPP valorise le travail des équipes et s'inscrit dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Afin d'objectiver la pertinence des actions d'amélioration mises en œuvre au sein des unités, il convient de procéder à une mesure des résultats, via la réalisation d'audits, de quick audits, ciblés ou non, au regard d'une évaluation préalable des risques. Cela permet de vérifier l'efficacité des actions correctives déployées par les professionnels dans le cadre de la déclinaison des plans d'actions des différentes sous commissions de la CME.

Un certain nombre de pratiques professionnelles font l'objet d'une attention et d'une vigilance toutes particulières au regard de leur nature et de leur impact à la fois sur les patients mais également sur les professionnels : l'isolement, la contention, les mesures privatives de liberté, la bientraitance. Le législateur est venu poser un cadre réglementaire et la HAS définir des recommandations quant à la réalisation de ces soins. Une réflexion institutionnelle doit permettre de rechercher des alternatives et des stratégies de désamorçage afin que ce type de soins constitue une stratégie de dernier recours et limitée dans le temps. L'expérience des usagers, si elle est prise en compte, constitue une richesse et une ressource permettant à la fois une amélioration de l'accueil des personnes soignées mais également une amélioration des pratiques professionnelles. La participation et l'intégration des usagers à la démarche qualité/sécurité des soins s'avère fondamentale ; le recueil de leur parole, de leur point de vue, de leurs suggestions constitue un vrai enjeu, voire un défi qu'il convient de relever via diverses approches (questionnaires de satisfaction, enquêtes, partage du savoir expérientiel, recueil de « directives anticipées » adaptées à la spécificité de la psychiatrie, ...).

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Poursuivre et développer la politique d'évaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Formaliser et réaliser des audits
- ✓ Etre vigilant au respect des droits des patients (notamment l'intégrité, la dignité, les libertés individuelles et la confidentialité)
- ✓ Mesurer la satisfaction des usagers

2 - 3 : Développer une gestion des risques intégrée à la prise en charge du patient

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, le référentiel de certification V2014 de la HAS et le contrat de bon usage du médicament (CBUM) précisent les dispositions à mettre en œuvre concernant la prise en charge médicamenteuse. Ces dispositions sont par ailleurs reprises dans le CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) conclu entre l'établissement et l'ARS.

Le circuit du médicament constitue un processus à risque représentant un enjeu fort de sécurité. A ce titre il fait l'objet d'une attention et d'une démarche particulières au sein du CHS. Une évaluation des risques est réalisée au sein de chaque unité intra et extrahospitalière (Interdiag) et des mesures correctives sont définies. Par ailleurs chaque année, en lien avec le COPIL SMQPCM (Système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse) est élaboré un plan d'actions spécifique au circuit du médicament ; ce plan est intégré au PAQSS et présenté aux instances.

Sur ce même principe, et concernant un autre processus sensible : la prévention et la gestion du risque infectieux, est arrêté annuellement en lien avec le CLIN un plan d'actions ciblées au regard des diverses évaluations réalisées et de l'évolution du contexte local ou national.

De plus, et en fonction de la spécificité des situations de soins en psychiatrie, les professionnels peuvent être confrontés à des situations à fort potentiel de stress post traumatique (violence dans les soins, mort brutale, ...). Un dispositif spécifique de prise en charge doit alors être mis en œuvre selon un cadencement bien précis ; cette approche nécessite des compétences particulières ainsi qu'une organisation qui peut se décliner dans le cadre d'une collaboration inter-établissements.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Améliorer en continu la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- ✓ Maintenir un dispositif efficient concernant la prévention et la gestion du risque infectieux
- ✓ Organiser la prise en charge des professionnels ayant vécu des situations à fort potentiel de stress post traumatique

Axe 3 : Positionner l'utilisateur comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins

Les droits des patients constituent des principes fondamentaux de la prise en charge des patients au sein d'un établissement public de santé. Chaque professionnel de l'établissement est garant de leur respect de leur appropriation par les patients. Ainsi, si la qualité de l'accueil et des prises en charge demeure un objectif partagé par l'ensemble des acteurs du CHS, une différence est parfois constatée entre la qualité réelle du service rendu et le niveau de qualité effectivement ressenti par l'utilisateur lors de sa prise en charge. Ainsi, le recueil de la satisfaction des patients est aujourd'hui incontournable pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé.

3 - 1 : Associer les usagers à chaque niveau de la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité/sécurité des soins

L'évolution de l'offre de soins et des pratiques professionnelles, la prise en compte de l'expérience patient, les attentes des usagers constituent autant d'éléments impliquant une réelle évolution dans le rapport aux usagers ; cela nécessite que ces derniers soient plus étroitement associés à la politique et au fonctionnement

de l'établissement. Leur place dans le processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est fondamentale, ce qui implique que ces acteurs puissent être sensibilisés, formés à la démarche et aux outils utilisés au sein de l'établissement.

Par ailleurs, les usagers peuvent également constituer des vecteurs d'acculturation en intervenant lors d'actions réalisées auprès des professionnels, afin d'apporter leur point de vue et leur propre évaluation des sujets abordés.

De plus, des rencontres entre les usagers et les membres de sous commissions de la CME permettront également une meilleure connaissance des enjeux et des objectifs poursuivis par le CHS tout en permettant aux patients ou à leurs représentants d'apporter un regard « croisé », complémentaire, afin d'enrichir les réflexions en cours.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Améliorer la participation des usagers aux groupes de travail et aux différentes sous-commissions de la CME

3-2 : Prendre en compte les préconisations du projet des usagers dans la démarche qualité/sécurité des soins

L'évolution du rapport aux usagers et sa traduction dans les pratiques professionnelles passent par une écoute attentive de leurs attentes et de leur expérience. Ainsi des liens étroits traduits dans une méthode de travail structurée avec la Commission Des Usagers constituent un gage de coordination et de pertinence dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies et processus liés à la démarche qualité/sécurité des soins au sein du CHS.

La perception de la notion de qualité, voire de sécurité, peut s'apprécier différemment selon la place que l'on occupe au sein de l'institution. Des actions de communication et des formations communes usagers-professionnels viendront consolider une culture partagée dans le cadre d'un enrichissement mutuel, permettant ainsi d'améliorer la qualité d'accueil des usagers au sein du CHS ainsi que les prestations dispensées.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Créer une culture partagée soignants-soignés dans le domaine de la qualité et sécurité des soins
- ✓ Mobiliser l'expérience patient dans les différents groupes de travail en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles

3 - 3 : Evaluer le service rendu aux usagers ainsi que leur satisfaction

La prise en compte du regard des usagers sur les pratiques professionnelles, l'organisation de l'établissement et les prestations dispensées, nécessite que soient structurés des dispositifs permettant l'expression des patients à la fin de leur séjour ou en cours de soins. Cela implique d'élaborer des stratégies différenciées selon les types de prise en charge et le profil de la population accueillie.

Cette recherche de l'évaluation de la satisfaction des usagers doit s'inscrire dans un dialogue constant au quotidien afin que cette culture s'intègre dans les pratiques soignantes, voire devienne support de soins dans le cadre des relations soignants-soignés.

Ce rapport aux usagers devient structurant dans une démarche de co-construction de parcours de soins individualisés dans laquelle la personne concernée en premier lieu (le patient) exprime son point de vue et ses besoins.

Les objectifs opérationnels :

- ✓ Diversifier les modes d'évaluation de la satisfaction des usagers