

# POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

## 2023 - 2027

### 1. Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier de NOVILLARS, situé à 12 km de Besançon, est l'établissement de référence en psychiatrie - santé mentale du Doubs couvrant un bassin de population de près de 324 000 habitants. Il assure auprès des patients, des missions de prévention, de diagnostic, de soins, d'accompagnement et de réinsertion, en lien avec le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, le Centre Hospitalier de Pontarlier, le Centre hospitalier Spécialisé de Saint Ylie et l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.

Sa capacité d'accueil de 387 lits et places permet la prise en soin des enfants, adolescents, adultes et personnes âgées souffrant de troubles psychiques en hospitalisation complète ou partielle, ainsi qu'en suivi ambulatoire. Près de 25 sites de consultation (Centre Médico-Psychologiques, CGI...) implantés dans le département permettent de vous accueillir et d'assurer le suivi de votre prise en soin au plus près de votre domicile.

Le Centre Hospitalier de NOVILLARS compte près de 791 professionnels et pas moins de 41 corps de métier qui mettent tout en œuvre pour garantir la qualité et la sécurité des soins au quotidien.

Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) d'une capacité de 42 lits et de 5 places d'accueil de jour, fait également partie du Centre Hospitalier. Elle accueille et prend en soin un public adulte handicapé.

Le Centre Hospitalier de NOVILLARS travaille en étroite collaboration avec le Centre Hospitalier Spécialisé du JURA (DOLE SAINT YLIE), les établissements médico-sociaux SDH 25 de BESANCON, ETAPES de DOLE, les EHPAD de MALANGE « La Mais'Ange » et de MAMIROLLE « Alexis Marquiset » dans le cadre d'une direction commune.

Le CHN est intégré, depuis le 1er janvier 2020, au Groupement Hospitalier de Territoire Centre Franche-Comté, dont le CHU de BESANCON est l'établissement support.

### 2. L'engagement de la Direction

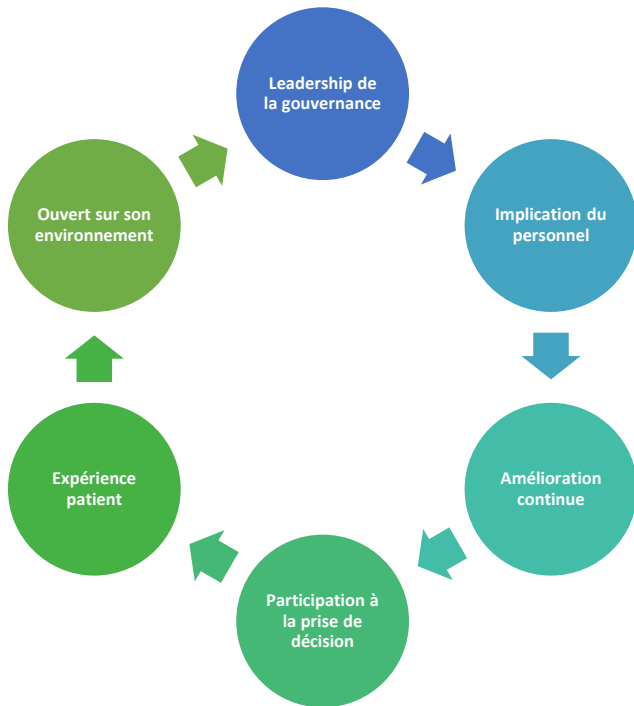
La politique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins du Centre Hospitalier de NOVILLARS (CHN) est basée sur la mission essentielle de l'établissement qui vise à garantir aux patients la qualité, la continuité et la sécurité des soins prodigués.

La politique qualité et gestion des risques du CHN découle des orientations stratégiques de l'établissement déclinées notamment dans le projet d'établissement 2023 – 2027. Elle a pour ambition de fédérer les équipes des différents sites intra et extra hospitaliers autour du développement d'une culture commune et partagée de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est centrée sur les besoins et attentes des usagers, ainsi que leur entourage. Elle s'appuie, dans le cadre du projet de prise en soins de l'utilisateur, sur la volonté des professionnels d'améliorer les organisations et les prestations dans une démarche d'amélioration continue.

Elle est fondée sur les principes suivants :

La volonté du CHN est de renforcer la dynamique de chaque pôle afin de mettre en place un système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques réactif et évolutif, impliquant les professionnels et les usagers. Ce dispositif doit s'appuyer en particulier sur les coopérations entre la CME, la direction, les pôles, les expertises des professionnels, les usagers et les commissions en charge de la qualité et la gestion des risques.



Afin d'acculturer les professionnels de terrain à la qualité et sécurité des soins, la gouvernance s'attachera à développer les compétences des professionnels de terrain par des formations à la gestion des risques et à aux méthodes qualité.

La nouvelle politique aura pour objectif de consolider les organisations mises en place, d'autonomiser les pôles dans la démarche qualité et la gestion des risques, de renforcer l'implication des usagers et de développer l'expérience patient.

Chaque année, nous nous engageons à analyser notre management et le faire évoluer au regard des dispositifs législatifs et réglementaires.

### 3. Les axes prioritaires

La politique qualité et gestion des risques du CHN se décline dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins commun qui repose sur quatre axes. Ces axes sont définis au regard de l'actualisation du projet d'établissement 2023-2027, en lien avec le projet de prise en soins de l'utilisateur, l'identification des axes prioritaires recensés en COPIL qualité et COVIRIS.

**Les axes prioritaires en cours de déploiement en lien avec le programme d'amélioration de la qualité 2023 sont les suivants :**

#### 1- La Qualité et Gestion Des Risques :

- Intégrer la démarche qualité au cœur des pratiques professionnelles
- Affirmer la culture qualité et sécurité des soins auprès des équipes soignantes.
- Placer l'utilisateur comme acteur de sa prise en soins
- Maitriser la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.

#### 2- Le circuit du médicament :

- Mettre à disposition des équipes les moyens nécessaires à la délivrance de conseils sur le bon usage de médicaments au patient
- Assurer la continuité médicamenteuse

- Favoriser le bon usage des antibiotiques
- Améliorer la conciliation médicamenteuse des traitements
- Garantir la prescription médicale chez les patients vulnérables
- Renforcer la sécurisation de l'étape d'administration des médicaments
- Maitriser l'utilisation des médicaments à risque

### 3- Le parcours du patient :

- Favoriser l'expression du patient sur son consentement libre et éclairé pour son projet de soins et ses modalités.
- Favoriser les bonnes pratiques de soin
- Adapter l'environnement au patient mineur.
- Réaliser pour tout patient hospitalisé en psychiatrie un examen somatique.
- Maîtriser la prise en charge des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement.

### 4- Les droits des patients :

- Argumenter et réévaluer la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté
- Promouvoir le respect de l'intimité et de la dignité du patient
- Lutter contre la maltraitance ordinaire en son sein.

### 5- La prise en charge de la douleur :

- Anticiper et/ou soulager rapidement la douleur du patient

### 6- Le risque infectieux :

- Renforcer la maîtrise du risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

## 4. Le système de management de la Qualité et de la Gestion des Risques

### 4.1. Les instances de pilotage

Le pilotage du management de la qualité et gestion des risques est intégré aux instances institutionnelles.

- **Le Directoire** est l'instance de pilotage stratégique de la politique qualité et gestion des risques. Il s'appuie sur les préconisations de la CME. Le Directoire décide de l'allocation des ressources nécessaires à la conduite de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques. Il informe le Directeur de l'Agence Régionale de Santé des orientations de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques lors de chaque réactualisation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens dans le volet "Amélioration de la qualité et sécurité des soins".
- Après concertation avec le Directoire, la **Commission Médicale d'Etablissement** (CME) et le Coordonnateur Général des Soins, le Président de la CME valide conjointement avec le Directeur, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. La CME, instance décisionnelle de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques en assure le pilotage opérationnel. Assisté du Responsable de la qualité et gestion des risques (RQGR), chaque pilote informe la CME des avancées ou des difficultés rencontrées. La politique d'amélioration

continue se décline dans le Programme d'amélioration de la Qualité et Gestion des Risques, présenté et validé en CME après concertation.

- La **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique** (CSIRMT) est consultée pour avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

## 4.2. Les instances de coordination

Afin de coordonner la politique qualité et sécurité des soins le **COPIL qualité** se réunit chaque semaine pour analyser les actions menées dans le domaine de la qualité, réajuster la politique et prendre connaissance des résultats (indicateurs, inspections réglementaires, suivi de la démarche de certification, définition des priorités).

Il est composé du Président de la CME, du Président de la CSIRMT et du Responsable qualité et gestion des risques.

Il organise le pilotage des thématiques par la désignation des pilotes de thématiques en recherchant l'implication des professionnels de santé. Le responsable qualité accompagne tous les pilotes de thématiques dans le suivi et la mise à jour de leur plan d'actions. Il leur apporte un soutien méthodologique quant à la définition des risques prioritaires et leurs évaluations.

Une instance, émanation de la Commission Médicale d'Établissement (CME), permet la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques :

La **Commission de Vigilances et des Risques** associées aux soins (COVIRIS) est en charge de la gestion des risques. Elle est une sous-commission de la CME. La COVIRIS participe à la définition, au suivi de la politique de vigilance et de l'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins. C'est un outil de gestion des risques à posteriori et à priori des événements ayant mis en jeu, ou pouvant mettre en jeu, la qualité et la sécurité des soins. C'est un temps privilégié qui permet un partage d'expérience et de pratique entre pôle.

La **Commission Des Usagers** (CDU), quant à elle, contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment l'ensemble des plaintes et réclamations des usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. Son activité est résolument ancrée dans une démarche de qualité et de sécurité et vient en complément d'autres procédures telles que la certification de la Haute Autorité de Santé, la gestion des risques ou plus particulièrement la lutte contre les infections nosocomiales.

## 4.3. Le management opérationnel

Plusieurs comités ou commissions interviennent dans la mise en place opérationnelle des actions définies par le COPIL qualité et gestion des risques

La sous-commission de la CME :

Médicament, Risque Infectieux, DOuleur, Nutrition (MERIDON) est en charge du suivi de la politique du médicament, de la lutte contre le risque infectieux, de la nutrition, de la lutte contre la douleur.

Les groupes transversaux tels que les référents pharmacie, référents douleur, correspondants en hygiène, dossier patient, membre du Comité de PrEvention de la Crise COPEC, Comité Ethique, CIV, CLAN, F3SCT, pilotes / copilote de thématique permettent un relais sur le terrain des actions d'amélioration définies.

Chaque politique associée est managée par un pilote dont la mission est de :

- Coordonner la mise en œuvre de la politique propre à la thématique en :
  - Mobilisant toutes les compétences utiles autour de la thématique,
  - Animant le groupe (instance existante ou groupe ad-hoc) constitué autour de la thématique,
  - Contribuant à l'élaboration ou à la mise à jour de la politique de la thématique,
  - Étant l'interlocuteur privilégié auprès des instances de l'établissement : Directoire, CME, CSIRMT, CDU, CTE, CHSCT,
  - Communiquant de façon régulière et positive auprès des professionnels sur la mise en œuvre du plan d'action dédié à la thématique qu'il manage ;
- Définir les étapes du processus ;
- Identifier et apprécier les risques ;
- Déterminer les actions d'amélioration ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'action ;
- Evaluer l'efficacité du plan d'action.

Chaque pilote reçoit l'assistance d'un copilote, du référent qualité et gestion des risques et d'une instance ou d'un sous-groupe ad hoc afin de conduire les travaux d'analyse du processus dont il a la charge.

- Management de la prise en charge médicamenteuse
- Parcours patient
- Droits du patient
- Qualité de vie au travail
- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge et droits de patients en fin de vie
- Gestion du risque infectieux
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Dossier patient

En 2020, la procédure de certification des établissements de santé menée par la HAS s'est transformée. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.

La démarche de certification s'appuie sur le référentiel de certification, décliné en trois chapitres et 15 objectifs déclinés en critères.

#### 4.4. Les éléments d'évaluation internes

##### - Les revues mensuelles des EIAS

Le logiciel YES permet de regrouper les signalements d'évènements indésirable concernant la qualité dans le même outil informatique (gestion documentaire, informatisation du circuit des évènements indésirables, recensement des plans d'actions qualité et formalisation du PAQSS).

## **- Les analyses des causes**

Les analyses des causes des évènements indésirables graves associés aux soins ou d'EIAS sont réalisés régulièrement avec les professionnels impliqués dans les évènements. Les CREX institutionnels sont réalisés par l'équipe de Direction et sont actifs au sein des pôles depuis la crise COVID. Parallèlement, les réunions de morbidité-mortalité participent à l'amélioration et la sécurité des prises en soins, sous la supervision de la CME.

L'ensemble de ces analyses participe à l'alimentation du PAQSS.

## **- L'Évaluation des Pratiques Professionnelles**

La Direction de la qualité en coordination avec les pilotes et copilotes de thématique des Evaluations de pratiques Professionnelles pouvant se traduire par un recueil d'indicateurs, d'audits, de visites de risque, de rapport, de référentiels de bonnes pratiques sur les thèmes concernant :

- ✓ La douleur (recueil et IQSS),
- ✓ L'Identitovigilance primaire et secondaire
- ✓ L'hygiène,
- ✓ Le circuit du médicament (Audit sur la qualité du rangement des armoires à pharmacie),
- ✓ Les bonnes pratiques en lien avec le circuit du médicament (écrasement des comprimés, pertinence de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée, antibiothérapie, Suivi physiologique (fonction rénale et poids) des patients âgés de plus de 65 ans au sein du GHT)
- ✓ Les staff EPP (pédopsychiatrie)
- ✓ L'isolement / contention
- ✓ L'iatrogénie (étude sur les chutes chez la personne âgée).
- ✓ Le signalement

## **- Les indicateurs**

L'établissement est organisé pour la mise en œuvre du recueil, de l'analyse et du déploiement des actions concernant les IQSS. Un recueil d'indicateur en lien avec les thématiques qualité est réalisé en collaboration avec les pilotes et copilote de thématique.

## **- Les méthodes d'évaluation HAS**

La méthode du patient traceur est structurée à partir d'un pool de professionnels pluridisciplinaires, composé de médecins, infirmiers, cadres, cadres supérieurs, directeur de la qualité, représentants d'usagers. Formés régulièrement, ils participent à la mise en œuvre de ces derniers sur l'ensemble des unités de l'institution. Depuis 2022, les méthodes d'évaluation des pratiques ont été élargies au parcours traceur, traceur ciblé, audit système, observations.

## **- Les formes de recueil de l'expression du patient**

L'établissement promeut toutes les formes d'expression du patient :

- Les questionnaires de sorties
- Les questionnaires de satisfaction
- Les questionnaires recueillant les attentes des patients sur des projets institutionnels
- Les réunions soignants / soignés

- Les temps formels et informels auprès du patient
- Les plaintes et réclamations
- Les temps d'échange avec les RU lors de journées droits des patients ou rencontre avec certains plaignants
- Les questionnaires de satisfaction sur la journée d'accueil des nouveaux arrivants

#### - Les travaux des commissions et groupes de travail

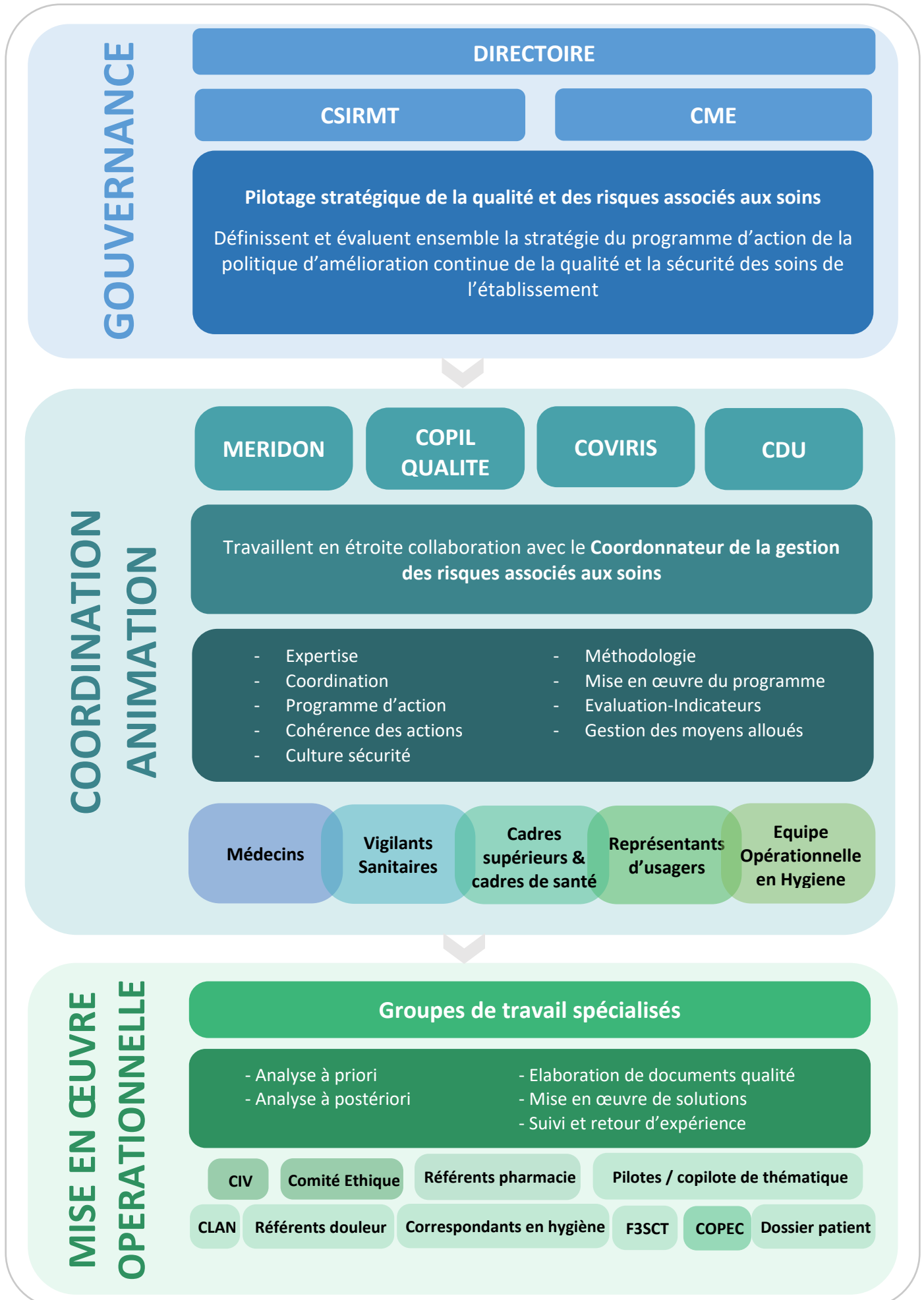
L'investissement des professionnels de l'établissement au sein des groupes de travail ou instances est un élément essentiel pour assurer la production de documents en lien avec les bonnes pratiques. A ce titre, les professionnels, les référents institutionnels (Douleur, Nutrition, Hygiène ...) sont une véritable courroie de transmission, essentielle à la dynamique institutionnelle.

Ces dispositifs sont autant de sources d'information exploitables pour l'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins.

#### 4.5. Les éléments d'évaluation externes

Enfin, les éléments de contexte de planification, de régulation et d'évaluation externes participent au développement de la qualité et de la gestion des risques :

- Les précédents programmes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques (PAQSS)
- Le projet d'établissement 2023 2027 du Centre Hospitalier de NOVILLARS
- Le Projet Territorial de santé mentale (PTSM)
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM),
- Le rapport de certification de la HAS V2014
- Le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)
- Le rapport de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)





## Le référentiel HAS

Chapitres	Objectifs
Chapitre 1 Le patient	1.1 - Le patient est informé et son implication est recherchée
	1.2 - Le patient est respecté
	1.3 - Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
	1.4 - Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
Chapitre 2 Les équipes de soins	2.1 - La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
	2.2 - Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
	2.3 - Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
	2.4 - Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
Chapitre 3 L'établissement	3.1 - L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
	3.2 - L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
	3.3 - La gouvernance fait preuve de leadership
	3.4 - L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
	3.5 - Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
	3.6 - L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté
	3.7 - L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins