

---

## POLITIQUE QUALITE ET SECURITE DES SOINS 2017-2020

(Version 5)

---

I. Références réglementaires .....	2
II. Contexte et enjeux.....	2
III. Champ d'application / Périmètre .....	3
IV. Orientations et Objectifs de la politique.....	3
V. Rôles et responsabilités.....	4
VI. Ressources et organisation .....	4
VII. Communication .....	5
VIII. Évaluation et révision de la politique.....	5
IX. Engagement de la Direction et de la CME .....	5

---

# POLITIQUE QUALITE SECURITE DES SOINS

---

L'écriture de cette politique et la détermination des objectifs a été effectuée de manière concertée avec le Conseil de surveillance, la CME, la CDU, la CSIRMT, le Coordonnateur des risques associés aux soins, les pilotes des groupes processus et le service Qualité du Centre Hospitalier Pierre Léo.

## I. Références réglementaires

---

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004 – Article 3 relatif à l'évaluation et la certification des établissements de santé
- Décision n°2015.0151/DC/SCES du 10 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique

## II. Contexte et enjeux

---

La politique Qualité\_Sécurité des soins respecte les valeurs décrites dans le projet d'établissement 2003–2006 et s'articule avec l'ensemble des autres politiques de l'établissement.

La politique Qualité Sécurité des soins au sein de notre établissement s'appuie ainsi sur les orientations et exigences suivantes :

- exigences réglementaires
- dispositif de certification V2014
- orientations nationales : plan national santé mentale 2011-2015
- contractualisation : CPOM, Hôpital Numérique, autorisations...

En conséquence, les enjeux pour l'établissement, les professionnels, les patients sont les suivants :

- assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge
- respecter les droits du patient
- garantir le parcours coordonné avec la médecine de ville
- organiser la gestion de crise afin de pouvoir répondre aux situations sanitaires exceptionnelles
- répondre aux exigences réglementaires, à la Certification...

Pour définir cette politique Qualité Sécurité des soins, les sources de données utilisées par l'établissement sont les suivantes :

- l'analyse de la conformité à la réglementation, les rapports d'inspection, le rapport de certification d'octobre 2016
- les évaluations, les audits, les enquêtes, les EPP et patients traceurs
- les analyses de risques annuelles par thématiques
- l'analyse et la gestion des événements indésirables, les ADC, les CREX
- le suivi des plaintes et des réclamations
- les résultats des indicateurs
- l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels...

---

### III. Champ d'application / Périmètre

---

Le Centre Hospitalier Pierre Léo de La Charité-sur-Loire, établissement public départemental, a pour mission première de proposer, sur l'ensemble du territoire de la Nièvre, une offre de soins en santé mentale diversifiée, adaptée aux besoins des personnes, essentiellement des adultes. Les activités de psychiatrie développées par l'établissement prennent aujourd'hui des formes multiples, avec le souci constant d'assurer aux patients un soutien de proximité et la meilleure qualité de soins possible.

L'établissement accueille chaque année plus de 7500 patients adultes et réalise plus de 80 000 actes ambulatoires, 55 000 actes en hospitalisation complète et 13 400 actes en hospitalisation à temps partiel (sources : données DIM 2016).

La politique Qualité\_Sécurité des soins s'adresse à l'ensemble des services : tous les pôles et secteurs d'activités sont concernés, sur l'ensemble des sites du Centre Hospitalier Pierre Léo.

Les bénéficiaires de cette politique sont :

- les patients,
- les professionnels, l'établissement
- les partenaires externes

---

### IV. Orientations et Objectifs de la politique

---

Les orientations et objectifs propres à cette thématique et à notre établissement ont été déterminés de manière concertée avec le Conseil de surveillance, la CME, la CDU, la CSIRMT, le Coordonnateur des risques associés aux soins, les pilotes des groupes processus et le service qualité.

Ils ont été validés par la CME et soumis aux instances :

- **Sensibiliser l'ensemble des professionnels à la culture qualité et de sécurité des soins**  
*Objectif : 80% des professionnels sensibilisés en 2020*
- **Développer la participation des professionnels de terrain aux groupes qualité**  
*Objectif : 2 à 3 professionnels de terrain présents dans chaque groupe processus à partir de 2018*
- **Améliorer le déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles**  
*Mener 3 à 5 EPP par an, respectant la méthodologie HAS, à partir de 2018*
- **Assurer la gestion de crise**  
*Plan blanc actualisé et professionnels opérationnels d'ici fin 2018 (mode d'évaluation de l'opérationnalité des professionnels à définir)*
- **Renforcer le management des secteurs d'activités par le suivi d'indicateurs spécifiques**  
*Tableau de suivi d'indicateurs défini en fonction des besoins de chaque pôle, alimenté trimestriellement et utilisé comme outil de management à partir de fin 2018*
- **Améliorer la communication des informations qualité au sein de l'établissement**  
*Diffuser la lettre qualité 4 fois par an, intégrer un point qualité à chaque CME, incrémenter intranet de la totalité des comptes rendus des groupes processus et résultats de toutes les évaluations (enquêtes, EPP...) à partir de mi 2017.*

Ces orientations liées au Management de la qualité et de la sécurité des soins sont déclinées, en cohérence avec le PAQSS (et le compte qualité pour les axes prioritaires), dans lesquels figurent les objectifs, les actions prévues, les responsables d'actions, les échéances et les modalités de suivi des actions.

---

## V. Rôles et responsabilités

---

Pour la mise en œuvre de cette politique, l'établissement s'appuie sur (*Cf. organigramme de la démarche qualité*) :

- les instances de pilotage : CME, CSIRMT, CDU et COPIL qualité notamment,
- le coordonnateur des risques associés aux soins et le pilote de la thématique management de la qualité et des risques
- les comités opérationnels : Groupes processus, et sous commissions de la CME : CLUD, CLIAS, CLAN, CIV, COMEDIMS, etc
- les réseaux de référents : pharmacie, douleur, hôteliers, CIV...

Interfaces :

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

---

## VI. Ressources et organisation

---

L'appropriation de cette politique par les professionnels repose sur :

- l'appropriation des enjeux par le management des secteurs d'activité
- l'implication des équipes dans la mise en œuvre
- l'existence de temps dédié
- la disponibilité des ressources humaines et des compétences adaptées
- la disponibilité des documents utiles et nécessaires
- la disponibilité de ressources matérielles pertinentes

Les méthodes et outils qui seront utilisés sont :

- évaluations annuelles de processus
- conduite de projet
- formations et sensibilisation (*plan de formation*)
- évaluations des pratiques professionnelles méthodologie HAS
- CREX et analyses des causes type Orion
- suivi de tableaux de bord (*indicateurs, évaluations*)

Afin de développer la culture de déclaration des événements indésirables et d'amélioration des pratiques, un projet de charte de non sanction et de confiance est en cours de déploiement, et est essentiel dans la bonne gestion de notre projet qualité.

---

## VII. Communication

---

La présente politique validée fait l'objet d'une communication aux instances et est également diffusée à l'échelle de l'établissement via son insertion dans le système documentaire YES.

La communication autour de la démarche est assurée par le binôme coordonnateur des risques associés aux soins/coordinatrice qualité et gestion des risques, ainsi que par le président de CME.

L'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche, tant au niveau managérial qu'au niveau opérationnel, sont autant de relais à la communication du contenu des travaux des groupes qualité.

Cette diffusion est réalisée à destination :

- des instances
- des professionnels et de leurs représentants
- des usagers et de leurs représentants

Les moyens sont l'intranet, l'affichage, les communications en instance, la lettre de la qualité, les échanges en réunions d'équipe ...

---

## VIII. Évaluation et révision de la politique

---

Durée de validité de la politique : 4 ans en l'absence d'évolution majeure

L'évaluation de la mise en œuvre de cette politique est réalisée via le suivi du plan d'actions et des indicateurs associés (incluant le score de maturité HAS de la thématique précisé dans le rapport de certification).

Cette politique sera révisée a minima lors :

- de l'évaluation annuelle du processus management de la qualité et sécurité des soins
- de la révision du projet médical et d'établissement,
- d'évolutions réglementaires ou structurelles (*déménagement, changement/développement d'activité*)
- sur décision du directeur ou du président de CME

---

## IX. Engagement de la Direction et de la CME

---

La Directrice et le Président de la CME s'engagent à promouvoir, poursuivre et soutenir la démarche décrite dans le présent document.

le 05/12/2017,

La Directrice,

Francelyne HIÉ



le 05/12/2017, Kwaku Abaka JOHNSON

Président de la C.M.E.  
Psychiatre des Hôpitaux  
C.H. Pierre Léo - PAM Sud  
2 Rue du Dr Jules Renard  
58027 NEVERS Cedex

Kwaku JOHNSON

