



Établissement Public de Santé de Bellême

SSR

(Soins de Suite et de Réadaptation)

EHPAD / UPAD : La Rose des Vents

(Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes)

(Unité pour Personnes Âgées Désorientées)

4 & 28 Rue du Mans - BP 104 - 61130 BELLÊME

Tél : 02.33.85.33.85

Fax : 02.33.73.09.16

# PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS

## 2024-2028



**Etablissement Public de Santé de Bellême**

4 et 28 rue du Mans - 61130 Bellême

Standard : 02 33 85 33 85 Fax : 02 33 73 09 16

[www.hopital-belleme.fr](http://www.hopital-belleme.fr)

## INTRODUCTION

L'exigence de qualité du service rendu aux patients et résidents est au cœur des préoccupations des professionnels de santé.

La qualité est l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés aussi bien que les besoins implicites des usagers de la structure, par l'engagement de l'établissement et de ceux qui y travaillent dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu.

Mesurer la qualité passe par l'obtention de données et l'analyse régulières de l'organisation des soins et des accompagnements, ainsi que de l'ensemble des activités, en lien avec un niveau attendu de performance, préalablement défini.

L'obligation de pluridisciplinarité des intervenants conduit à définir un cadre à la démarche institutionnelle. Celle-ci s'articule autour du projet qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles prenant en compte les exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le projet qualité, de gestion des risques et des évaluations de pratiques professionnelles se veut un instrument conçu et développé pour accompagner les professionnels de l'établissement dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour optimiser l'ensemble des prestations fournies aux patients et résidents.

Les conditions de réussite de ce projet sont l'implication de la direction, des médecins et de tous agents dans le cadre d'une démarche participative en utilisant une méthodologie adaptée et une planification réaliste.

La sécurité et la qualité sont l'affaire de chacun dans sa pratique au quotidien.

L'Établissement Public de Santé de Bellême a été certifié en novembre 2017. La prochaine visite est planifiée sur juin 2024. Le secteur médico-social a procédé à son évaluation interne en décembre 2013 et à son évaluation externe en novembre 2014. La prochaine visite d'évaluation est planifiée sur 2026.

La mission principale de l'établissement public de Santé de Bellême est de répondre aux besoins de santé et d'accompagnement de la population âgée du territoire sur lequel il est implanté.

La qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites, par l'engagement de l'établissement et de ceux qui y travaillent dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

L'exigence de qualité est au cœur des préoccupations des professionnels de l'établissement qui mettent en œuvre au quotidien leurs compétences pour assurer des soins et des accompagnements sûrs et de qualité.

L'établissement s'engage donc à :

- Respecter les droits de chaque usager et prendre en compte leurs attentes
- Favoriser l'écoute, l'information et la participation des patients et résidents dans les choix thérapeutiques ou d'accompagnement
- Assurer le confort des patients et des résidents
- Garantir la sécurité des soins et prévenir les événements indésirables associés aux soins
- Assurer le déploiement constant des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) en vue de les améliorer en permanence (politique EPP)
- Prévenir et garantir la maîtrise du risque infectieux
- Mettre en place la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles basée sur
  - La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez la personne âgée
  - La garantie du bon usage des médicaments

La Politique Qualité et Sécurité des Soins (PQSS) se décline, pour les 5 ans à venir, dans un projet qualité qui a pour ambition de :

- ✓ Maintenir le déploiement de la démarche d'amélioration continue dans tous les secteurs de l'établissement
- ✓ Répondre aux nouveaux enjeux en matière de qualité et sécurité des soins et notamment de certification et d'évaluations
- ✓ Instaurer une culture de qualité et sécurité des soins pérenne et l'implication au quotidien des professionnels dans la démarche

## METHODOLOGIE D'ELABORATION

### 1) COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Comme toute démarche participative, la formalisation de la politique qualité et sécurité des soins 2024-2028 a nécessité la collaboration de nombreux professionnels : Un groupe projet social composé de catégories professionnelles diversifiées et de représentants syndicaux a été constitué.

Le groupe de travail est composé de :

Fonction	Nom-prénom
Direction	JAMMET Philippe
Président CME	Dr DO Anh Tai
Médecin coordonnateur	Dr SANTAMARIA Aurora / Dr CANADAS LOPEZ Pilar
Responsable Qualité	GOYER Elodie
Assistante Qualité	GUERIN Aurélie
1 IDE hygiéniste	BERRIER Virginie
1 cadre	GARNIER Valérie
Responsable RH	CHEVALIER Sandrine
Responsable finances	LEGENDRE Virginie
Responsable Economat	FREMON Christine
Responsable Services Techniques	ODILLARD Thierry
Pharmacien	ROYER Magali

### 2) PLANNING DE REUNIONS

Le planning des réunions a été élaboré sur la période. Les réunions ont fait l'objet d'une convocation avec un ordre du jour diffusé à tous les membres.

DATES DES REUNIONS	HEURE	LIEU	OBJET DE LA REUNION
13 mars 2023	10h30 à 12h00	Salle des Commissions  (Bâtiment Napoléon III)	Bilan du projet 2017-2021 Validation des thématiques à traiter
27 mars 2023			Description par thématique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fonctionnement actuel</li> <li>○ Forces – faiblesses</li> <li>○ Enjeux</li> <li>○ Objectifs</li> </ul>
17 avril 2023			Regroupement des objectifs sous des axes (à définir)
15 mai 2023			Rédaction des fiches actions pour chaque objectif Relecture du projet de soins
05 juin 2023			
19 juin 2023			
03 juillet 2023			

### 3) OBJECTIFS DE TRAVAIL

L'objectif du groupe de travail était d'identifier les besoins prioritaires et de les décliner en axes et objectifs opérationnels répondant à la réalité du terrain.

### 4) DOCUMENTS DE TRAVAIL

Afin d'élaborer la politique qualité et gestion des risques 2024-2028, le groupe s'est appuyé sur :

- CPOM sanitaire et CPOM Médico-social
- Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES)
- Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins
- Manuel d'évaluation de la qualité des ESSMS
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles HAS
- « *Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé* » (HAS- avril 2012)
- « *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments* » (HAS- mars 2022)
- « *Le patient en auto-administration de ses médicaments en cours d'hospitalisation* » (HAS- octobre 2022)
  
- Documents internes :
  - Bilan qualité et sécurité des soins 2022
  - Tableaux de bord des indicateurs 2022
  - Programme qualité et sécurité des soins annuels
  - Programme d'audits et d'évaluations pluriannuelles
  - Résultats des évaluations menées

## BILAN DU PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS 2017-2021

AXES	OBJECTIFS	ETAT DE REALISATION				COMMENTAIRES
		Non réalisé	En cours	En GP réalisé	Finalisé	
<b>1</b>	RENFORCER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DANS LA DEMARCHE DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS A TOUS LES ECHELONS			✓		Flash info. A renforcer
	☞ Développer une culture positive de la qualité et de la sécurité des soins			✓		Lettre du mois, flash infos sur des résultats. Recueil de quelques indicateurs comparatifs intégrés dans les TDB
	☞ Renforcer le déploiement de l'approche par processus			✓		Déploiement en cours du logiciel qualité avec PAQSS intégré. Déployer l'approche processus sur L'EHPAD : Abandonné
<b>2</b>	MAINTENIR LA DYNAMIQUE D'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES				✓	
	☞ Assurer le juste dimensionnement des démarches d'EPP				✓	
	☞ Développer l'efficacité des démarches d'EPP				✓	Nouveau DPI en 2022.
<b>3</b>	RENFORCER LA DEMARCHE DE GESTION DES RISQUES				✓	Patient traceur non réalisé en 2020.
	☞ Placer la cartographie des risques comme outil de pilotage de la démarche qualité				✓	Cartographie des risques sur l'EHPAD : abandonné
	☞ Poursuivre le déploiement de la culture de l'apprentissage par l'erreur			✓		
	☞ Améliorer le suivi des exigences réglementaires				✓	Projet de GMAO : Abandonné.
	☞ Maintenir la dynamique de l'établissement sur la préparation des situations de crise			✓		Support des formations internes à la gestion de crise en cours de création.

AXES	OBJECTIFS	ETAT DE REALISATION				ACTIONS NON FINALISEES	
		Non réalisé	En cours	En GP réalisé	Finalisé		
4	ADAPTER LE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE AUX ENJEUX DES GHT	☞ Organiser le pilotage qualité – gestion des risques au sein du GHT			✓		Echanges avec le réseau QUAL'VA
	☞ Développer le management en commun avec les membres du GHT		✓				Gestion documentaire, fiche d'EI avec outils métier qualité en cours de déploiement
5	POUR SUIVRE LA DEMARCHE DE QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	☞ Amplifier les actions en faveur du bon usage des médicaments, notamment des antibiotiques			✓		Statistiques de consommation et sensibilisation des médecins effectués en COMEDIMS
		☞ Sécuriser les pratiques de prise en charge médicamenteuse à l'entrée et en sortie de SMR (SSR)			✓		Rencontre pharmacien patient dans le cadre de la conciliation avec fiches d'informations disponibles. Carte CPS commandée
		☞ Sécuriser les pratiques de préparation de d'administration des médicaments en EHPAD		✓			Réflexion sur la vérification des médicaments par les IDE avant administration en cours. Sécuriser l'administration des médicaments en salle à manger en EHPAD difficile à mettre en place.
		☞ Assurer la communication autour du management qualité de la prise en charge médicamenteuse			✓		Distribution de supports régionaux chaque année.
		☞ Poursuivre les actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé		✓			Promouvoir les initiatives : Actuellementl staff chutes.
		☞ Mettre en place des outils et une organisation pour lutter contre l'introduction de médicaments falsifiés				✓	
		☞ Favoriser le bon usage et sécuriser les pratiques liées à l'utilisation des dispositifs médicaux stériles (DMS)			✓		Etude sur la pertinence de l'utilisation des certains DM ou DMS : repoussée en 2021

Afin de décrire les démarches existantes, le groupe a orienté son travail sur plusieurs thématiques :

- Le pilotage de la démarche qualité
- Les démarches d'évaluations des pratiques professionnelles
- Obligations légales et réglementaires
- Gestion des risques
- Gestion documentaire
- Prévention et maîtrise du risque infectieux
- Qualité de la prise en charge médicamenteuse

### 1) PILOTAGE DE LA DEMARCHE QUALITE

#### *Fonctionnement actuel*

La démarche Qualité/Gestion des risques est organisée autour d'une politique qualité et sécurité des soins, intégrée au projet d'établissement. Elle est remise à jour annuellement.

Un comité de pilotage de la qualité et la gestion des risques assure la gestion globale de la démarche. Il est relayé par des pilotes de processus, identifiés et formés, des instances et des groupes de travail en lien avec des thématiques précises.

Le service Qualité/Gestion des risques (1 responsable qualité/gestionnaire des risques, 1 secrétariat qualité) assure l'animation de la démarche. Par ses fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et de responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse, le responsable qualité est garant de la cohérence et de la coordination des actions menées.

La démarche s'appuie sur un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) défini annuellement à partir d'un bilan annuel sur la qualité et la sécurité des soins et décliné en plans d'actions par secteur. Les mises à jour du PAQSS sont gérées par les pilotes de processus via le logiciel métier qualité.

Depuis Janvier 2022 un logiciel qualité a été mis en place et permet de centraliser les outils de pilotage (PAQSS, Evènements Indésirables, Indicateurs, Registres divers, ...).

Le déploiement de la culture qualité/sécurité des soins s'appuie sur des dispositifs de communication (lettre d'information du personnel, intranet...) et une démarche participative des professionnels. Les démarches sont transversales aux deux secteurs d'activité de l'établissement. Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles, le manuel de certification et le manuel d'évaluation de la qualité des ESSMS sont utilisés comme principaux référentiels sur les processus.



Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implication forte de la Direction et des responsables de services</li> <li>✓ Organisation structurée et dynamique</li> <li>✓ Bonne réactivité (taille de l'établissement)</li> <li>✓ Organisation participative</li> <li>✓ Résultats de certification et d'évaluation externe positifs</li> <li>✓ Logiciel métier qualité commun du GHT</li> <li>✓ La démarche qualité est déployée sur l'EHPAD (transversale)</li> <li>✓ Réunions régulières d'information qualité SMR (SSR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Manque d'implication des professionnels dans les groupes de travail</li> <li>✗ Ressources limitées et donc implication difficile par rapport à la charge de travail</li> <li>✗ Situation géographique éloignée par rapport aux établissements de références et réseaux</li> <li>✗ Difficultés d'appropriation du logiciel qualité par les professionnels.</li> <li>✗ Absence de pilotage de la démarche qualité à l'échelle du GHT</li> </ul>

### Contexte-Enjeux

La nouvelle procédure d'évaluation des ESSMS va modifier les modalités de préparation (auto-évaluation continue) et les priorités de travail (critères impératifs).

La certification des établissements de santé est désormais une certification coordonnée pour les établissements qui font partie du GHT. Dans ce cadre, les modalités de pilotage des démarches de qualité et gestion des risques des différents établissements partie au groupement évolueront vers un pilotage coordonné. Cela nécessitera de développer des méthodologies et des outils de management qualité et gestion des risques communs.

## 2) LES DEMARCHES D'EPP

### Fonctionnement actuel

La démarche EPP est pilotée par le comité de pilotage Qualité, en tant que sous commission de la CME. Le responsable Qualité est identifié comme référent principal EPP. A ce titre, il est chargé d'organiser les réunions et de s'assurer du respect de la méthodologie des EPP.

De nombreux groupes d'EPP existent dans l'établissement car de nombreuses thématiques sont abordées, *a minima* les différentes thématiques prioritaires identifiées par la HAS. Les temps de préparation et de réunions sont importants et il est difficile de réunir tous les professionnels. Le maintien de la dynamique doit passer par une participation effective des professionnels.

Les démarches d'EPP sont différenciées par secteur (SMR et EHPAD/UPAD) dans les résultats et dans les tableaux de bord mais organisées au sein de groupes pluridisciplinaires et plurisectoriels. Un Comité de Retour d'Expérience est organisé tous les 2 mois.

Les plans d'actions des EPP sont intégrés au programme qualité et sécurité des soins.

Forces	Faiblesses
✓ Toutes les thématiques prioritaires sont couvertes par les EPP	✗ Faible implication des professionnels dans les groupes de travail.
✓ Suivi des plans d'actions des EPP organisé	✗ Faible implication médicale aux EPP
✓ Indicateurs de pratiques cliniques identifiés, recueillis et analysés (Hors crise COVID)	✗ Recueil des indicateurs chronophages
✓ Bons résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), diffusés et communiqués aux instances	✗ Statistiques des évaluations sur le SMR (SSR) peuvent être tronquées (taille)
	✗ La perception des résultats des groupes de travail insuffisamment valorisés

### Contexte-Enjeux

On constate un manque d'implication des professionnels permettant de maintenir le rythme des réunions. De nouvelles approches et méthodes de travail doivent être trouvées pour que les professionnels puissent adhérer à la démarche.

### **3) LES OBLIGATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES**

#### **Fonctionnement actuel**

##### **Veille réglementaire**

Les responsables des services gèrent leur veille réglementaire par des outils identifiés.

Les actions issues de la veille réglementaire sont intégrées dans le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) sur le logiciel métier qualité par chaque responsable de service.

##### **Contrôles réglementaires**

Les responsabilités sont définies pour le suivi des contrôles réglementaires. Une sous-traitance à des organismes de contrôles est assurée pour les vérifications réglementaires (infrastructures, matériel médical...). Un plan de maintenance réglementaire est élaboré et mis à jour chaque année par les services techniques pour les contrôles afférant aux infrastructures.

Le suivi des préconisations est assuré par les responsables des différents services.

##### **Vigilances sanitaires**

Un vigilant unique désigné sur l'établissement avec des procédures afférentes. L'établissement est peu concerné par les alertes sanitaires (ascendantes et descendantes). L'établissement suit des indicateurs sur les vigilances en lien avec le Comité Qualité, Vigilances et gestion des Risques (CQVR).

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Maintenance réglementaire pour les infrastructures organisée</li><li>✓ Système de vigilances sanitaires organisé</li><li>✓ Centralisation des actions de la veille réglementaire et des contrôles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Dispersion des outils de planification et suivi des contrôles et maintenance réglementaires (GMAO)</li><li>✗ Pas de pilotage de la veille réglementaire (pas de référent, d'outil facilitant,...)</li></ul>

#### **Contexte-Enjeux**

Les exigences légales et réglementaires sont nombreuses et leur exploitation n'est pas toujours simple. L'enjeu est d'organiser la priorisation et le suivi de la mise en œuvre des actions issues de la veille réglementaire.

## **4) LA GESTION DES RISQUES**

### **Fonctionnement actuel**

#### **Gestion de crise**

Le plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est élaboré intégrant les volets ORSAN. Les procédures de gestion de crise ont été appliquées durant toute la période de crise sanitaire. Les retours d'expérience suite à cette période ont été organisés. Le plan a été mis à jour en conséquence.

Le plan de continuité d'activité est formalisé.

#### **Gestion des risques *a priori***

Une cartographie des risques existe depuis plusieurs années. Elle est réalisée avec les pilotes des processus et sur la base des données disponibles (résultats d'indicateurs et d'évaluations). Un plan d'actions est décliné pour chaque thématique de la cartographie et intégré au programme qualité et sécurité des soins.

L'organisation de la gestion des risques *a priori* est formalisée. Certaines thématiques bénéficient d'outils de cartographie des risques spécifiques (médicaments, hygiène, ...).

#### **Gestion des risques *a posteriori***

Le système de gestion des fiches d'Evènements Indésirables et le système de gestion des réclamations et suggestions sont coordonnés et centralisés au service Qualité et avec le logiciel métier qualité. La fiche est systématique adressée aux responsables d'actions concernés pour définition et mise en œuvre de mesures correctives. Ces mesures sont intégrées au programme qualité/sécurité des soins.

Des analyses systémiques sont organisées au cas par cas sur décision du Comité de Retour d'Expérience (CREX), pour les Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS). Le CREX se réunit systématiquement tous les 2 mois.

Les statistiques et actions mises en œuvre suite aux déclarations d'évènements indésirables ou aux réclamations et suggestions des usagers sont présentées aux instances et groupes de travail concernés. Le système de déclaration des actes de violences hospitalières est intégré aux évènements indésirables.

L'organisation de la gestion des risques *a posteriori* est formalisée et des indicateurs sont suivis et intégrés annuellement au bilan qualité et sécurité des soins.

Des dispositifs de sensibilisation des professionnels existent et sont régulièrement utilisés (statistiques des déclarations annuelles, demi-journée d'intégration, partie dédiée sur le site Intranet...).

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de gestion des tensions hospitalières et SSE régulièrement actualisé.</li> <li>✓ Cartographie des risques bien dimensionnée et renseignée, actualisée tous les 2 à 3 ans.</li> <li>✓ Système de gestion des EI structuré avec un logiciel métier qualité</li> <li>✓ Système de vigilance sanitaire structuré</li> <li>✓ Analyse régulière des EI en instance</li> <li>✓ Existence d'un CREX (Comité de Retour d'expérience) qui se réunit tous les 2 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Pas d'exercice de gestion de crises depuis la crise sanitaire</li> <li>✗ Pas de formation sur la gestion de crise et sur la gestion des évènements indésirables (responsables de service)</li> <li>✗ Appropriation inégale de la culture de déclaration des EI (selon les catégories socioprofessionnelles)</li> <li>✗ Pertinence des EI pas toujours avérée</li> <li>✗ Difficultés d'extraction des statistiques sur le logiciel qualité ainsi que le paramétrage</li> <li>✗ Manque d'appropriation du logiciel qualité par les professionnels (mis en place en janvier 2022).</li> <li>✗ Délai de traitement des EI par les responsables de services important.</li> </ul>

### Contexte-Enjeux

L'implantation du système de gestion des évènements indésirables dans les établissements de santé n'est plus à démontrer mais l'exploitation des déclarations devient un enjeu majeur d'amélioration et de sécurisation des organisations et des pratiques.

Maintenir la culture et l'intérêt de la déclaration d'évènements indésirables avec le turn over et la qualification du personnel.

Evolution prévue fin 2023 sur le guide national SSE (mise à jour à prévoir).

Difficultés de retour des prestataires ou structures concernés par des évènements indésirables

## 5) LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

### Fonctionnement actuel

#### **Sécurité du Circuit du Médicament :**

Un groupe de travail pluridisciplinaire est en place sur la sécurité du circuit du médicament. Il réalise une évaluation annuelle sur la base des outils de cartographies des risques de l'ARS (SMR/SSR) et de l'ANAP (EHPAD). Un plan d'actions annuel est défini suite à ces évaluations et intégré au Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

Le circuit du médicament est complètement informatisé. Ce circuit s'organise autour de :

- Une conciliation médicamenteuse organisée entre les IDE, le pharmacien et les médecins en SMR (SSR) comme en EHPAD
- Une validation pharmaceutique systématique de tous les traitements (SMR/SSR et EHPAD)
- Une sécurisation de la délivrance des médicaments :
  - Reconditionnement des comprimés fractionnés et des comprimés qui ne sont pas sous blisters
  - Sur-étiquetage des plaquettes de comprimés (conditionnement unitaire)
  - Délivrance nominative des médicaments (en SMR/SSR et en EHPAD)
- Une préparation centralisée des piluliers des résidents de l'EHPAD et patients de SMR (SSR), par la pharmacie avec un double contrôle effectué par les IDE des services
- Une gestion organisée des péremptions (en partie informatisée)
- Une administration des traitements par les IDE tracée en temps réel en SMR (SSR)

Les dispositions sont prises pour assurer l'approvisionnement des médicaments en urgence :

- Dotation en place pour besoins urgents dont la gestion est formalisée
- Conventions de permanence pharmaceutique avec d'autres établissements

La gestion des stupéfiants est conforme à la réglementation. La gestion du chariot d'urgence est organisée selon des protocoles formalisés.

Le circuit du médicament fait l'objet d'évaluations régulières, notamment par le biais des rapports d'étapes du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES), du suivi des erreurs médicamenteuses et d'indicateurs.

Le système de gestion des erreurs médicamenteuses se réalise en lien avec le CREX.

#### **Prise en charge médicamenteuse des personnes âgées**

Elle s'articule autour de :

- Sensibilisation régulière des prescripteurs aux bonnes pratiques

- L'analyse systématique par le logiciel dossier patient des prescriptions permettant de faire une analyse des traitements (prise en compte de l'âge)
- L'organisation de la conciliation médicamenteuse
- La validation pharmaceutique systématique de tous les traitements
- Le suivi d'indicateurs (benzodiazépines et neuroleptiques) et la réalisation d'évaluations

Cette organisation est complétée par une analyse en staff des chutes répétitives ou inattendues contribuant ainsi à la réflexion sur la pertinence de certains traitements médicamenteux.

### **Politique achats**

L'établissement adhère à plusieurs groupements d'achats via le GHT. Les procédures d'achats sont conformes au code des marchés publics. Les achats en conditionnements unitaires sont privilégiés. Les références sont limitées. Le livret thérapeutique est intégré au logiciel Dossier Patient et mis à jour au niveau du GHT.

### **Bon usage des médicaments, y compris des antibiotiques**

Le bon usage des médicaments reposent sur :

- Des sensibilisations régulières des praticiens et IDE
- Une analyse automatique des traitements par le logiciel
- Une validation pharmaceutique systématique
- Un suivi de la consommation des médicaments
- Une dispensation nominative des médicaments permettant de limiter le mésusage des médicaments

Une évaluation de la démarche est réalisée dans le cadre du CAQES.

### **Pour les antibiotiques**

Le guide antibiothérapie de première intention est validé par le COMEDIMS et mis à disposition des professionnels. Des évaluations des prescriptions des antibiotiques sont réalisées régulièrement, en lien avec le CAQES. Le suivi de la consommation des antibiotiques est diffusé en COMEDIMS.

L'établissement participe à des enquêtes nationales.

Forces	Faiblesses
✓ Délivrance nominative des médicaments sur l'ensemble de l'établissement	✗ Suivi partiel des péremptions par le logiciel de sérialisation.
✓ Centralisation de la préparation des piluliers par la PUI	✗ Sécurisation de l'administration des médicaments en EHPAD non optimisée.
✓ Validation pharmaceutique de l'ensemble des traitements	✗ Manque d'information, de coordination et de concertation pour les mises à jour du livret thérapeutique mutualisé (GHT).
✓ Informatisation du circuit du médicament	✗ La réévaluation des antibiotiques n'est plus systématique suite à la mise en place du nouveau logiciel Dossier Patient (appropriation par les prescripteurs).
✓ Conditionnement unitaire déployé pour la majorité des médicaments	
✓ Continuité de la dispensation organisée	
✓ Sérialisation en place	

### Contexte-Enjeux

Le bon usage des médicaments reste un sujet de préoccupation majeur et donc un axe de travail important pour l'établissement et au niveau du GHT notamment au regard des fragilités de la population accueillie (personnes âgées).

Le déploiement du logiciel SILLAGE sur l'EHPAD va impacter le circuit du médicament.



## 6) LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### Fonctionnement actuel

La maîtrise du risque infectieux s'articule autour d'un Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) et d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) pluridisciplinaire avec un temps IDE hygiéniste partagé avec l'hôpital de Mortagne.

La démarche repose sur l'élaboration et le suivi annuel par le CLIAS, d'un plan d'actions sur la thématique basé sur des indicateurs.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Temps dédié IDE hygiéniste</li><li>✓ Démarche structurée autour du CLIAS et d'un plan d'actions annuel</li><li>✓ Investissement dans l'achat de matériel et d'équipement lié à l'hygiène</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Peu d'évaluations sur la prévention et la gestion du risque infectieux.</li><li>✗ Depuis la crise sanitaire diminution des actions de sensibilisation formations soins d'hygiène.</li><li>✗ Respect inégal et moins assidu des précautions standard par le personnel</li></ul>

### Contexte et enjeux

Un nouvel outil d'analyse du risque infectieux pour le médico-social (DAMRI) s'impose à partir de 2023.

Renforcement des critères d'hygiène dans la certification des établissements de santé.

Il convient de capitaliser l'expérience de la crise sanitaire en matière d'hygiène et de gestion du risque infectieux.

### **Objectifs à atteindre**

- ✓ Prévenir la survenue des infections associées aux soins dans l'établissement (lutte contre les infections nosocomiales)
- ✓ Maîtriser le risque infectieux lié aux activités de l'établissement

### **Compétences nécessaires**

- IDE hygiéniste
- Collaboration d'un Médecin hygiéniste
- Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales
- Equipe Opérationnelle d'Hygiène

### **Moyens**

- Formations
- Outils de sensibilisations
- Partage d'expérience
- Protocoles

## **Mise en œuvre**

- Renforcer les formations et outils de sensibilisation des professionnels en hygiène adaptés à chaque secteur, y compris pour les médecins
- Renforcer les échanges et partage d'informations, notamment avec les réseaux existants
- Renforcer le rôle de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène dans la formalisation des pratiques et la mise en place des évaluations
- Renforcer les compétences en hygiène (Réfèrent antibiothérapie et DU Hygiène)
- Organiser une veille régulière sur les recommandations de bonnes pratiques en hygiène
- Poursuivre les évaluations, notamment par le suivi d'indicateurs
- Volet antibiotiques : cf. Politique du médicament (Projet Qualité-Sécurité des Soins)

## **Indicateurs de suivi**

- ☞ Résultats des indicateurs nationaux de lutte contre les infections nosocomiales
- ☞ Résultat du document d'Analyse du Risque Infectieux en EHPAD (DARI)
- ☞ Nombre de professionnels formés sur la thématique de l'hygiène

## LES ORIENTATIONS ET PLANS D' ACTIONS

### 1. LES ORIENTATIONS

	ORIENTATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
<b>ORIENTATION 1</b>	<b>AMELIORER LA COMMUNICATION SUR LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE DES SOINS A TOUS LES ECHELONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Déployer la communication sur les démarches qualité-sécurité des soins auprès des professionnels</li> <li>☞ Déployer la communication sur les démarches qualité sécurité des soins auprès des usagers</li> </ul>
<b>ORIENTATION 2</b>	<b>MAINTENIR LA DYNAMIQUE D'EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (POLITIQUE EPP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Améliorer le déroulement des groupes d'évaluation des pratiques</li> <li>☞ Favoriser la participation des agents aux groupes d'évaluation des pratiques</li> <li>☞ Impliquer les professionnels dans les différentes formes d'évaluation</li> </ul>
<b>ORIENTATION 3</b>	<b>ADAPTER LE PILOTAGE DE LA DEMARCHE QUALITE GESTION DES RISQUES AUX NOUVEAUX ENJEUX</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Adapter le management de la qualité aux enjeux du GHT</li> <li>☞ Préparer la visite d'évaluation sur le secteur d'EHPAD</li> <li>☞ Améliorer le pilotage de la veille réglementaire, des contrôles et des vigilances sanitaires</li> </ul>
<b>ORIENTATION 4</b>	<b>RENFORCER LA GESTION DES RISQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Poursuivre le déploiement de la culture apprenante de l'erreur</li> <li>☞ Poursuivre la dynamique de gestion des risque <i>a priori</i></li> <li>☞ Renforcer la dynamique de l'établissement sur la gestion de crise</li> </ul>

<p><b>ORIENTATION 5</b></p>	<p><b>POUSUIVRE LA DEMARCHE DE QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Promouvoir le bon usage des médicaments</li> <li>☞ Poursuivre les actions de sécurisation de l'administration des médicaments en EHAPD</li> <li>☞ Poursuivre les évaluations et la sécurisation du circuit du médicament (SSR/SMR et EHPAD)</li> <li>☞ Poursuivre les actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé</li> <li>☞ Renforcer le management de la prise en charge médicamenteuse</li> </ul>
<p><b>ORIENTATION 6</b></p>	<p><b>RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Renforcer les ressources et compétences en hygiène</li> <li>☞ Sensibiliser les usagers (patients, résidents, visiteurs) et intervenants externes à la maîtrise du risque infectieux</li> <li>☞ Renforcer les évaluations en hygiène</li> <li>☞ Améliorer la vaccination antigrippale des professionnels</li> </ul>

## 2. LES PLANS D' ACTIONS

Chaque objectif se décline en « fiches actions ». Ces fiches actions détaillent les actions concrètes qui seront mises en œuvre et comprennent :

- ☞ Les actions à mener
- ☞ Les acteurs de l'action
- ☞ Les modalités de suivi avec des indicateurs
- ☞ Les moyens nécessaires
- ☞ L'échéancier

## AXE 1 : AMELIORER LA COMMUNICATION SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS À TOUS LES ÉCHELONS

### OBJECTIF N° 1.1: DÉPLOYER LA COMMUNICATION SUR LES DÉMARCHES QUALITÉ-SÉCURITÉ DES SOINS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Réactiver la lettre d'information aux professionnels en y intégrant systématiquement un point sur les démarches qualité	X	X	X	X	X
Valoriser les initiatives positives et les projets et actions mis en œuvre à travers des outils d'information ludiques (affiches par exemple)	X	X	X	X	X
Mettre en place un panneau dédié à la qualité/sécurité pour les professionnels		X			
Réaliser régulièrement des réunions d'informations flash	X	X	X	X	X
Elargir les créneaux d'information aux équipes de nuit	X	X	X	X	X
Valoriser les travaux des groupes d'EPP	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Service Qualité	Nombre de réunions flash Nombre de lettres d'informations	Temps agents
COMMENTAIRES		

## AXE 1 : AMELIORER LA COMMUNICATION SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS À TOUS LES ÉCHELONS

### OBJECTIF N° 1.2 : DÉPLOYER LA COMMUNICATION SUR LES DÉMARCHES QUALITÉ-SÉCURITÉ DES SOINS AUPRÈS DES USAGERS

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Présenter les statistiques des plaintes/ réclamations et évènements indésirables auprès des membres du CVS	X	X	X	X	X
Présenter le plan de gestion de crise en CVS	X	X	X	X	X
Présenter systématiquement en CVS et CDU l'avancement des travaux sur la certification et l'évaluation des ESSMS	X	X	X	X	X
Intégrer les différentes actions qualité sur la borne interactive	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Service Qualité	Satisfaction des usagers sur l'information des projets	Réunions CVS CDU temps agents
COMMENTAIRES		

## AXE 2 : MAINTENIR LA DYNAMIQUE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### OBJECTIF N° 2.1 : AMÉLIORER LE DÉROULEMENT DES GROUPES D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Evaluer la pertinence de maintien et/ou regroupement des EPP		X			
Revoir la composition des groupes d'EPP par appel à candidature et sur la base du volontariat		X			
Définir les objectifs annuels pour chaque thème d'EPP (évaluations, plan d'actions...)	X	X	X	X	X
Former l'encadrement à la démarche d'EPP pour permettre l'implication des cadres dans la démarche		X			
Organiser l'animation des groupes d'EPP par l'encadrement		X	X	X	X
Intégrer systématiquement un point d'expression des professionnels en groupe d'EPP sur leurs problématiques et points forts de terrain.	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Cadres de santé Personnel soignant	Nombre de réunions Taux de participation	Formations Temps agents Réunions
<b>COMMENTAIRES</b>		

## AXE 2 : MAINTENIR LA DYNAMIQUE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### OBJECTIF N° 2.2 : FAVORISER LA PARTICIPATION DES AGENTS AUX GROUPES D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Envisager de mettre des binômes dans les groupes (couvrir les roulements)		X			
Noter systématiquement sur le planning des agents la participation au groupe	X	X	X	X	X
Systématiser les planifications de groupes à l'année	X	X	X	X	X
Créer un tableau de suivi des participations aux EPP, instances, réunions de travail, ...	X				
Valoriser et Tracer lors de l'entretien individuel la participation des agents aux réunions (EPP, réunions de travail, Instances)	X	X	X	X	X
Revoir la répartition des médecins dans les groupes et la valorisation de leur participation en CME			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Cadres de santé Médecins	Taux de participation aux réunions	Réunions temps agents
COMMENTAIRES		



## AXE 2 : MAINTENIR LA DYNAMIQUE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

### OBJECTIF N° 2.3 : IMPLIQUER LES PROFESSIONNELS DANS LES DIFFÉRENTES FORMES D'ÉVALUATION

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Organiser le recueil d'indicateurs de pratiques sur des thématiques définies par les équipes (référents)		X			
Construire des outils d'évaluation des pratiques utilisables par les référents au cours de leurs journées de détachement	X				
Suivre et exploiter en groupe EPP les évaluations réalisées par les référents pendant leurs journées de détachement	X	X	X	X	X
Poursuivre en SMR (SSR) les méthodes d'évaluation terrain (traceur ciblé, patient traceur)	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Référents Groupes de travail Cadres de santé	Nombre d'évaluations réalisées par les référents	Grilles d'évaluation Temps agents groupes de travail
COMMENTAIRES		

## AXE 3 : ADAPTER LE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES AUX NOUVEAUX ENJEUX

### OBJECTIF N° 3.1 : ADAPTER LE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ AUX ENJEUX DU GHT

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Réactiver les réunions GHT qualité pour favoriser les partages	X				
Participer à la mise à jour de la politique qualité du GHT	X	X			
Identifier les outils mutualisables au sein du GHT			X		
Déployer des outils qualité/ risques communs aux établissements GHT			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité GHT	Nombre de réunions GHT / Qualité Nombre d'outils	Temps agents Réunions
COMMENTAIRES		

## AXE 3 : ADAPTER LE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES AUX NOUVEAUX ENJEUX

### OBJECTIF N° 3.2 : PRÉPARER LA VISITE D'ÉVALUATION SUR LE SECTEUR D'EHPAD

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Définir une stratégie d'auto-évaluation continue intégrant en priorité les critères impératifs		X			
Présenter en groupes de travail les exigences du manuel d'évaluation des ESSMS		X	X	X	
Déployer les nouvelles méthodes d'évaluation sur le secteur EHPAD (Accompagné traceur, traceur ciblé et audit système)		X	X	X	X
Présenter et exploiter en groupes EPP les résultats des nouvelles évaluations en EHPAD		X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Groupes de travail Comité de pilotage qualité	Nombre de méthodes d'évaluation mises en place Résultats de l'évaluation	Comité de pilotage Temps agents
COMMENTAIRES		

## AXE 3 : ADAPTER LE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES AUX NOUVEAUX ENJEUX

### OBJECTIF N° 3.3 : AMÉLIORER LE PILOTAGE DE LA VEILLE RÉGLEMENTAIRE, DES CONTRÔLES ET DES VIGILANCES SANITAIRES

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Mener une réflexion sur les responsabilités concernant la veille réglementaire		X			
Envisager l'acquisition d'un outil de veille réglementaire (type Hospimédia...)		X			
Systematiser l'utilisation d'INTRAQUAL pour la veille et les contrôles réglementaires	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction Responsables de service	Taux d'avancement des actions sur la veille et contrôles réglementaires	Intraqual Outils de veille réglementaire

#### COMMENTAIRES

## AXE 4 : RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

### OBJECTIF N° 4.1 : POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DE LA CULTURE APPRENANTE DE L'ERREUR

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Sensibiliser régulièrement les professionnels à la déclaration des évènements indésirables en diversifiant les outils	X	X	X	X	X
Former des référents CREX		X			
Renforcer les Comités de Retour d'expérience avec la présence de professionnels (référents CREX)		X	X	X	X
Former les responsables de service à la gestion des évènements indésirables		X			
Systematiser les réponses des responsables d'actions identifiés aux évènements indésirables (indicateurs de réponse, relances)	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Responsables de service Professionnels	Taux de réponse aux EI et délais de réponse Taux de participation des professionnels au CREX	Temps agents Formations
COMMENTAIRES		

## AXE 4 : RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

### OBJECTIF N° 4.2 : POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DE GESTION DES RISQUES A PRIORI

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Mettre à jour tous les 3 ans la cartographie des risques de l'établissement			X		
Mettre à jour la cartographie des risques de maltraitance / violence en EHPAD (Manuel d'évaluation des ESSMS)		X			
Mettre à jour la cartographie des risques du circuit du médicament en SMR (SSR)		X			
Mettre à jour la cartographie des risques du circuit du médicament en EHPAD			X		

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Professionnels Groupes de travail Responsables de service PUI	Cartographies des risques réalisées en instance	Temps agents Groupes de travail

#### COMMENTAIRES

## AXE 4 : RENFORCER LA DÉMARCHE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

### OBJECTIF N° 4.3 : RENFORCER LA DYNAMIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA GESTION DE CRISE

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Mettre à jour le plan de gestion de crise	X	X	X	X	X
Remettre en place des exercices annuels de gestion de crise	X	X	X	X	X
Organiser des formations sur la gestion de crise pour la cellule de crise		X			
Organiser des sessions de sensibilisations sur la gestion de crise pour les professionnels des services			X		
Créer des kits de gestion de crise dans chaque service				X	

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Service Qualité Cellule de crise	Nombre d'exercices de gestion de crise Nombre de personnes formées	Temps agents Formations Kits
COMMENTAIRES		

## AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### OBJECTIF N° 5.1 : PROMOUVOIR LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Poursuivre le recueil des indicateurs de bon usage des médicaments (génériques, biosimilaires, neuroleptiques...)	X	X	X	X	X
Mener une réflexion pour élargir la liste des médicaments à surveiller par indicateurs		X			
Poursuivre les sensibilisations et/ou formation des médecins sur le bon usage des médicaments	X	X	X	X	X
Evaluer la pertinence des prescriptions sur des sujets spécifiques (personnes âgées, antibiotiques)	X	X	X	X	X
Relayer les campagnes nationales en lien avec la prise en charge médicamenteuse		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Médecins Pharmacien Service qualité	Nombre d'indicateurs de bon usage des médicaments recueillis Nombre de médecins sensibilisés au bon usage des médicaments Nombre d'évaluation de la pertinence réalisée	Audits de dossiers Temps agents
COMMENTAIRES		



## AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### OBJECTIF N° 5.2 : POURSUIVRE LES ACTIONS DE SÉCURISATION DE L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS EN EHPAD

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Poursuivre les formations / sensibilisations sur la iatrogénie médicamenteuse	X	X	X	X	X
Redéfinir les responsabilités pour la distribution des médicaments en EHPAD/UPAD	X				
Réaliser un audit sur le circuit des médicaments en EHPAD	X				
Définir un plan d'actions approprié suite à l'audit	X				
Tendre vers une validation en temps réel de l'administration des médicaments en EHPAD			X		
Organiser la vérification des traitements immédiatement avant administration en EHPAD (réorganisation des tâches IDE)	X				
Sécuriser l'administration des médicaments en chambre (en binôme AS)	X				

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Cadres de santé IDE et AS Pharmacien Service qualité	Nombre de professionnels formés sur la iatrogénie médicamenteuse Nombre d'erreurs d'administration de médicaments	Formations Temps agents Audits Moyens matériels informatiques
COMMENTAIRES		

## AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### OBJECTIF N° 5.3 : POURSUIVRE LES ÉVALUATIONS ET LA SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT (SSR/SMR ET EHPAD)

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Réaliser régulièrement des évaluations du circuit du médicament en SMR (SSR) (Traceur ciblé, cartographie, médicaments à risques)		X		X	
Renforcer les Comités de Retour d'Expérience avec la présence de professionnels des services			X	X	X
Relancer les visites de dotation par la pharmacie dans les services	X				

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Pharmacien Service qualité Cadres de santé IDE/ AS des services	Nombre de CREX avec IDE/AS des services Nombre de visites de dotation des services	Temps agents Réunions CREX
COMMENTAIRES		

## AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### OBJECTIF N° 5.4 : POURSUIVRE LES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Renforcer le recueil des indicateurs sur les prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée	X	X	X	X	X
Poursuivre les formations / sensibilisations sur la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez la personne âgée	X	X	X	X	X
Mener une réflexion sur la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique sur la continuité du traitement à domicile des patients âgés		X			

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Pharmacien Service qualité IDE référente Education thérapeutique Cadre SMR(SSR)	Nombre de professionnels formés/ sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse Nombre d'indicateurs recueillis sur les prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée	Formations Temps agents
<b>COMMENTAIRES</b>		

## AXE 5 : POURSUIVRE LA DÉMARCHE DE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### OBJECTIF N° 5.5 : RENFORCER LE MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Constituer le dossier de renouvellement de l'autorisation de la PUI	X	X			
Mettre à jour le manuel qualité et sécurité du circuit du médicament annuellement	X	X	X	X	X
Maintenir une thématique sur la prise en charge médicamenteuse dans le cadre de la semaine sécurité patient	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Médecins Pharmacien Service Qualité Direction Responsable services techniques	Nombre de professionnels sensibilisés dans le cadre de la SSP	Temps agents Documents qualité Semaine sécurité patient
COMMENTAIRES		

## AXE 6 : RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### OBJECTIF N° 6.1 : RENFORCER LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES EN HYGIÈNE

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Renforcer les formations et outils de sensibilisation des professionnels en hygiène	X	X	X	X	X
Renforcer la composition de l'EOH par des professionnels des équipes de soins	X				
Organiser des réunions régulières de l'EOH pour travailler sur les protocoles, les audits et évaluations		X			
Maintenir les participations aux journées des réseaux hygiène	X	X	X	X	X
Augmenter le temps d'IDE hygiéniste sur l'établissement pour correspondre aux besoins et exigences (certification, DAMRI...)	X				

  

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
IDE hygiéniste EOH Ressources humaines Cadres de santé Direction CLIAS	Nombre de professionnels formés/ sensibilisés Nombre d'ETP d'IDE hygiéniste Nombre de réunions de l'EOH	Formations Temps agents Réunions EOH
<b>COMMENTAIRES</b>		

## AXE 6 : RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### OBJECTIF N° 6.2 : SENSIBILISER LES USAGERS (PATIENTS, RESIDENTS, VISITEURS) ET INTERVENANTS EXTERNES A LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX

#### ACTIONS ASSOCIÉES

	2024	2025	2026	2027	2028
Développer les actions de sensibilisation ciblées sur les usagers sur le risque infectieux (hygiène des mains, précautions complémentaires...)	X	X	X	X	X
Reprendre les actions de sensibilisation des bénévoles et autres intervenants de l'établissement sur le risque infectieux		X			
Présenter en CVS et CDU le bilan annuel du CLIAS	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction IDE hygiéniste EOH CLIAS	Nombre d'actions de sensibilisation réalisées auprès des usagers Nombre d'actions de sensibilisation réalisées auprès des bénévoles	Outils de sensibilisation Temps agents Réunions CVS et CDU
COMMENTAIRES		

## AXE 6 : RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### OBJECTIF N° 6.3 : RENFORCER LES EVALUATIONS EN HYGIENE

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Organiser le remplissage du DAMRI en lien avec les membres de l'EOH	X	X	X	X	X
Décliner un plan d'actions suite au remplissage du DAMRI en priorisant les axes de travail	X	X	X	X	X
Réaliser les évaluations sur les précautions standards en SMR(SSR) et EHPAD	X		X		X
Réaliser les évaluations sur les précautions complémentaires en SMR(SSR) et EHPAD	X		X		X
Réaliser les évaluations sur les dispositifs médicaux invasifs en SMR(SSR) et en EHPAD		X		X	
Poursuivre les évaluations régulières sur différentes thématiques (déchets, hygiène des locaux)	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
Direction IDE hygiéniste EOH Service Qualité Pharmacien CLIAS	Taux de conformité aux items du DAMRI (Score) Taux d'avancement du plan d'actions Nombre d'évaluations réalisées (PS, PC et DM invasifs)	Temps agents Procédures/protocoles Audits
COMMENTAIRES		

## AXE 6 : RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### OBJECTIF N° 6.4 : AMELIORER LA VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS

ACTIONS ASSOCIÉES	2024	2025	2026	2027	2028
Poursuivre la sensibilisation des professionnels (flyer, affichage)	X	X	X	X	X
Diffuser chaque année les résultats de la vaccination antigrippale des professionnels aux instances et aux professionnels	X	X	X	X	X
Réaliser tous les deux ans le questionnaire des freins à la vaccination antigrippale		X		X	
Poursuivre le recueil de l'indicateur IAS-VAG sur le SMR(SSR)	X	X	X	X	X

ACTEURS	INDICATEURS - SUIVI DES RESULTATS	MOYENS NECESSAIRES
IDE hygiéniste Pharmacien Service Qualité Direction F3SCT et CLIAS	IAS-VAG en SMR (SSR) et taux de professionnels vaccinés en EHPAD	Outils de sensibilisation Questionnaire
COMMENTAIRES		



## CONCLUSION

La politique déclinée dans le présent projet qualité et sécurité des soins a été construite dans l'objectif de pérenniser la démarche qualité engagée depuis plusieurs années, dans un contexte de collaboration renforcée avec les acteurs du territoire et d'évolution sociétale.

Le soutien de la Direction, la mobilisation de l'ensemble des responsables de service et l'investissement quotidien de tous les professionnels de terrain sont aujourd'hui les garants de la satisfaction et de la sécurité de tous les usagers.

Ce projet a l'ambition d'une part, de maintenir sa dynamique qualité pour faire progresser continuellement l'établissement, et d'autre part de renforcer la motivation des professionnels par des reconnaissances externes du niveau de qualité et de sécurité atteint.