

POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, du personnel et des partenaires extérieurs, l'HIHL s'engage à mettre en place, dans le cadre de ses projets institutionnels, une **démarche qualité et gestion des risques pérenne et structurée**. Cette démarche s'attache à promouvoir une dynamique d'amélioration permanente et à optimiser les ressources. Elle porte sur l'ensemble des services de l'établissement qu'ils soient médicaux, techniques, logistiques ou administratifs.

La politique Qualité et Gestion des Risques de l'HIHL repose sur l'engagement de la Direction et sur les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels.

Pour lui donner une légitimité importante, elle s'appuie sur des structures spécifiques, dont les missions et le fonctionnement sont définis :

- Désignation d'un « Responsable Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'un « Bureau Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'un « Comité de Pilotage Qualité, Vigilances, Risques »
- Mise en place d'une « Cellule Qualité, Vigilances, Risques ».

La politique Qualité et Gestion des Risques est établie en fonction des besoins et du niveau de qualité attendue par les patients et résidents, leur famille et, plus généralement, l'ensemble des usagers et partenaires en prenant en compte les contraintes internes et externes spécifiques à l'établissement.

Elle s'organise autour de trois principes généraux suivants :

- ⇒ Faire de l'amélioration de la prise en charge des usagers une préoccupation permanente.
- ⇒ Garantir l'amélioration de nos pratiques, des procédures et de nos organisations par l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et partagée dans le cadre d'une réflexion pluri-professionnelle et d'une approche transversale,
- ⇒ Développer une culture qualité partagée par tous les acteurs et prenant appui sur une dynamique d'évaluation collective.

La démarche Qualité Gestion des Risques s'inscrit sur le long terme et nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels. Elle se décline au travers des axes suivants :

AXE1 - Garantir et améliorer le parcours de l'utilisateur

1.1 Identifier les parcours patients et les évaluer

- Identifier des parcours « types » et les évaluer
- Améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients (IPA)

1.2 Sécuriser et améliorer la qualité de la prise en charge de l'utilisateur tout au long de son parcours

- Sécuriser les processus à risques :
 - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à travers la mise en place d'un plan d'actions prioritaires.
 - Améliorer la maîtrise du risque infectieux.
 - Maintenir le dispositif de gestion des risques en matière d'identification de l'utilisateur.

- Garantir les bonnes pratiques de gestion documentaire.
- **Améliorer la qualité de la prise en charge :**
 - Poursuivre la démarche d'amélioration de l'évaluation et du traitement de la douleur
 - Développer la prise en soins non programmée

AXE 2 - Améliorer la qualité des soins et promouvoir un engagement pérenne dans l'évaluation des pratiques professionnelles

- 2.1 Consolider l'organisation du dispositif EPP de l'établissement
- 2.2 Développer l'appropriation par les équipes des démarches d'évaluation des pratiques

AXE 3 - Promouvoir la connaissance et le respect des droits de l'utilisateur

- 3.1 Améliorer l'information/communication relatives aux droits des usagers
- 3.2 Promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance
- 3.3 Consolider la formation des professionnels
- 3.4 Mesurer et prendre en compte les attentes et satisfaction des usagers.

AXE 4 - Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels

- 4.1 Développer le bien-être au travail
- 4.2 Développer la sécurité au travail

AXE 5 - Prendre en compte le Développement Durable dans tous les actes de l'établissement et l'inscrire dans la démarche continue d'amélioration.

- 5.1 Promouvoir le développement durable auprès des professionnels
- 5.2 Promouvoir le développement durable dans la gestion de l'établissement

AXE 6 - Encrage de l'HIHL sur son territoire

- 6.1 Labelliser l'HIHL en hôpital de proximité
- 6.2 Conventionner avec les CTPS,
- 6.3 Favoriser l'intervention de l'IPA sur le territoire du nord du département

La politique est adaptée au moins annuellement en fonction notamment des résultats des évaluations internes et externes, des indicateurs de pilotage et de réalisation des actions du PAQSS ainsi que des recommandations du rapport de la Commissions des Usagers.

Ces axes se déclinent dans un Programme d'actions pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

Sa mise en œuvre et son suivi sont assurés dans le cadre d'un pilotage institutionnel.

Docteur BEAUBATIE
Président de la CME

Monsieur DAVID
Directeur