



# Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

**2024-2028**

Janvier 2024

# Introduction

Depuis sa création, la SAS clinique Saint Roch est engagée dans une démarche qualité, avec une recherche d'amélioration continue des prestations délivrées aux patients (accueil, droits et information, prise en charge médicale, rééducative et soignante, fonctions logistiques et hôtelières...). Demeurent la préoccupation de l'ensemble des professionnels de santé médicaux, paramédicaux, administratifs et personnel d'entretien et de bionettoyage. La qualité et la sécurité des soins est un chapitre majeur de notre note de stratégie d'orientation. La philosophie de l'établissement repose depuis 30 ans sur la prise en charge du handicap et des accidents de la vie : soins médicaux et de réadaptation spécialisés orthopédiques, locomoteurs, neurologiques, gériatriques, en conformité contractuels avec nos CPOM pour la reconnaissance de nos UPD en unités de psychogériatrie, l'UCC donc la rénovation en village Alzheimer, nos unités de soins palliatifs reconnus, l'unité d'état végétatif chronique et neuro lourds et la mise en place du service de réadaptation cardiaque en hôpital de jour, et l'hôpital de jour avec diverses spécialités locomoteur, école du dos et son ETP reconnue, neurologie et la consultations mémoire labélisée, diverses consultations bien vieillir, chute, post AVC, traumatisés crâniens représentent notre cœur de métier.

Notre politique d'amélioration et de la qualité et sécurité des soins, se complète en lien avec le projet médical, le projet de soins, le projet social et la politique RH avec la détermination d'impliquer les patients et leurs personnes de confiance au travers d'un engagement clair auprès des patients.

Pour mieux anticiper l'avenir, face à une forte demande et dans un contexte de virage ambulatoire, l'hôpital de jour à Cambrai s'est fortement développé en adaptant son offre de soins. Hospitalisation de jour en unité de Soins de Suite spécialisés pour la prise en charge des affections cardio-vasculaires.

L'équipe médicale et paramédicale se forme en continu aux spécificités de l'établissement (r, douleur, soins palliatifs, gériatrie, psychogériatrie...), adapte et évalue leurs pratiques avec pour objectif unique : l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour le bien du patient et de son entourage.

Le souci d'améliorer la qualité et de garantir la sécurité des prises en charge est une priorité affirmée des axes d'orientations stratégiques de l'établissement.

La coordination de cette politique d'amélioration et de la qualité et sécurité des soins est assurée et suivie par le Président de CME, le qualiticien responsable RSE, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la coordinatrice générale des soins et le directeur de la stratégie médicale.

## **Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2024-2028**

La **politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** est construite en cohérence avec les objectifs des axes d'orientation stratégiques de l'établissement. Elle traduit ces axes stratégiques en exigences qualité, permettant notamment de mettre en œuvre le projet qualité et risques. Elle prend appui sur les orientations des programmes de santé nationaux et régionaux (SROS ; ARS ; PRS ; sécurité des patients), les exigences du manuel de certification HAS, sur les orientations qualité du CPOM ainsi que sur les objectifs d'amélioration des pratiques et d'efficience des soins fixés contractuellement par le CAQES. Elle prend également appui sur l'analyse des risques, les résultats d'évaluations et d'indicateurs et surtout sur les besoins exprimés par les patients et leur entourage.

Certifié en Mars 2021, certification avec Mention par la Haute Autorité de Santé.

La **politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** a été construite sur 6 axes qui sont :

Elle est ensuite déclinée en programme d'amélioration qualité et sécurité des soins, lui-même constitué d'actions opérationnelles et d'indicateurs institutionnels pour évaluer les résultats. Elle est déclinée en **6 axes d'amélioration prioritaires** :

- AXE 1 – Evoluer et pérenniser la démarche qualité et culture sécurité
- AXE 2 - Respect des droits, de l'information et prise en compte de l'expérience des patients
- AXE 3 - Performance du système d'information
- AXE 4 - Innovations et prises en charge
- AXE 5 - Santé, sécurité et qualité de vie au travail
- AXE 6 - Responsabilité Sociétale de l'Entreprise

### **AXE 1 – Evoluer et pérenniser la démarche qualité et la culture sécurité**

Soutenu par un engagement fort du CODIR et de la Conférence Médicale d'Etablissement .la gestion de la qualité est structurée et coordonnée autour de référents bien identifiés. L'implication participative des différents pilotes et acteurs sera recherchée et favorisée au travers des différents projets. Pour mener à bien cette dynamique continue de la qualité, une attention particulière est portée au soutien du management des projets qualité auprès des encadrants et des équipes pour améliorer la prise en soins des patients.

Concernant la **sécurité du patient**, les 4 priorités suivantes seront favorisées :

- Le renforcement de l'information du patient et de la relation soignant-soigné afin de mieux permettre au patient d'être co-auteur de sa sécurité
- La poursuite des déclarations et analyses des événements indésirables associés aux soins dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, via l'analyse

des causes systémiques et le retour d'expérience en équipe, avec valorisation aux niveaux régional et national

- L'amélioration de la culture de sécurité par la mise en place de formations à la sécurité des soins ; le recours à des méthodes pédagogiques innovantes comme la simulation en santé ; ou encore l'appui des professionnels de santé par des structures expertes
- Le développement de la recherche sur la sécurité des soins et amélioration de la sécurité des personnes participant à la recherche clinique.

Sur la fréquence de signalement des événements indésirables, les professionnels doivent être incités à déclarer systématiquement les événements graves, afin d'analyser les failles qui ont conduit à l'erreur pour mettre en place des actions de préventions.

La culture de sécurité des soins est une affaire de tous c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de l'établissement.

C'est la raison pour laquelle la SAS clinique Saint-Roch a élaboré la mise en place dans les établissements d'une « charte de confiance », également évoquée sous les termes de charte « d'incitation au signalement » (PJ), le Directeur s'engage avec la Directrice des soins et le Président de CME à protéger des sanctions les professionnels qui déclarent les événements indésirables. L'établissement s'attachera à évaluer la bonne application de cette charte.

Des visites de risques sont effectuées sur l'ensemble des établissements 1 chaque trimestre.

Des audits inopinés sont effectués régulièrement par la coordinatrice générale des soins et cadre de santé de proximité.

Des réunions de services sont effectuées par la coordinatrice des soins 1\*par trimestre sur l'ensemble des établissements.

La progression du circuit de gestion des risques intégré sera portée d'une part par la promotion du signalement et du traitement des événements indésirables dorénavant informatisé, et d'autre part, en favorisant les retours d'expériences (CREX) pour réduire l'occurrence des erreurs et généraliser l'effort de signalement. La gestion des événements indésirables graves (EIG), dont le circuit de traitement est satisfaisant, intègre la déclaration obligatoire aux autorités compétentes.

L'évaluation des pratiques est au centre du dispositif d'amélioration continue et de progression. Il est prévu de poursuivre le déploiement des EPP et du DPC, de renforcer les évaluations pertinentes, d'intégrer le « patient traceur », « le parcours traceur », « le traceur ciblé » et « l'audit système » dans le parcours de soins et dans les outils d'évaluation, de simplifier les audits internes et de favoriser le retour d'information aux opérationnels notamment via Bluemédi.

La cartographie des risques et les événements indésirables constituent le socle des actions d'améliorations du programme qualité et sécurité de soins. Le suivi régulier du PAQSS, permettra de poursuivre sur la base de la réévaluation régulière de nos risques prioritaires, l'engagement et le suivi de plans d'actions biennaux sur nos PRIORITES. Le PAQSS permet de maintenir la dynamique nécessaire à l'amélioration continue, il est devenu l'outil de référence et du pilotage de la démarche qualité.

Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en particulier du sujet âgé, et la sécurisation du circuit du médicament sont également des priorités permanentes. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont à disposition des professionnels. Le

processus d'informatisation du circuit du médicament est chaîné (Prescription / validation/ délivrance et administration des médicaments, informatisées) avec évaluations périodiques. Cette informatisation de la prescription permet une analyse et validation pharmaceutique en temps réel et une distribution nominative reglobalisée des médicaments par l'intermédiaire d'un plan de cueillette. La mise en place d'un nouveau logiciel de Dossier Patient Informatisé (Hôpital Manager SOFTWAY MEDICAL) permet d'intégrer un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS.

L'établissement poursuit ses EPP (Evaluation des Pratiques Professionnels) et plus particulièrement une EPP sur la Pertinence des Prescriptions chez la Personne Agée permettant de limiter le risque iatrogène chez la personne âgée et/ou poly médicamenteuses.

Une approche d'identification des risques a priori est à renforcer pour l'ensemble de nos parcours (parcours du patient).

Les orientations institutionnelles sont déclinées en matière :

- L'erreur médicamenteuse
- Lutte contre les infections nosocomiales
- L'identitovigilance
- La bientraitance
- Les troubles de la déglutition
- L'insuffisance rénale

La SAS Clinique Saint Roch a promu des méthodes d'accompagnement du management par la qualité pour satisfaire les démarches externes.

La certification HAS mobilise l'ensemble des professionnels et des représentants des usagers constitue une étape capitale dans la stratégie de l'ensemble des établissements de la SAS Clinique Saint Roch.

Les indicateurs nationaux sont recueillis au niveau de l'ensemble des établissements de la SAS Clinique Saint Roch. Ces indicateurs sont des outils de mesure soit d'une pratique, d'une organisation ou de la survenue d'un événement indésirable grave. A l'issue du résultat du questionnaire de sortie, ou d'audit de dossiers, audit du circuit médicament, audit bientraitance un jour donné, audit sur le risque infectieux.

Les indicateurs de qualité des soins (IQSS) sont effectués et le résultat ainsi que le plan d'actions est connu par l'ensemble des professionnels de chaque établissement.

### **Le risque infectieux**

La politique institutionnelle de gestion du risque infectieux et de prévention des infections s'est engagée dans la prévention et le contrôle des infections associées aux soins ainsi que dans la lutte contre la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques depuis de nombreuses années, associées aux soins est élaboré par l'EOH (équipe opérationnelle d'Hygiène) sous la responsabilité de la CME, sur proposition de l'EOH et en concertation avec les représentants des usagers. L'application de cette politique repose sur une organisation opérationnelle impliquant les référentes en hygiène formées par l'EOH du Centre Hospitalier de Douai et de notre Plan Local de maîtrise d'une épidémie revu en Septembre 2024.

Des protocoles ont été effectués sur la prise en charge d'un cas atteint de la coqueluche et un autre protocole sur la variole du singe (mpox)

Les actions sont centrées sur la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques (diminution de l'émergence de la résistance par diminution de la consommation des antibiotiques et maîtrise de la diffusion de la résistance par limitation de transmission croisée) et sur la maîtrise des

risques infectieux liées aux actes invasifs (changement d'aiguille de Huber sur chambre implantable, sondage à demeure, pose d'un cathéter veineux, aspiration endotrachéale).

L'articulation portera tout d'abord sur la base des préventions des infections nosocomiales, sur le renforcement de l'hygiène des mains par la friction hydro alcoolique (évaluations réalisées par les infirmières référentes en hygiène sur pulp'friction, boîte à coucou, zéro bijou, précautions standard). L'équipe opérationnelle s'attache à sensibiliser toujours plus l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducateur et administratif) à la prévention du risque infectieux.

L'amélioration de la gestion des excréta (protocole gestion des excréta) auquel des audits sont effectués par l'IDE référente et de la qualité du bionettoyage, ainsi que sur la maîtrise de l'antibiothérapie.

L'amélioration portera sur :

- La prévention de la diffusion des Bactéries Multi-Résistances (BMR) et des Bactéries Hautement-résistantes (BHR).
- La juste utilisation des antibiotiques (ATB), en mettant en œuvre les actions décrites dans le plan national d'alerte sur les ATB.
- La promotion de la vaccination auprès des professionnelles de santé. (100% Covid, 100% Grippe, 100% Hépatite B.

La sécurité sanitaire a pour but de prévenir ou de réduire les risques iatrogènes, les accidents, les incidents liés aux traitements, aux actes de prévention, de diagnostic et de soins ainsi qu'à l'usage des produits de santé.

Ces incidents sont signalés obligatoirement par le biais du signalement des événements indésirables auprès d'établissement.

Les vigilances sanitaires représentent une veille permettant le signalement, l'enregistrement et le traitement des alertes

### **L'identitovigilance**

Notre objectif est de garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les erreurs d'identification du patient sont responsables le plus souvent d'une perte de temps et d'efficacité avec potentiellement un impact sur la facturation. Elles peuvent aussi et surtout avoir des conséquences graves pour le patient (erreur de médicaments, erreur dans le transport de la personne, erreur de bilan biologique, erreur de prise en charge). La clinique maintient les bases sur la fiabilité des bases (cellule d'identitovigilance, procédure d'identification des doublons et sur le bon soin au bon patient, signalement et analyse des erreurs).

La clinique a développé une politique identitovigilance articulée autour de 4 axes :

1. Un numéro d'identification permanent du patient (IPP) unique et fiable au sein de toute l'institution,
2. Le port du bracelet d'identification pour tous les patients hospitalisés,
3. La standardisation des modalités d'identification du patient lors d'un soin ou d'une prise en charge rééducative,
4. La participation du patient à sa sécurité

La SAS Clinique Saint Roch a mis en place une Commission d'Identitovigilance (CIV) piloté par une cadre de Santé.

## AXE 2 – Respect des droits, de l’information et de l’écoute des usagers, la démarche éthique

Le respect des droits du patient a toujours été une priorité pour l’ensemble des établissements de la SAS Clinique Saint Roch.

Les établissements de la SAS Clinique Saint Roch animent une politique institutionnelle autour du patient et de ses droits, basée sur l’amélioration de la relation entre le patient et l’équipe pluridisciplinaire de manière à ce que le patient devienne co-acteur de sa prise en soins.

Les représentants des usagers sont conviés et présents lors des instances (CLAN, CLUD, CME, EOH, CODEV, CREX). Ils donnent leurs avis sur la prise en soins.

La promotion de la bientraitance est un atout majeur pour nos établissements. Un référent bientraitance certifié AFNOR est nommé pour les 3 établissements. Les formations des professionnels sur la maltraitance ordinaire et la bientraitance seront poursuivies.

Une charte de bonnes pratiques de bientraitance a été construite au sein d’un groupe de travail, sera mise à disposition sur un tableau de liège dans chaque chambre de patient, et fait l’objet d’une évaluation.

Le pilotage de la thématique « doit du patient » confiée début 2019 à un représentant des usagers marque la pertinence et la volonté de l’établissement de mieux intégrer l’usager dans son processus d’amélioration.

La SAS Clinique Saint Roch s’engage à améliorer l’expérience vécue par le patient en facilitant son parcours, en promouvant ses droits, en optimisant la gestion de son dossier, en prenant en charge la douleur et en accompagnant les patients en fin de vie.

La Clinique Saint-Roch poursuivra avec le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), sa politique de prévention et d’apaisement de la douleur : stratégie, protocoles adaptés, évaluations, traitement de la douleur et la formation continue des professionnels à la douleur.

Concernant la fin de vie, l’objectif est diffusé auprès des usagers, et des professionnels les actions relatives aux droits et choix du patient dans le respect de la loi Claes Léonetti, en invitant les à formuler leurs directives de fin de vie (directives anticipées).

Le comité d’éthique existant au sein de nos établissements poursuivra ses actions. L’Éthique étant une réflexion, la démarche éthique au sein des établissements de la SAS Clinique Saint Roch rassemble l’ensemble des professionnels au sein d’une instance qui se réunit 3\*par an ou sur une problématique bien particulière. L’établissement s’engage à mieux structurer la démarche éthique au niveau de chaque site pour répondre aux enjeux liés aux droits des patients, à la fin de vie, à l’information du bénéficiaire/risques et au consentement.

Le développement du patient expert sera accentué avec le renouvellement de la participation du patient lors d’une évaluation sur l’hygiène des mains PUL’P FRICTION.

La participation d’un patient expert lors de la réunion pluridisciplinaire et lors d’un CLAN pour connaître ses ressentis sur le service hôtellerie.

L’annonce d’un dommage associé aux soins consiste avant tout à établir un dialogue entre le corps médical, paramédical et le patient. Un dommage est la conséquence d’un événement indésirable donc l’origine peut être diverses (erreurs médicamenteuse, complications médicales, dysfonctionnement).

L'établissement organisera de nouvelles sensibilisations lors des CME au protocole d'annonce d'un dommage lié aux soins.

### AXE 3 – Performance du système d'information

La gestion documentaire a une importance capitale dans le système qualité, puisqu'elle est le support de ce qui doit être fait (protocoles), de ce qui est réellement fait (évaluations) et de ce qui permet de le montrer (enregistrements-traçabilité). Dans une perspective d'utilisation globale et transversale d'accès facilité aux documents et circuits de signalements, l'établissement poursuit et optimise l'utilisation de son extranet documentaire Bluemédi. Les modules e-learning et gestion des risques seront développés pour répondre à des besoins de sensibilisations ou d'amélioration des flux d'informations.

Cet ERP de dernière génération développé en mode web favorise l'ouverture du système d'information vers l'hôpital, la ville et le patient, le tout sécurisé chez une société agréé Hébergeur de Données de Santé, en toute conformité par rapport au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Ce nouveau DPI certifié LAP permet, d'une part d'améliorer les performances de notre système d'information, et d'autre part de satisfaire au programme HOP'EN et au volet numérique du Ségur en Santé (DMP, MS Santé, INS...).

Doctolib® est déployé sur Cambrai permettant d'optimiser la prise de RDV en consultations externes.

Les trois établissements de la clinique Saint-Roch sont engagés dès octobre 2021 dans le cadre du SUN-ES (SEGUR Usages Numérique en Etablissement de Santé) à atteindre les exigences d'usage notamment pour alimenter le futur DMP (Dossier médical partagé) en documents de santé dans sa version v.2.4, c'est à dire la plus structurée et la plus évoluée.

A terme, cela aboutira à proposer à chaque patient de disposer au travers de la future « messagerie citoyenne » d'un accès sécurisé à ses propres données de santé.

### Axe 4 - Innovations et prises en charge

L'établissement souhaite encourager et poursuivre :  
Cf orientations stratégiques

- **FAVORISER L'AJUSTEMENT CONTINUE DE NOS ORGANISATIONS INTERNE ET EXTERNE DU PARCOURS DU PATIENT. (DEMANDE DE 5 LITS CARDO EN HC SUR CAMBRAI)**
- **POURSUIVRE LA CONFORMITE DES PRATIQUES MEDICALES ET SOIGNANTES**
- **APPORTER UNE MEILLEURE QUALITE DE PRISE EN SOINS DES USAGERS/**



## **RENFORCER LE RÔLE DES REPRESENTANTS DES USAGERS**

- **POURSUIVRE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES/CULTURE SECURITE**
- **DEVELOPPER EPP DIABETE/INSUFFISANCE CARDIAQUE/INSUFFISANCE RENALE /TROUBLE DE LA DEGLUTITION**
- **LA RESPONSABILITE SOCIETALE ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE/QVT**
- **DEVELOPPER ET ENRICHIR LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS**
- **FAIRE EVOLUER LE MANAGEMENT ET L'ORGANISATION DES SOINS**
- **LUTTER CONTRE DES COMPORTEMENTS INAPROPRIES (HARCELEMENT MORAL – SEXUEL**
- **LE DÉVELOPPEMENT DU PILOTAGE DE LA GESTION**
- **POURSUIVRE EXPERIENCE PATIENT**
- **CONSOLIDER LE PROJET « PACTE » EN INCLUANT L'ENSEMBLE DES SERVICES MEDICAL/ADMINISTRATIF/PLATEAU TECHNIQUE/ASH SUR LA PROBLEMATIQUE INTERRUPTIONS DES TACHES**

### **Axe 5 - Santé, sécurité et qualité de vie au travail**

---

La SAS Clinique Saint Roch a inscrit depuis plusieurs années la qualité de vie au travail parmi ses axes stratégiques et sa politique sociétale. Les enquêtes sur les Risques Psycho Sociaux réalisées en collaboration avec la médecine du travail permettent de mieux connaître les problématiques, et donnent lieu à des plans d'amélioration.

Les objectifs sont de :

- Gérer le stress et les situations problématiques
- Améliorer la prise en charge des situations de tension avec usagers et patients
- Favoriser la conciliation de la vie personnelle et du travail
- Prendre en compte la perception des salariés sur la qualité de leur travail
- Promouvoir la communication interne

La prévention des risques psychosociaux a un impact global sur la santé physique et mentale des salariés mais aussi sur la santé économique de l'entreprise. L'organisation du travail et les conditions de travail sont les pièces centrales d'une politique de prévention centrale. La SAS Clinique Saint Roch.

Une mise en œuvre effective de la prévention primaire, c'est-à-dire des mesures relatives à

l'organisation du travail visant à réduire ou à supprimer significativement le stress au travail. (Calcul/ratios soignants selon la charge de travail est mis en place par la directrice des soins)  
Un Programme PACTE est mis en place réduisant les interruptions de tâches des soignants. Ce programme sera étendu sur à chaque corps de métiers des établissements de la SAS Clinique Saint Roch.

Poursuivre des enquêtes RPS, ainsi que les COPIL

Poursuivre des formations sur la gestion du stress des salariés

La démarche « qualité de vie au travail (QVT) ». A ce titre de nombreuses actions ont été conduites telles que l'accès facilité à de nombreuses formations, la création d'un lieu de détente sur les 3 sites et l'accès à la salle au gymnase en dehors des horaires de travail. Il est à souligner que l'aménagement des postes de travail et l'achat de matériels adaptés contribuent à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP), casques virtuels.

Dans cette continuité de démarche de formation et de lutte contre les TMS, nous sommes actuellement sur un projet d'équipements avec la CARSAT, des chambres de la clinique par des lèves malades réduisant ainsi les manutentions manuelles du personnel.

Deux thérapeutes ont été formés à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAPSS) en proposant, de manière concertée, des améliorations techniques et organisationnelles et en maîtrisant les risques sur lesquels il est possible d'agir, ils formeront en interne les professionnels de santé.

Des études d'ergonomie des postes seront réalisées par PRINUM NOCERE.

## **L'absentéisme**

L'absentéisme est aujourd'hui plus élevé que les années précédentes. Nous essayons de le compenser au mieux pour ne pas épuiser les professionnels en poste. Nous tentons de mieux répondre aux exigences des « nouvelles générations », plus attentives à l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et à la responsabilité sociale et environnementale de l'établissement.

Nous développons des politiques sociales à l'attention des agents et prenons des mesures d'amélioration des conditions de travail et de l'environnement de travail dans les services.

Enfin, pour mieux concilier leurs attentes en termes d'individualisation et d'autonomisation avec les contraintes d'un service de soins, nous mettons en œuvre une nouvelle démarche d'encadrement managérial en formant tous les cadres aux concepts de coordination intergénérationnelle :

- A l'identité managériale,
- L'amélioration du relationnel et la manière de manager,
- Développement de la cohésion d'équipe (*management participatif, ...*)
- Amélioration de la gestion du temps et organisation.

Et faisons pour cela appel à la société PAMAGA, Conseil Coaching Formation.

## **Axe 6 Responsabilité Sociétale de l'Entreprise (RSE)**

---

Le développement durable est un axe fort de l'établissement depuis son ouverture. Un comité est opérationnel (CODEV) ; la démarche est aujourd'hui mature et bien ancrée. Le secteur d'activité du soin n'est pas sans impact sur l'environnement sur l'économie ou même sur la santé

environnementale. En ce sens, l'établissement engage ses professionnels chaque année dans une politique ambitieuse de responsabilité sociétale, où, la démarche se veut vertueuse aux valeurs communes éthiques et durables.

Aux traditionnels axes environnementaux de prévention des pollutions, de maîtrise des déchets et des flux d'énergies ou de réduction des émissions de gaz à effet de serre, l'établissement développe de plus en plus d'actions sociales, sociétales ou de promotion de la santé environnementale.

Depuis 2019, 5 orientations sont intégrées à la politique RSE :

- L'éco-conception des soins
- Bionettoyage à l'eau et la microfibre
- La rénovation technique des bâtiments
- La qualité de vie au travail et l'ergonomie des postes
- Les décisions d'achats

Gage d'une véritable culture d'établissement basée sur la recherche permanente du progrès, cette stratégie doit être comprise, partagée et mise en œuvre au quotidien par tous, afin de garantir son succès.

Les performances et la dynamique RSE sont mesurées chaque année avec un audit de suivi EMAS (système de management environnemental et d'audits) qui représente depuis 2013 un véritable levier de management que l'établissement souhaite maintenir.

L'établissement est entré dans une démarche de labellisation THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire et Environnementale), et souhaite participer plus largement sur le territoire au développement des bonnes pratiques RSE dans les établissements de santé (projet avec l'ARS de réseau de référents en santé environnementale).

Un groupe de travail a été constitué représentant chaque corps de métier des établissements de la SAS clinique Saint Roch pour l'élaboration d'une charte qualité document phare qui regroupera nos valeurs de façon synthétique, les engagements de l'ensemble des professionnels de la SAS Clinique Saint Roch.

Enfin, la SAS Clinique Saint Roch a pour projet de s'engager dans un Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE).

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est définie pour 3 ans, validée par le COPIL, puis, est soumise aux instances de l'établissement.

## Charte d'incitation au signalement des événements indésirables

Comme le professionnalisme et la bonne volonté ne sont jamais suffisants pour empêcher la survenue d'erreurs ou de dysfonctionnements, il est important **de ne pas cacher ces événements indésirables** mais il faut, au contraire, les considérer comme des opportunités d'améliorer notre niveau de qualité et de sécurité.

Nous vous invitons et vous encourageons donc à signaler sur une fiche de déclaration tous les événements indésirables dont vous êtes acteurs ou témoins, **sans pour autant que cela s'apparente à de la dénonciation**. Et plus particulièrement ceux qui menacent potentiellement la qualité de la prise en charge ou la sécurité des patients.

Afin de renforcer cette culture de sécurité au sein de nos établissements, nous nous engageons à n'entamer aucune procédure disciplinaire ou administrative contre un salarié qui signale, spontanément et dans les meilleurs délais, un dysfonctionnement ou une erreur dont il aurait été acteur ou témoin. Cette promesse ne s'applique toutefois pas à un professionnel qui serait responsable de manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité en vigueur, ces pratiques ne relevant pas de l'erreur humaine mais de la faute professionnelle.

Ces dispositions permettent d'initier rapidement l'analyse préliminaire interne qui aura pour objet d'évaluer la gravité de l'événement et prendre les mesures immédiates qui s'imposent (selon les modalités du circuit en PJ), en termes de sécurité des prises en charge, comme de soutien à apporter aux professionnels éprouvés par un événement indésirable grave.

Cet engagement s'applique aussi à tous les acteurs de l'analyse des événements indésirables afin qu'ils puissent évoquer, en toute confiance et sans tabou, tous les déterminants susceptibles d'avoir favorisé la survenue de l'incident ou de l'accident. L'objectif est de pouvoir déterminer et mettre en place les mesures préventives adéquates lorsqu'elles existent.

**Docteur CLICHE Joël**  
**Président**

**Docteur FARASSE Jean Claude**  
**Président de la CME**

**Mme BEHDAD Fatira**  
**Directrice des soins**

- **La Direction, la coordinatrice des risques associées aux soins et le gestionnaire de risque reçoivent en temps réel les nouveaux signalements** (via Bluemédi®, par notification courriel). Les FEI sont enregistrées puis anonymisées. Un accusé de réception est adressé au déclarant. Une copie anonymisée est adressée au(x) responsable(s) (médecin et/ou cadre de santé) du service concerné pour information et enquête.
- **Les signalements reçus sont hiérarchisés** par le gestionnaire de risques selon 3 échelles de 5 niveaux pouvant être réévaluées : gravité (de 1 à 5), fréquence (de 1 à 5) et maîtrise du risque (de 1 à 5).
- **Un complément d'information** peut être, si besoin, demandé au déclarant afin de mieux comprendre l'événement dans son ensemble.
- **Les événements notifiés sont cotés et hiérarchisés selon trois niveaux :**

1 - 1 - prioritaire	2 - 2 - à surveiller	3 - 3 - faible
Événement grave (EIG) avec impact majeur pour la sécurité du patient impliquant un traitement prioritaire avec analyse approfondie (dans les 3 à 15 jours maximum) avec probable déclaration ARS*.	Événement sans impact majeur pour la sécurité du patient mais reflétant un problème d'organisation, en particulier s'il s'agit d'une organisation de soins à traiter sans caractère d'urgence mais avec analyse approfondie	Événement sans impact, à traiter de manière groupée si la fréquence devient importante.

\*La déclaration des événements graves, selon le décret du 25 novembre 2016, doit être réalisée sans délai sur la plateforme dédiée, après validation de la Direction Générale.

- **ATTENTION, tout signalement non justifié** (délation, règlement de compte apparent, caractère diffamatoire, événement très minime, pb technique etc.) sera coté non applicable et clôturé sans analyse, complété d'un accusé de réception explicatif.
- **Tout événement indésirable avec impact réel sur un patient (EIG/EIGS)** ou une personne, fera l'objet d'une réunion collective (recherche de causes) avec les parties prenantes de la prise en charge après information des responsables du pôle et/ou de service des activités concernées.
- **Le suivi des FEI** est réalisé par le gestionnaire des risques. Un tableau récapitulatif alimenté au fil de l'eau est disponible sur bluemédi®. Chaque nouvel élément (courrier de réponse, informations diverses, compte rendu d'analyse...) est communiqué au gestionnaire de risque, qu'il joint à la FEI. Chaque utilisateur peut suivre l'avancée de ses FEI via le portail bluemédi.
- **Des retours d'expérience vue des FEI** sont réalisés chaque mois par la coordination des risques à l'occasion de Comités de Retour D'expérience (CREX).
- **Un bilan d'activité** (FEI traitées, événements indésirables analysés, suivi des plans d'actions, retour d'expérience, éventuelles déclarations...) est réalisé chaque année. Ce bilan est diffusé en CME et au Comité de Pilotage qualité et risques. Une synthèse annuelle est diffusée sur Bluemédi® à l'attention de l'ensemble du personnel.
- **Une procédure de traitement des FEI** est mise en œuvre après validation par les instances et diffusée sur bluemédi®. Sauf élément nouveau, elle est revue

annuellement sur la base d'une évaluation de l'utilisation du système de déclaration (élément du rapport annuel d'activités).

Sources :

- *Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé*
- *Circulaire du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408*
- *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*
- *Circulaire DGOS/PF2/2012/72 du 14/02/2012 relative au management de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé*
- *Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins et des structures d'appui.*
- *<https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Traitement-des-fiches-de-signalement/traitement-fiches-evenements-indesirables>*