

POLITIQUE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE L'ASSOCIATION RÉNOVATION 2026-2031

*Périmètre établissements :
HÔPITAL DE JOUR DU PARC
CENTRE DE READAPTATION
CSMI
ETAP*



I. INTRODUCTION

La démarche qualité et gestion des risques vise à garantir à chaque patient des soins pertinents, sûrs et respectueux de ses droits, tout au long de son parcours. Elle s'inscrit dans le référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins de la Haute Autorité de santé (version 2025), dont elle reprend les trois dimensions : le patient, les équipes de soins et l'établissement.

Au niveau du patient, la démarche repose sur le respect de ses droits fondamentaux, de sa dignité, de son intégrité et de son autodétermination. Elle favorise son pouvoir d'agir et son engagement dans sa prise en charge, par une information adaptée, le recueil de son consentement et de ses préférences, et la participation de ses proches lorsqu'il le souhaite. Elle s'appuie sur l'expression du patient et de son entourage, notamment par les évaluations de l'expérience et de la satisfaction, les plaintes et réclamations et le travail avec les représentants des usagers. Elle garantit la personnalisation de l'accompagnement et la coordination du parcours, avec la continuité des soins et le lien avec les partenaires du territoire.

Au niveau des équipes de soins, elle repose sur le travail en équipe, la pertinence des pratiques, l'application des recommandations de bonnes pratiques et le développement d'une culture de sécurité non punitive, fondée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables et sur le retour d'expérience. Elle accorde une place essentielle à la qualité de vie et des conditions de travail des professionnels, levier majeur de la qualité et de la sécurité des soins.

Au niveau de l'établissement, elle est portée par la gouvernance, qui définit la politique, alloue les ressources, pilote par les risques et évalue ses résultats. Elle intègre la démarche éthique, la gestion des risques et des situations sanitaires exceptionnelles, ainsi que l'ouverture sur le territoire.

Nous tenons à préserver le sens premier de cette démarche : une réflexion continue sur nos pratiques et sur les missions qui nous sont confiées, pour une amélioration continue de la qualité des soins.

II. LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA POLITIQUE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

La démarche qualité de l'association est :

- continue, structurée et intégrée au fonctionnement des établissements ;
- centrée sur le patient et le respect de ses droits ;
- participative, associant patients, proches et professionnels ;
- respectueuse des recommandations de bonnes pratiques et articulée avec les exigences de la HAS ;
- porteuse de bientraitance, de réflexion éthique et de culture de sécurité ;
- adaptée aux spécificités de chaque établissement ;
- porteuse d'une démarche de développement durable, attentive à l'impact environnemental de ses activités (sobriété énergétique, gestion des déchets, achats éco-responsables).

La qualité est ainsi un axe structurant du pilotage associatif, elle guide l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des projets d'établissement.

III. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Pour la période 2026-2031, l'association Rénovation structure sa politique qualité et sécurité des soins autour de sept orientations, communes à l'ensemble de ses établissements de santé. Chaque

établissement les décline dans son projet d'établissement, son projet médical et son programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Orientation 1 : Renforcer la place du patient acteur de sa prise en charge

Le patient est acteur de sa prise en charge. Nous nous engageons à :

- garantir le respect de ses droits : information, consentement, accès au dossier, désignation de la personne de confiance, directives anticipées ;
- promouvoir la bientraitance et le respect de la dignité, de l'intimité et de la liberté de choix ;
- recueillir et exploiter l'expérience patient, notamment par les enquêtes de satisfaction, l'intégration des dispositifs PREM'S et PROM'S, et le travail avec les commissions des usagers ;
- traiter les plaintes et réclamations avec réactivité et en tirer des enseignements ;
- associer le patient et, s'il le souhaite, ses proches à l'élaboration et au suivi de son projet de soins personnalisé.

Orientation 2 : garantir un parcours de soins personnalisé, coordonné et inclusif

Nous voulons que chaque patient bénéficie d'un parcours adapté à sa situation, sans rupture. Nous nous engageons à :

- structurer l'admission et l'évaluation initiale de la situation du patient ;
- formaliser un projet de soins personnalisé, évalué et réajusté régulièrement ;
- faciliter l'alliance thérapeutique ;
- renforcer la coordination entre professionnels et la continuité des soins ;
- préparer la sortie et anticiper l'orientation ;
- consolider l'articulation avec les partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux et de ville, pour prévenir les ruptures de parcours et favoriser l'inclusion du patient.

Orientation 3 : renforcer la sécurité des soins et la maîtrise des risques

Nous voulons identifier, prévenir et traiter les risques de façon systématique. Nous nous engageons à :

- cartographier les risques et en assurer le suivi dans un plan d'actions ;
- encourager la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS), dans une culture non punitive, et les analyser collectivement ;
- organiser le retour d'expérience auprès des équipes (CREX) ;
- sécuriser l'identification du patient (identitovigilance) ;
- prévenir les risques propres à la prise en charge en psychiatrie : risque suicidaire, violence, fugue, conduites addictives ;
- repérer les risques somatiques et assurer leur prise en charge ;
- maîtriser le risque infectieux ;
- prévenir les risques liés à l'environnement.

Orientation 4 : sécuriser le circuit du médicament.

Nous voulons un circuit continu et sécurisé, de la prescription à l'administration. Nous nous engageons à :

- sécuriser chaque étape du circuit : prescription, dispensation, préparation, administration, surveillance ;

- former les professionnels de santé au risque lié au circuit du médicament ;
- garantir la maîtrise de l'accès aux médicaments, en particulier ceux à risque, et renforcer la sécurité des prescriptions par l'analyse pharmaceutique ;
- déclarer et analyser les erreurs médicamenteuses, afin de mettre en œuvre des actions préventives et correctives ;
- mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse lorsque la situation du patient le justifie, en lien avec les professionnels concernés ;
- impliquer les patients dans la compréhension de leur traitement.

Orientation 5 : développer une culture qualité et sécurité partagée.

La qualité repose d'abord sur les professionnels. Nous nous engageons à :

- favoriser l'appropriation de la démarche par tous les professionnels, en la rendant lisible, concrète et utile aux pratiques quotidiennes ;
- partager les résultats qualité et sécurité (indicateurs, événements indésirables) avec les équipes, et valoriser les actions d'amélioration et les réussites ;
- impliquer les professionnels, les représentants des usagers et les instances dans la démarche ;
- Evaluer l'impact de nos actions relatives à la culture qualité de l'ensemble des professionnels.
- suivre des indicateurs et conduire des évaluations régulières (audits, patients traceurs, parcours traceurs) ;
- intégrer les résultats de la certification et des autres évaluations dans le programme d'amélioration ;
- adapter nos pratiques aux recommandations de bonnes pratiques et à l'évolution des besoins ;

Orientation 6 : garantir des ressources humaines adaptées à la sécurité des soins.

Nous voulons que les équipes disposent des moyens nécessaires pour soigner en sécurité. Nous nous engageons à :

- adapter les effectifs à l'activité et développer les compétences nécessaires à la sécurité des soins, notamment la présence infirmière de nuit ;
- mettre en œuvre et évaluer le projet social en lien avec les représentants du personnel
- soutenir la qualité de vie et des conditions de travail, levier de la qualité des soins ;
- favoriser le travail en équipe, l'analyse des pratiques et le questionnement éthique ;
- développer les compétences des professionnels par une politique de formation ambitieuse (dont les formations obligatoires) et organiser un programme d'entretiens professionnels.

Orientation 7 : inscrire les établissements dans une dynamique d'ouverture sur leur territoire

Nous voulons évaluer nos pratiques et les faire évoluer. Nous nous engageons à :

- contribuer aux politiques de santé du territoire et aux réseaux (médico-social, protection de l'enfance, PTSM, CLSM) et partager nos retours d'expérience.
- fluidifier les parcours avec les parcours de ville CPTS, lettre de liaison de sortie, DMP-MSS,
- formaliser les relations partenariales pour sécuriser le parcours de soin (développer la rapidité de l'accès aux soins, améliorer la prévention, et éviter les ruptures de soins) et le renforcement de la citoyenneté.

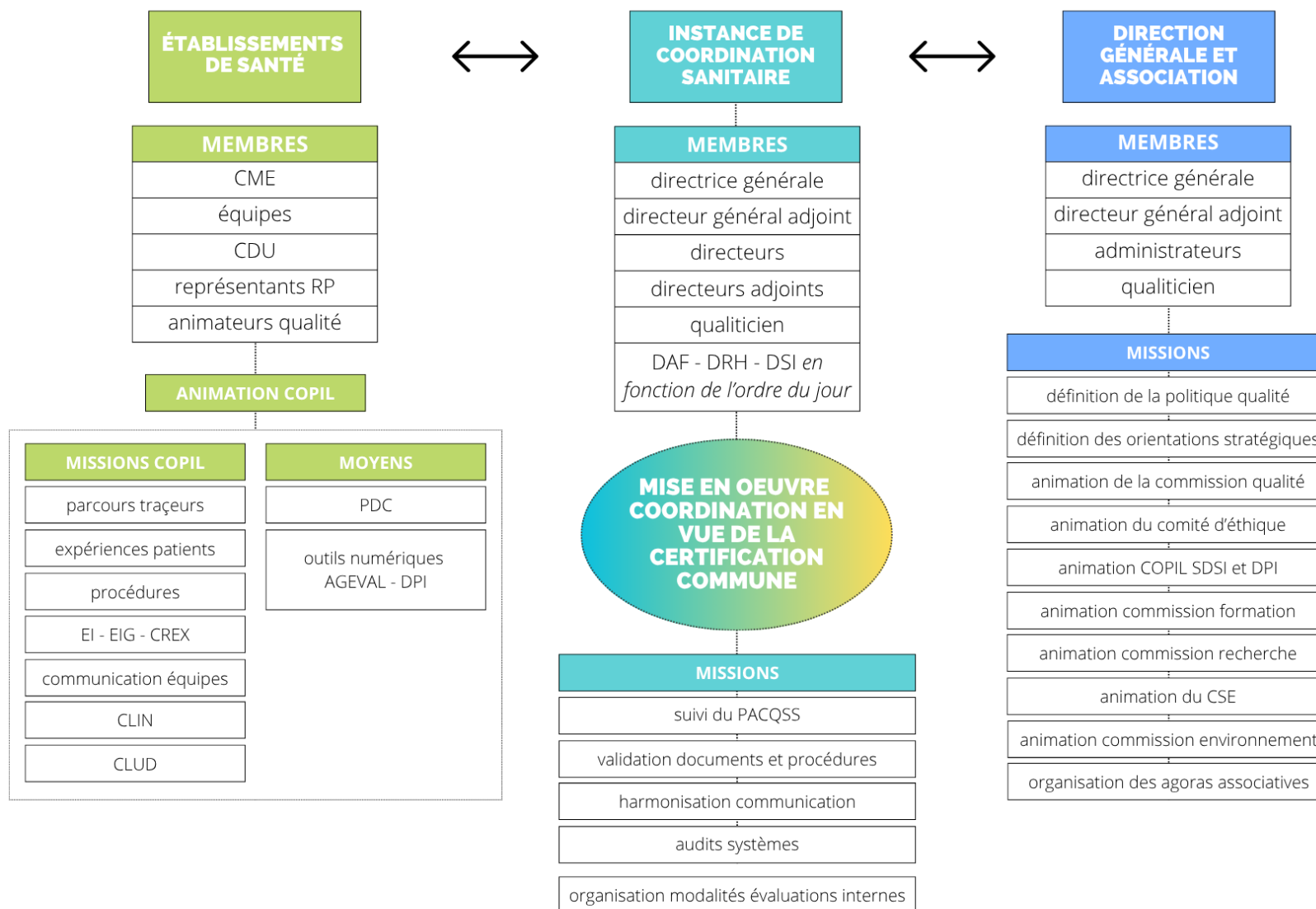
IV. GOUVERNANCE ET RESPONSABILITÉS

La politique qualité et gestion des risques est portée par le conseil d'administration de l'association, la direction générale, les directeurs de structures et les présidents de CME. Son pilotage s'organise à plusieurs niveaux :

- La commission qualité des établissements sanitaires accompagne la mise en œuvre de la politique à l'échelle de l'association. Elle est composée d'administrateurs, directeurs d'établissements, présidents de CME, animateurs qualité, membres de la direction générale (qualiticienne, et en fonction des sujets, peuvent être invités DAF, DRH, RSE, DSI, responsable communication...). La qualiticienne de la direction générale a pour rôle de suivre la démarche qualité dans les établissements de l'association, participer aux instances et aux groupes de travail, aider à l'élaboration et à la mise en place de documents et d'outils qualité, sensibiliser les animateurs qualité, accompagner la réalisation des méthodes traceuses et des audits. La commission se réunit une fois par trimestre.
- Un comité de pilotage par établissement, qui engage la CME et la direction, décline la politique de manière opérationnelle, et qui peut s'appuyer sur les animateurs qualité, (un à deux professionnels -sur un temps dédié- sur chaque établissement), bénéficient de formations au niveau associatif. Ils partagent l'avancement de la démarche entre établissements, dans une logique de transversalité et d'échange de bonnes pratiques.
- Dans les phases plus intenses de préparation de la visite de certification, **un groupe de coordination des établissements sanitaires** se réunit de manière hebdomadaire. Il est composé des directions des quatre établissements, de la qualiticienne, de membres de direction fonctions supports de la direction générale, DGA et DG.

PILOTAGE ET GOUVERNANCE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ

ASSOCIATION RÉNOVATION



V. ORGANISATION DE LA GESTION DES RISQUES

Finalités et enjeux

La gestion des risques est un axe essentiel de la politique qualité de l'association. Elle vise à garantir la sécurité des patients, des professionnels et des tiers, ainsi que la fiabilité des organisations. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, qui consiste à :

- prévenir la survenue des événements indésirables ;
- détecter et signaler les situations à risque ;
- analyser les causes des dysfonctionnements ;
- mettre en œuvre des actions correctives et préventives adaptées ;
- gérer les situations de crise et assurer la continuité des activités.

Un gestionnaire des risques est nommé dans chaque établissement ; il a un rôle essentiel de coordination.

Les risques prioritaires issus de la cartographie

La cartographie des risques, réalisée de manière partagée sur les quatre établissements, a identifié douze familles de risques. Ils sont traités par des actions communes que chaque établissement adapte à son contexte.

VI. PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) traduit les orientations de cette politique en actions concrètes. Décliné dans chaque établissement selon son contexte, il est construit à partir de la cartographie des risques, des constats de la dernière certification, des autoévaluations, de l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, et des résultats des indicateurs.

Chaque action précise son objectif, son pilote, son échéance et son indicateur de suivi. Elle est rattachée à une orientation de la politique et à un risque de la cartographie, afin qu'aucun risque prioritaire ni aucun constat de certification ne reste sans réponse. Un outil numérique (AGEVAL) a été déployé pour centraliser et piloter l'ensemble de la démarche qualité et gestion des risques.

Le PAQSS est suivi par le comité de pilotage, avec l'appui de l'animateur qualité et de la qualitiennne, puis fait l'objet d'un bilan annuel en commission qualité. En période de préparation à la visite de certification il est suivi mensuellement par l'instance de coordination sanitaire. Il est mis à jour au moins une fois par an, ainsi qu'à chaque évolution de la cartographie ou évaluation externe, et communiqué aux professionnels et aux représentants des usagers.

VII. INDICATEURS ET ÉVALUATION

L'association évalue la mise en œuvre de sa politique par des indicateurs communs aux quatre établissements, choisis pour leur pertinence et leur simplicité de recueil. Ils portent sur :

- les résultats de la certification et des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ;
- l'expérience du patient : satisfaction, plaintes et réclamations, avis des représentants des usagers ;
- la sécurité des soins : événements indésirables déclarés et analysés, erreurs médicamenteuses, fugues ;

- l'avancement du PAQSS : actions réalisées dans les délais, risques de la cartographie traités ;
- les ressources et le climat de travail : postes vacants, formations réalisées, climat social...

Ces indicateurs sont complétés par des évaluations des pratiques : audits de dossiers, audits croisés entre établissements, patients traceurs et parcours traceurs. Leurs résultats sont suivis par la commission qualité et partagés avec les équipes. Ils sont présentés à la direction générale, aux présidents de CME et au conseil d'administration lors du bilan annuel, puis utilisés pour réviser le PAQSS et la politique.

VIII. COMMUNICATION, DIFFUSION ET RÉVISION DE LA POLITIQUE

La politique est validée par le conseil d'administration, transmise aux instances (CME, commissions des usagers, comités de pilotage), diffusée à l'ensemble des professionnels et mise à disposition dans la gestion documentaire. Elle est présentée aux nouveaux professionnels lors de leur parcours d'intégration.

Valable pour la période 2026-2031, elle est évaluée chaque année à l'occasion du bilan du PAQSS et révisée en cas d'évolution majeure : nouveau référentiel de certification, évolution de la cartographie des risques, changement d'organisation ou événement grave.