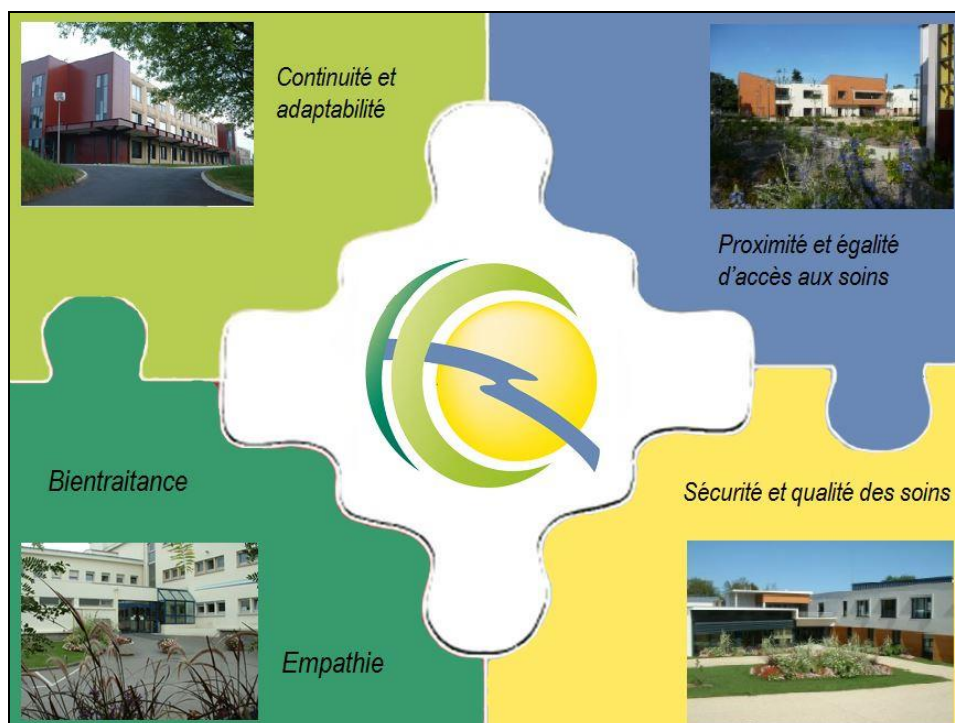


# PROJET D'ETABLISSEMENT 2015 – 2019

(Plan stratégique – projet médico-soignant –  
projet qualité/gestion des risques)

*Une communauté hospitalière unie autour de valeurs*



DECEMBRE 2015



## SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. LE PLAN STRATEGIQUE.....</b>   | <b>4</b>  |
| INTRODUCTION.....  | 4         |
| 1.1 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE QUIMPERLE DANS SON ENVIRONNEMENT.....  | 4         |
| 1.2 LE PROFIL DU TERRITOIRE DE PROXIMITE TP 13.....  | 4         |
| 1.2.1 <i>Le centre hospitalier de Quimperlé</i> .....  | 5         |
| 1.3 LE DIAGNOSTIC GLOBAL DU CH DE QUIMPERLE.....   | 12        |
| 1.3.1 <i>Ses forces</i> .....  | 12        |
| 1.3.2 <i>Ses points de vigilance</i> .....   | 12        |
| 1.3.3 <i>Les opportunités à saisir</i> .....   | 12        |
| 1.3.4 <i>Les menaces à gérer</i> .....   | 12        |
| 1.4 LES DEFIS DU CHQ.....  | 13        |
| 1.4.1 <i>Ce qu'il faut consolider :</i> .....  | 13        |
| 1.4.2 <i>Ce qui est prometteur :</i> .....   | 13        |
| 1.5 LES FONDEMENTS DU PROJET.....  | 13        |
| 1.5.1 <i>Respecter les valeurs du service public hospitalier</i> .....   | 14        |
| 1.5.2 <i>S'inscrire dans une médecine de parcours</i> .....  | 14        |
| 1.5.3 <i>Améliorer la qualité et la sécurité des soins</i> .....   | 16        |
| 1.5.4 <i>Renforcer l'efficacité du centre hospitalier de Quimperlé</i> .....   | 16        |
| 1.5.5 <i>Favoriser la collégialité au sein des pôles et la qualité de vie au travail</i> .....   | 17        |
| 1.5.6 <i>Conforter le positionnement du CHQ sur le territoire de santé n°3</i> .....   | 17        |
| <b>II. LE PROJET MEDICO-SOIGNANT .....</b>   | <b>19</b> |
| 2.1 OPTIMISER LES PARCOURS DES PATIENTS PAR UNE OFFRE DE RECOURS ET DE PROXIMITE GRADUEE ET COORDONNEE .....   | 19        |
| 2.1.1 <i>Structurer une réponse aux urgences, adaptées et de proximité</i> .....   | 20        |
| 2.1.2 <i>Garantir une prise en charge adaptée des patients par une offre graduée d'équipements techniques et d'activités de soins</i> .....                                      | 21        |
| 2.2 CONFORTER LE POSITIONNEMENT DU CHQ EN RENFORÇANT L'ATTRACTIVITE PAR LA CONSOLIDATION ET LE DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES MEDICO TECHNIQUES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES,..... | 23        |
| 2.2.1 <i>Structurer l'activité du laboratoire dans le cadre d'une biologie de territoire</i> .....   | 23        |
| 2.2.2 <i>Conforter l'activité en imagerie médicale</i> .....   | 24        |
| 2.2.3 <i>Conforter l'activité de rééducation</i> .....   | 24        |
| 2.2.4 <i>Maximiser l'offre de consultations externes et avancées</i> .....   | 24        |
| 2.3 AMELIORER L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....   | 26        |
| 2.3.1 <i>Les personnes âgées hospitalisées et hébergées</i> .....  | 26        |
| 2.3.2 <i>Consolider le centre hospitalier de Quimperlé comme acteur de l'offre de soins en santé mentale</i> .....   | 29        |
| 2.3.3 <i>Conforter la prise en charge en addictologie</i> .....  | 31        |
| 2.3.4 <i>Structurer l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs</i> .....   | 32        |
| 2.4 DEVELOPPER LES ACTIONS DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE .....   | 33        |
| 2.4.1 <i>Poursuivre les actions de prévention</i> .....  | 33        |
| 2.4.2 <i>Développer des programmes d'éducation thérapeutique</i> .....   | 33        |
| 2.5 OPTIMISER LES PRATIQUES SOIGNANTES AU SERVICE DU PATIENT ET DU RESIDENT .....  | 34        |
| 2.5.1 <i>Assurer le respect des droits et de la place des patients et résidents dans leur prise en charge</i> .....  | 34        |
| 2.5.2 <i>Améliorer la gestion des données des patients et des résidents</i> .....  | 35        |
| 2.5.3 <i>Garantir la qualité et la sécurité des soins dans les pratiques soignantes</i> .....  | 37        |
| 2.5.4 <i>Développer les compétences des professionnels soignants</i> .....   | 39        |
| 2.5.5 <i>Développer les conditions d'un travail coordonné des équipes soignantes</i> .....   | 40        |
| <b>III. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES .....</b>  | <b>42</b> |
| PREAMBULE.....   | 42        |
| 3.1 POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.....  | 43        |
| 3.2 LE PROGRAMME QUALITE ET GESTION DES RISQUES .....  | 44        |
| 3.2.1 <i>Historique de la démarche</i> .....   | 44        |
| 3.2.2 <i>Coordination actuelle de la démarche</i> .....  | 45        |
| 3.2.3 <i>Bilans</i> .....  | 46        |
| 3.2.4 <i>Orientations stratégiques</i> .....   | 50        |
| CONCLUSION .....   | 53        |



## **Méthodologie d'élaboration**

*Le projet d'établissement 2015-2019 fait suite au précédent projet qui couvrait la période 2008-2012. Il a été élaboré de manière participative. Un comité de pilotage, sous la forme d'un directoire élargi, a été constitué afin de réaliser des points d'étape et de valider les orientations stratégiques.*

*Etabli sur la base du projet médico-soignant et du contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens signé avec l'Agence Régionale de Santé Bretagne le 21 janvier 2015, le projet d'établissement du centre hospitalier de Quimperlé s'inscrit en totale cohérence avec les axes du Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016, à savoir :*

- *La prévention et la prise en charge des conduites addictives ;*
- *La prise en charge des personnes âgées ;*
- *La mise en œuvre d'une permanence des soins, articulée entre la ville et l'hôpital ;*
- *L'organisation des urgences, des gardes et des astreintes en établissement de santé ;*
- *Le développement des modes d'exercices collectifs et coordonnés ;*
- *La mise en œuvre d'une offre de soins territoriale : médecine, chirurgie, imagerie, réanimation et insuffisance rénale chronique ;*
- *Le développement d'outils de coordination et de décloisonnement des acteurs de la santé.*

*Par ailleurs, le Centre hospitalier de Quimperlé s'est attaché à articuler son offre de soins pour les 4 ans à venir autour des 3 orientations spécifiques du projet territorial de santé qui sont :*

- *L'organisation d'un dispositif territorial coordonné et intégré autour de la personne âgée ;*
- *Le renforcement de la psychiatrie de liaison médico-sociale ;*
- *L'éducation thérapeutique du patient (ETP).*

*Enfin, le projet d'établissement du CHQ fait également résonance au projet médical partagé de la communauté hospitalière des hôpitaux des pays du Sud Bretagne.*

*Parallèlement, un projet qualité et gestion des risques ainsi qu'un projet social ont été pensés pour venir en appui au projet médico-soignant. Conformément au code de la santé publique, le projet d'établissement sera complété par le programme d'investissement.*

*Chaque volet du projet d'établissement comporte des fiches actions destinées à faciliter la déclinaison opérationnelle et le suivi des projets pour les pilotes et les co-pilotes.*

*Le projet d'établissement a vocation à constituer ainsi un document de référence pour la communauté hospitalière et ses partenaires.*

## I. Le plan stratégique

### *Introduction*

Le centre hospitalier de Quimperlé (CHQ) est un établissement public de santé à taille humaine, bien implanté sur le territoire de proximité n°13, ce qui constitue un atout majeur.

Son environnement est amené à évoluer considérablement dans les prochaines années en raison d'une part, d'un accroissement du vieillissement de la population et d'autre part, d'une raréfaction des ressources médicales, y compris au sein des spécialités. De plus, les technologies numériques auront un impact déterminant dans l'offre de soins qui a vocation à s'organiser davantage autour des parcours sur le territoire et non plus en fonction de structures. Enfin, l'usager est désormais placé au cœur de la prise en charge et ses attentes sont à prendre en considération.

Soucieux des enjeux inhérents à ces évolutions et désireux de les anticiper, le CHQ a réalisé un diagnostic global de sa situation en vue de redéfinir sa stratégie de soins et mobiliser sa communauté hospitalière autour d'objectifs partagés.

### **1.1 Présentation du Centre hospitalier de Quimperlé dans son environnement**

### **1.2 Le profil du territoire de proximité TP 13**

#### ✓ Périmètre géographique

Le Centre hospitalier de Quimperlé est implanté sur le territoire de proximité n°13 qui regroupe 28 communes sur une superficie de 1 127.5 KM<sup>2</sup>.

Cela représente une population de 76 375 habitants<sup>1</sup>.



<sup>1</sup> Données 2012, base INSEE

<sup>2</sup> Source : Insee, recensement de la population 2011

<sup>3</sup> Source : ARS Bretagne, 2013 ; SAE 2006-2012

- Structure de la population

| Population âgée de moins de 20 ans | Population âgée de 65 ans ou plus | Indice de vieillissement | Population âgée de 75 ans ou plus | Population d'hommes | Population de femmes |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------|
| 16 537                             | 16 479                            | 99.6                     | 9 743                             | 35 874              | 37 524               |

Il est à noter un indice de vieillissement supérieur à la moyenne régionale et nationale : **99.6** pour le territoire contre 78.1 pour la Bretagne et 70.6 pour la France métropolitaine.

La population âgée de plus de 75 ans représente 9 743 personnes<sup>2</sup>, soit 13% de la population du territoire de proximité n°13.

| Catégorie socio professionnelle | Agriculteurs exploitants | Artisans commerçants chefs d'entreprise | Cadres et professions intellectuelles supérieures | Professions intermédiaires | Employés | Ouvriers | Retraités | Autres personnes sans activité |
|---------------------------------|--------------------------|---|---|----------------------------|----------|----------|-----------|--------------------------------|
|                                 | 1 188                    | 2 285                                   | 2 513   | 6 341                      | 8 753    | 10 355   | 21 727    | 7 507                          |

S'agissant de la situation sociale, il est à noter :

- une proportion importante d'ouvriers après les retraités ;
- une monoparentalité importante à Quimperlé, Moëlan et Guilligomarc'h.

- Caractéristiques de santé

Sur le territoire TP 13, il est constaté :

- Une part de bénéficiaires au titre des affections de longue durée (ALD) en 2013 dans la population supérieure à la moyenne régionale (18.9% contre 16.3%) ;
- Un taux de mortalité et un taux de mortalité prématuré supérieurs aux moyennes régionales et nationales.

### 1.2.1 Le centre hospitalier de Quimperlé

Le centre hospitalier de Quimperlé est un établissement multi-sites, comportant 4 sites principaux d'implantation :

- Le site de La Villeneuve, à Quimperlé, héberge les services de médecine (hospitalisation complète et hospitalisation de jour), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en pneumologie, les urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée, le laboratoire, l'imagerie médicale, la pharmacie, les consultations externes, l'unité de géro-psycho-geriatrie, le Centre de Périnatalité de Proximité (CPP), le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), le service social et l'administration ;
- Le site de Kerglanchar, à Quimperlé, comprend un bâtiment de psychiatrie et un bâtiment « Logistique » accueillant l'unité centrale de production culinaire, la lingerie et le magasin. A proximité, rue Lully, se trouve l'hôpital de jour de psychiatrie « Pussin » ;
- Le site de Bois-Joly, à Quimperlé, comprend le service de Soins de Longue Durée (SLD), le service de Soins de Suite et de Réadaptation polyvalent et gériatrique (SSR) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi qu'un pôle d'activité, de soutien et d'accompagnement (PASA) ;
- Le site de Moëlan-sur-Mer est un EHPAD disposant d'un accueil de jour.

Par ailleurs, il dispose de deux Centres médico-psychologique situés à Quimperlé et à Scaër.

<sup>2</sup> Source : Insee, recensement de la population 2011



✓ Capacité et activités autorisées :

L'établissement dispose d'une capacité de 614 lits et places répartis comme suit :

- Médecine : 102 (Site de la Villeneuve) ;
- Santé mentale : 100 (Site de Kerglanchar, CMP de St-Michel et de Scaër) ;
- Soins de suite et de réadaptation : 69 (Sites de la Villeneuve et de Bois-Joly) ;
- Unité de soins de longue durée : 30 (Site de Bois-Joly) ;
- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : 313 (Sites de bois-Joly et Moëlan-sur-Mer).

| Activité  | Date de la dernière autorisation | Échéance   |
|---|----------------------------------|------------|
| Activités de SSR<br>- SSR polyvalent<br>- SSR spécialisé réhabilitation respiratoire<br>- SSR "Personnes âgées - Personnes Dépendantes" | 03/08/2015                       | 01/08/2020 |
| Médecine d'urgence - SMUR   | 30/03/2012                       | 29/03/2017 |
| CSAPA   | 15/01/2010                       | 15/01/2025 |
| Médecine en hospitalisation complète<br>- Médecine polyvalente<br>- Médecine gériatrique<br>- Médecine post-urgences                    | 04/08/2016                       | 03/08/2021 |
| Hôpital de Jour gériatrique   | 01/04/2015                       | 30/03/2020 |
| ETP Dénutrition   | 04/09/2015                       | 03/09/2019 |
| ETP réhabilitation respiratoire   | 06/05/2015                       | 05/05/2019 |
| Dépôt de sang   | 16/09/2014                       | 15/09/2019 |
| Scanographe (L6123-1)   | 27/11/2012                       | 26/11/2017 |
| Gérontopsychiatrie (hospitalisation complète)   | 30/03/2016                       | 29/03/2021 |
| Psychiatrie générale<br>- Hospitalisation complète<br>- Hôpital de jour de Kerglanchar<br>- CMP de Scaër et Quimperlé                   | 04/08/2016                       | 03/08/2021 |
| Hôpital de jour JB Pussin   | 28/10/2013                       | 27/10/2018 |
| Hôpital de jour en gérontopsychiatrie   | 17/02/2016                       | 15/02/2021 |
| EHPAD   | 19/02/2008                       | 19/02/2023 |
| USLD  | 04/08/2016                       | 03/08/2021 |



✓ Indicateurs d'activité

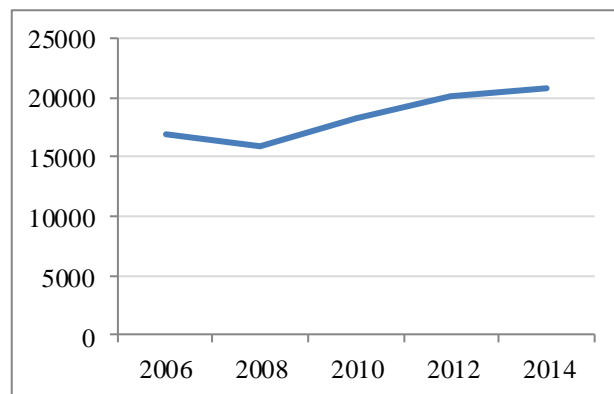
- Urgences

L'établissement est le 2<sup>ème</sup> centre d'urgence du territoire n°3. Il accueille en moyenne 55 patients chaque jour<sup>3</sup>.

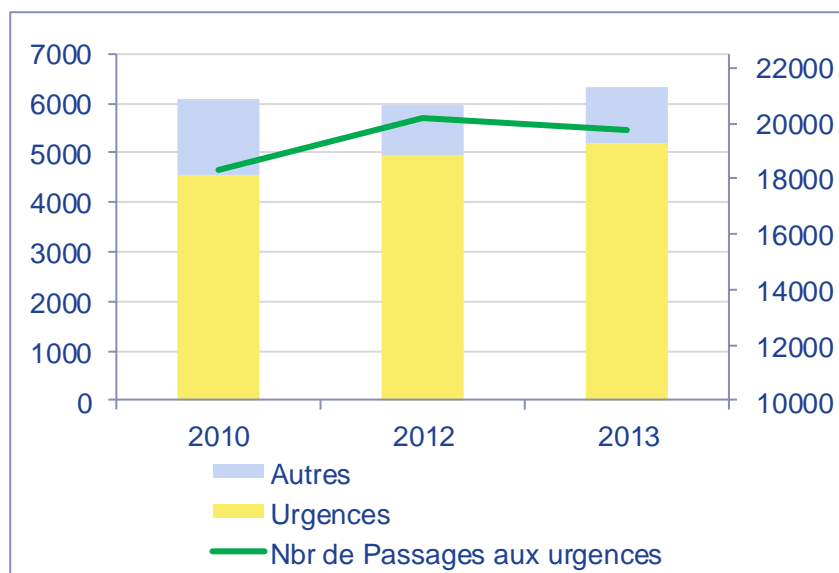
Nombre de forfaits d'accueil et traitement des urgences (ATU)

| 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 12 876 | 15 049 | 14 918 | 14 206 | 15 402 |

**Evolution du nombre de passages aux urgences**

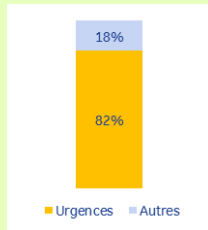


**% de recrutement par les urgences**



<sup>3</sup> Source : ARS Bretagne, 2013 ; SAE 2006-2012

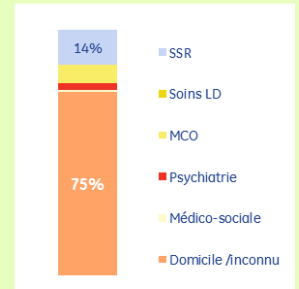
### Taux de recrutement par les urgences



### Hospitalisation des patients urgents – principaux DA

| Domaines d'activité                    | Nb séjour | DMS urg | DMS hors urg |
|--|-----------|---------|--------------|
| Cardio-vasculaire (hors cathétérismes) | 1163      | 5,90    | 6,85         |
| Pneumologie                            | 798       | 7,90    | 7,63         |
| Système nerveux (hors cathétérismes)   | 835       | 5,80    | 4,97         |
| Digestif                               | 713       | 4,80    | 2,47         |
| Uro-néphrologie et génital             | 308       | 6,20    | 4,06         |
| Toxicologie, Intoxications, Alcool     | 338       | 2,80    | 6,58         |
| Rhumatologie                           | 285       | 7,00    | 4,26         |
| Psychiatrie                            | 604       | 5,90    | 0,49         |

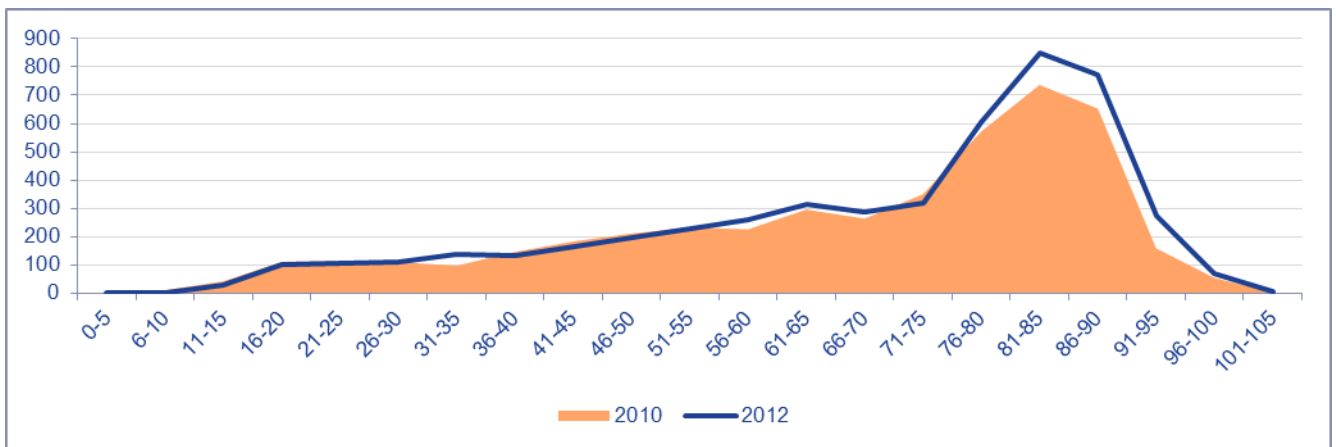
### Destination – aval



Après l'hospitalisation, 3 sur 4 repartent à domicile. Cela peut refléter un déficit d'offre de soins primaires sur le territoire.

| Domaines d'activité                | Nbr de séjours | Evol 2010 | PDM | DMS  | Evol 2010-2013 | IPDMS | % urgences | Complexité 3,4 |
|------------------------------------|----------------|-----------|-----|------|----------------|-------|------------|----------------|
| Cardio-vasculaire                  | 1163           |           | 32% | 5,90 |                | 0,92  | 92%        | 30%            |
| Système nerveux                    | 835            |           | 31% | 5,70 |                | 0,94  | 85%        | 14%            |
| Pneumologie                        | 798            |           | 34% | 7,90 |                | 0,90  | 91%        | 41%            |
| Digestif                           | 713            |           | 10% | 4,30 |                | 1,00  | 84%        | 14%            |
| Psychiatrie                        | 604            |           | 53% | 2,70 |                | 0,76  | 41%        | 14%            |
| Toxicologie, Intoxications, Alcool | 338            |           | 37% | 3,30 |                | 0,83  | 82%        | 6%             |
| Uro-néphrologie et génital         | 308            |           | 13% | 6,00 |                | 0,99  | 93%        | 37%            |
| Rhumatologie                       | 285            |           | 34% | 6,80 |                | 0,88  | 91%        | 37%            |

### Répartition des patients hospitalisés par tranche d'âge arrivant par les urgences (2014)



- Médecine

Le recrutement en médecine s'effectue essentiellement à partir des urgences. En 2013, 86% des entrées en hospitalisation complète provenaient des urgences<sup>4</sup>.

L'établissement sur les trois dernières années conforte sa part de médecine sur la zone d'attractivité : 44.2 % en 2013.

Nombre de Résumé de Séjour en hospitalisation complète

| 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 4 411 | 4 583 | 4 433 | 4 559 | 4 758 |

Nombre de Résumé de Séjour en ambulatoire

| 2009 | 2010  | 2011 | 2012 | 2013 |
|------|-------|------|------|------|
| 887  | 1 028 | 996  | 960  | 944  |

Groupe d'activités les plus fréquentes

|  | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------|------|------|------|------|
| Infections respiratoires                                 | 366  | 354  | 402  | 464  | 482  |
| Cardiopathies, valvulopathies                            | 226  | 300  | 380  | 351  | 387  |
| Cardiologies autres                                      | 302  | 319  | 355  | 353  | 379  |
| Troubles mentaux d'origine organiques et retards mentaux | 329  | 340  | 377  | 373  | 325  |
| Symptômes digestifs                                      | 174  | 148  | 120  | 190  | 225  |

Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4

| 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 15.75 % | 16.48 % | 19.57 % | 19.78 % | 24.36 % |

Part de marché en médecine sur la zone d'attractivité

| Etablissement | 2011 | 2012 | 2013 |
|---------------|------|------|------|
| CH Quimperlé  | 42.9 | 43.3 | 44.2 |
| CHBS          | 24.3 | 24.3 | 23.9 |
| CHIC          | 7.4  | 7.1  | 7.5  |

Il est à noter une progression de l'attractivité de l'établissement depuis 2011. Les fuites restent stables sur les trois établissements environnant.

- Santé mentale

Le dispositif en santé mentale couvre le secteur 29G12. Dans le cadre d'une réponse sectorielle, il est composé d'une unité d'admission, d'une unité réhabilitation, d'un hôpital de jour et de deux Centres Médico Psychologique (CMP).

Parallèlement, une filière est dédiée à la prise en charge des troubles bipolaires et des pathologies dépressives persistantes autour d'une offre de soins territoriale comprenant des lits de réhabilitation, un hôpital de jour et des consultations.

S'agissant de la psychiatrie du sujet âgé, l'établissement dispose d'une unité d'admission, d'un hôpital de jour, de consultations en CMP et d'une équipe mobile.

<sup>4</sup> Source PMSI

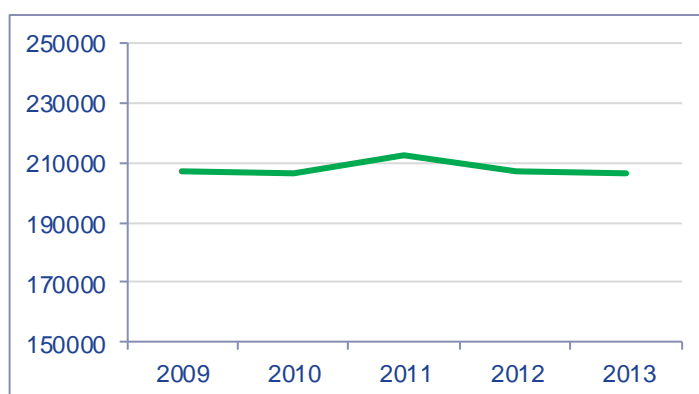
|      | Nombre de journées | AVQ physique moyen | AVQ relationnel moyen | Nombre de séjours | Nombres d'actes ambulatoires | Age moyen | Nombre de patient |
|------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|------------------------------|-----------|-------------------|
| 2012 | 30 026             | 5.77               | 5                     | 5557              | 24111                        | 53.29     | 2435              |
| 2013 | 29 785             | 5.47               | 4.30                  | 1114              | 21545                        | 53.61     | 2346              |
| 2014 | 26 568             | 5.63               | 4.43                  | 1132              | 21 174                       | 53.70     | 2334              |

Il est à noter que la prise en charge des troubles de l'humeur représente 41.7% des hospitalisations complètes et 47.9% des hospitalisations partielles, confirmant ainsi le positionnement du centre hospitalier de Quimperlé sur ces pathologies<sup>5</sup>.

- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Concernant les soins de suites et de réadaptation, le centre hospitalier de Quimperlé se situe en 4<sup>ème</sup> position sur le territoire n°3. Près de 9 patients sur 10 pris en charge au CHQ sont issus du territoire. Par ailleurs, il détient une spécialisation sur l'appareil respiratoire.

Une stabilité du nombre de journées :



- Plateau technique

Le plateau technique regroupe l'ensemble des structures internes médico techniques dans une logique de prestations de services en appui des prises en charges cliniques.

*Laboratoire*

Nombre de B

| 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 6 516 598 | 6 856 486 | 6 794 499 | 7 178 436 | 7 069 080 |

*Imagerie médicale*

Nombre d'actes

| 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 24 990 | 26 250 | 26 081 | 26 319 | 27 006 |

*Consultations externes*

Nombre de venues

| 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|--------|--------|--------|--------|
| 17 638 | 18 218 | 18 956 | 19 272 |

<sup>5</sup> Source : ARS Bretagne, RIM-P – synthèse 2013

✓ Indicateurs de performance

- Taux d'occupation des lits en médecine

| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------|------|------|------|------|
| 90.6 | 89.6 | 92.6 | 94.1 | 92.7 |

Il est à noter un taux d'occupation supérieur aux établissements de même catégorie (2<sup>ème</sup> décile 74.6/ 8<sup>ème</sup> décile 89.8).

- Indicateur de Performance – Durée Moyenne de Séjour en médecine (IP DMS)

| 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0.993 | 0.988 | 0.989 | 1.004 | 0.926 |

Les durées de séjours sont conformes aux moyennes nationales dans les établissements de taille comparable (en 2013 sur les établissements de même typologie 2<sup>ème</sup> décile à 0.845 et 8<sup>ème</sup> décile à 1.078).

### **1.3 Le diagnostic global du CH de Quimperlé**

#### **1.3.1 Ses forces**

- Une reconversion réussie grâce à une implication médicale et soignante positive, suite aux évolutions de l'offre de soins en 2007 ;
- Des activités adaptées aux besoins de santé de la population âgée du territoire de proximité T13 ;
- Des équipes compétentes, motivées, polyvalentes qui disposent des expériences de la pluridisciplinarité et de la gestion de crise, partageant une même culture, renouvelée au fur et à mesure des départs ;
- L'attractivité de l'hôpital dans le recrutement de professionnels, qui jouit notamment de l'attractivité importante de la Ville de Quimperlé sur les 5 dernières années ;
- Un hôpital à « taille humaine » qui constitue un atout pour mener une communication en interne et auprès de la population, Des techniques innovantes : Stimulation magnétique transcrannienne (TMS) et mildfulness en psychiatrie ;
- Un parc immobilier renouvelé notamment dans le secteur de l'hébergement et en santé mentale ;
- Une expérience importante de coopération avec le CHBS et les établissements de la CHT, mais aussi avec les Soins de Suite et de Réadaptation de la Maison Saint-Joseph à Quimperlé et du centre de Kerdudo à Guidel.

#### **1.3.2 Ses points de vigilance**

- Malgré la réussite de la restructuration de 2007, l'expérience a été vécue comme traumatisante et les professionnels ont peur de revivre un tel scénario, de disparaître ou de perdre une indépendance. Le climat social reste fragile ;
- Une politique de communication à développer, en interne comme en externe, pour augmenter le recours à l'offre de soins de consultations et éloigner l'image précédemment altérée du site de Bois-Joly ;
- La sous-utilisation du plateau technique et de certaines prestations : scanner, lits d'Hébergement Temporaire et Equipe Mobile de Gériatrie ;
- Une architecture plus vétuste et contrainte sur le site de la Villeneuve, avec une accessibilité difficile eu égard à l'insuffisance des places de stationnement ;
- Les impacts sur les ressources humaines du plan de retour à l'équilibre ;
- La mise en œuvre lente de certaines coopérations ;
- La grande dépendance des services de court séjour vis-à-vis du Service d'Accueil des Urgences à savoir 86% des entrées ;
- Le lent déploiement du système d'information, dont le dossier patient et la prise de rendez-vous.

#### **1.3.3 Les opportunités à saisir**

- Elargir l'offre de soins sur les champs de compétence de l'établissement et bénéficier de l'appartenance à la Communauté Hospitalière de Territoire pour développer les Soins de Suite et de Réadaptation, consultations externes, consultations avancées et le plateau technique ;
- Améliorer les outils d'accessibilité : accès en temps réel aux disponibilités à la consultation externe ou en Hébergement Temporaire ;
- Réorganiser et réaménager l'établissement sur le site de la Villeneuve, notamment avec le projet de regroupement des SSR avec la Maison Saint-Joseph ;
- Ouvrir le site de Bois Joly comme un lieu de vie ;
- Développer les coopérations et concilier CHT et coopérations hors CHT.

#### **1.3.4 Les menaces à gérer**

- La réduction de l'offre de soins et la diminution capacitaire si les taux d'occupation sont insuffisants ;
- Une baisse des dotations budgétaires et l'aggravation des contraintes financières ;

- Mouvement de regroupement : la CHT reste vécue comme une menace ;
- La complexification des parcours et l'intégration dans un processus avec la gestion d'un seul segment ;
- La raréfaction des ressources médicales sur le Territoire n°3 et le risque de devoir suppléer à la médecine de ville ;
- L'évolution du comportement des usagers face aux soins (consommateurs) et les risques judiciaires inhérents à ce changement.

## **1.4 Les défis du CHQ**

### **1.4.1 Ce qu'il faut consolider :**

- La prise en charge des patients âgés notamment en privilégiant les admissions directes et le maintien à domicile. En 2013, la moyenne d'âge des patients du Centre Hospitalier de Quimperlé était de 71 ans ; il s'agit de la 2<sup>ème</sup> moyenne la plus élevée de France parmi les 320 centres hospitaliers de taille comparable ;
- Certaines activités de référence déjà établies et reconnues sur le territoire : les urgences, les soins de suite et de réadaptation, la gériatrie, la santé mentale avec les troubles bipolaires et la psychiatrie du sujet âgé ainsi que les Soins de Suite et de Réadaptation de pneumologie ;
- L'accessibilité au plateau technique, dont les consultations externes par les expertises internes ou territoriales,
- Les leviers pour retrouver un équilibre budgétaire et financier, tant sur les recettes que sur les charges ;
- Une qualité de vie au travail au Centre Hospitalier de Quimperlé compte tenu de la culture, de l'adaptabilité et de l'esprit de gestion de projet qui lui est propre.

### **1.4.2 Ce qui est prometteur :**

- L'attractivité de l'établissement notamment avec le service d'accueil aux urgences ;
- L'amorce du virage ambulatoire ;
- La dynamique de coopération qui se poursuit et s'intensifie au sein de la CHT : imagerie médicale, biologie, consultations avancées, périnatalité... ;
- Des postes bi-sites (directeurs, professionnels de santé) qui permettent une stratégie institutionnelle publique cohérente et d'envisager l'atteinte d'économies d'échelle ;
- Le projet de regroupement des trois services de soins de suite et de réadaptation de Quimperlé, dont la Maison Saint Joseph, sur le site de la Villeneuve et l'intégration du Centre Hospitalier du Faouët dans la réflexion autour d'une filière SSR ;
- Les dialogues initiés lors du projet d'établissement en interne et avec la Médecine de Ville ainsi qu'à l'occasion des échanges avec la COCOPAQ autour de son futur contrat local de santé ;
- La télé-expertise et les opportunités que cela peut apporter en termes de coopérations et d'offre de soins à la population.

## **1.5 Les fondements du projet**

C'est dans ce contexte que le centre hospitalier de Quimperlé affirme des axes prioritaires, explicite les orientations qu'il choisit et prend 6 engagements :

- **Respecter les valeurs du service public hospitalier ;**
- **S'inscrire dans une médecine de parcours ;**
- **Améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients et résidents ;**
- **Renforcer l'efficacité du centre hospitalier de Quimperlé ;**
- **Favoriser la collégialité au sein des pôles et la qualité de vie au travail ;**
- **Conforter le positionnement du CHQ sur le territoire de santé n°3.**



L'un des enjeux du plan stratégique 2015-2019 est de conforter la lisibilité et l'attractivité de l'offre de soins du centre hospitalier de Quimperlé. Cela nécessite de :

- Garantir des accès simplifiés aux prestations de soins de l'établissement ;
- Améliorer les organisations ;
- Communiquer très largement, et de manière positive, sur les dispositifs existants et à venir.

### **1.5.1 Respecter les valeurs du service public hospitalier**

Chacun s'accorde à reconnaître que les dirigeants, les médecins et les personnels du centre hospitalier de Quimperlé doivent exercer leur fonction dans le respect fondamental de l'être humain, en s'appuyant sur les principes républicains de liberté, d'égalité et de fraternité.

Cette attitude implique le traitement déférent et unique de chaque personne, la stricte application de la réglementation hospitalière en matière des droits du malade, notamment pour ce qui concerne le respect du secret médical et professionnel, la dispensation de soins parfaitement conformes à l'éthique et la protection des malades et des résidents durant leur séjour.

#### L'égalité d'accès aux soins

Elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie, âge...) et le devoir de soigner chacun, quels que soient son état de santé et sa situation sociale, avec l'attention toute particulière due aux plus démunis. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.

#### La neutralité

Les soins sont réalisés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades tant dans la pratique que dans le discours (échanges avec les patients, staffs...).

#### La continuité et la permanence des soins

Comme tout hôpital public, le CHQ doit notamment satisfaire à ses obligations spécifiques en matière d'accueil des urgences. Il met en place une permanence des soins 24 heures sur 24, durant 365 jours par an, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assure l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs.

#### L'adaptabilité

Les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population, dans le cadre de la politique nationale, régionale et territoriale de santé et en fonction des moyens alloués et mobilisables. Le patient a le droit à un service de la meilleure qualité possible. Les services rendus doivent être évalués avec rigueur pour ensuite faire l'objet, si nécessaire, d'ajustements ou d'actions d'amélioration.

### **1.5.2 S'inscrire dans une médecine de parcours**

#### Optimiser les parcours

En lien étroit avec le médecin traitant du patient et avec les autres établissements de santé du territoire 3, du territoire de proximité n°13 ou de la Région, le centre hospitalier de Quimperlé s'inscrit résolument dans la médecine de parcours.

Il s'agit d'abord de coopérer avec la médecine de premier recours afin de faciliter les admissions directes. Le centre hospitalier de Quimperlé se propose en cas de nécessité dûment constatée par la médecine de ville, les

élus et le centre hospitalier de Quimperlé, de participer à la compensation, à titre provisoire, des déserts médicaux par des moyens hospitaliers, en fonction des besoins et de ses possibilités.

Il importe ensuite de faire évoluer les prises en charge hospitalières notamment en favorisant l'ambulatoire et en encourageant le passage de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation partielle, ainsi que le retour à domicile maximisé en partenariat étroit avec l'Hospitalisation A Domicile « De l'Aven à Etel » (HAD), l'Association Locale de Développement Sanitaire (ALDS) et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Quimperlé.

Par ailleurs, l'établissement souhaite réorganiser l'offre de soins en soins de suite et de réadaptation d'une part, en regroupant sur un seul site les structures existantes à Quimperlé dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire avec la Maison Saint-Joseph et d'autre part, en substituant des lits en hospitalisation complète par des places en hôpital de jour. Cette démarche s'inscrit dans les coopérations déjà engagées avec l'ensemble des SSR du territoire dont le Centre hospitalier du Faouët, les centres de Kerpape et du Divit.

Enfin, il s'agit de rendre plus accessible l'offre de soins de l'établissement pour les usagers et les professionnels partenaires, notamment via le site internet et au travers de plateformes interactives donnant accès à la prise de rendez-vous.

La prise en charge au sein de filières spécifiques (AVC, gériatrie...) relève également de cet engagement pour une offre de soins à la fois graduée et de sécurité au plus près du domicile du patient.

#### Consolider et développer les activités médico-techniques et les consultations externes

Il s'agit pour l'établissement de faciliter les réorganisations nécessaires en biologie et imagerie médicales, autour des plateaux techniques du centre hospitalier de Quimperlé et du centre hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) permettant à la fois une meilleure efficacité pour les examens réalisés et la consolidation de l'offre de soins sur l'établissement.

Conjointement à la réflexion sur les nouvelles activités de consultation à développer (polysomnographie...) avec le CHBS ou les activités à renforcer (gastro-entérologie, diabétologie...), l'accessibilité doit constituer un objectif prioritaire. Cette accessibilité passe par l'utilisation optimisée du plateau des consultations externes associant les médecins et des délais raccourcis de réponse aux demandes tant de la population que de la médecine de ville.

#### Mieux organiser les prises en charge spécifiques

Au regard des besoins actuels et prévisibles liés au vieillissement de la population, le CHQ souhaite compléter l'offre de soins au sein de la filière gériatrique afin d'améliorer l'évaluation et l'orientation des patients âgés pour éviter notamment le passage par les urgences et développer de nouveaux modes de prise en charge.

Par ailleurs, l'établissement doit continuer à diversifier les conditions de prise en charge en santé mentale et mieux les adapter aux besoins spécifiques notamment en gérontopsychiatrie dans le cadre de la filière gériatrique.

Enfin, afin de répondre au mieux aux problèmes d'addiction, l'établissement souhaite conforter le dispositif de prise en charge en addictologie tant sanitaire que médico social en élargissant son offre.

#### Développer les actions de prévention et promotion de la santé

L'établissement souhaite prendre encore davantage part à des actions de prévention et promotion de la santé. A cet égard, les équipes du centre hospitalier de Quimperlé s'engagent à participer à des programmes de prévention collective, à destination des publics sensibles, en particulier des jeunes et à développer les actions d'éducation thérapeutique en co-construisant des programmes avec l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Centre hospitalier de Bretagne Sud et la plateforme territoriale ETP du territoire n°3.

### 1.5.3 Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Depuis plusieurs années, l'établissement s'est engagé dans une politique qualité et sécurité des soins centrée sur la prise en charge des patients et des résidents. Les cinq années du plan stratégique seront marquées d'une part, par les résultats de la certification V2014 réalisée en avril 2016 et d'autre part, par les orientations du projet d'amélioration de la qualité/gestion des risques à savoir :

- Poursuivre l'approche prospective des risques afin de garantir un niveau maximal de sécurité aux patients/résidents, notamment par l'identification des causes possibles de survenue de risques ;
- Développer une culture partagée de la qualité et la gestion des risques en favorisant le signalement des événements indésirables graves et systématiser les analyses *a posteriori* ;
- Promouvoir la bientraitance et les droits des usagers au regard de la patientèle du centre hospitalier (personnes âgées, patients hospitalisés sans consentement et majeurs sous protection juridique). Cela implique de renforcer l'information des usagers, de l'adapter aux publics accueillis et de poursuivre les actions de formation des professionnels à cet effet ;
- Poursuivre la démarche de développement durable par le renforcement de la maîtrise des consommations énergétiques, la valorisation des déchets et des achats éco-responsables.

### 1.5.4 Renforcer l'efficience du centre hospitalier de Quimperlé

Le centre hospitalier de Quimperlé est un acteur de la vie économique à part entière. A ce titre, il doit justifier tant auprès des autorités de tutelle, de tarification ou de contrôle que de la population et de ses personnels d'une gestion de son budget en « bon père de famille ». Cette attitude vigilante témoigne de son souci omniprésent de pérenniser son positionnement sur le secteur de plus en plus concurrentiel de la santé, de préserver l'offre de soins publique de proximité et de venir en appui à l'offre territoriale. C'est aussi le seul moyen pour sauvegarder et garantir sur le long terme les emplois de ses agents.

La mise en place de la tarification à l'activité oblige l'établissement à prévoir des dépenses de fonctionnement directement corrélées à ses recettes d'activité tarifée ou autres et des investissements en lien avec sa capacité d'autofinancement.

A cet égard, il est impératif d'engager des transformations organisationnelles, d'investir pour préparer l'avenir et de poursuivre la mise en œuvre des mesures du plan de retour à l'équilibre, voire de le compléter.

#### Accompagner la transformation des organisations

En lien avec les progrès de la médecine et des prises en charges, tout comme avec le plan triennal de ralentissement de l'évolution des dépenses d'assurance maladie, l'établissement s'apprête à prendre le virage de l'ambulatoire. Cela nécessite une redéfinition des parcours, une simplification des accès aux structures d'aval, voire un redimensionnement des capacités d'hospitalisation complète en vue de privilégier des alternatives (hôpital de jour, hôpital de semaine...).

L'ensemble des services cliniques ou de réadaptation sont potentiellement concernés en vue d'une adéquation aux nouveaux besoins en cohérence avec les politiques de santé publique.

#### Poursuivre la modernisation du Système d'Information Hospitalier

Il est primordial pour l'établissement de poursuivre la modernisation de son système d'information d'autant que le virage vers l'hôpital numérique est amorcé. Le déploiement du dossier patient informatisé avec le CHBS en sera le projet majeur. La cohérence à l'échelon du territoire doit être en tout point privilégiée pour anticiper la mise en place, à court-moyen terme, d'un système d'information territorial.

## Garantir l'équilibre financier de l'établissement

Confronté pour la deuxième année consécutive à un résultat déficitaire, l'établissement doit continuer à mettre en place toute mesure visant à retrouver un équilibre budgétaire et financier. Il a élaboré dès la fin de l'année 2014 un plan de retour à l'équilibre ambitieux et volontariste. Le CHQ s'inscrit également dans la mise en œuvre du plan triennal de ralentissement de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie (2015/2017).

Il s'agit de mesures visant principalement à sécuriser les leviers économiques (achat, transport, virage ambulatoire...) et à maximiser parallèlement les recettes par l'organisation de séjours optimisés en corrélation avec l'évolution de l'état de santé du patient, le développement de nouveaux actes et consultations externes pour répondre à la demande de la population, la facturation des chambres particulières, le recouvrement des admissions en non-valeur...

### **1.5.5 Favoriser la collégialité au sein des pôles et la qualité de vie au travail**

#### Soutenir la gouvernance hospitalière

Comme tout établissement public de santé, le centre hospitalier de Quimperlé dispose de la personnalité morale et d'une autonomie financière. Il est dirigé par un directeur qui, assisté d'un directoire, élabore et conduit la politique de gestion. Un conseil de surveillance a pour mission d'orienter et de surveiller la gestion.

Les responsabilités du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) dans l'organisation médicale et la qualité-gestion des risques ainsi que celles des chefs de pôle en terme d'organisation des structures internes de l'établissement se concrétisent à travers, notamment, leur présence au directoire et la contractualisation interne - délégation de gestion en cours de développement.

En effet, soucieux d'associer les médecins le plus largement possible au pilotage stratégique de l'établissement et de conférer au projet médico-soignant toute son importance en terme d'impact sur le devenir de la structure, le directeur du centre hospitalier de Quimperlé a ouvert le directoire à l'ensemble des chefs des pôles cliniques et médico-techniques et à l'équipe de direction.

Dans le prolongement de la dynamique engagée, il convient de promouvoir la participation des personnels et de préserver un espace de dialogue tant au sein des bureaux, conseils de pôles et réunions des services qu'au sein des différentes instances en veillant au bon fonctionnement de ces dernières.


#### Améliorer la qualité de vie au travail

Parce que la prise en charge des usagers repose essentiellement sur la relation humaine et qu'environ 1 000 personnes professionnelles concourent à celle-ci, chacun des projets inscrits dans le projet d'établissement doit fournir au centre hospitalier une occasion d'améliorer la qualité de vie au travail.

### **1.5.6 Conforter le positionnement du CHQ sur le territoire de santé n°3**

Le centre hospitalier de Quimperlé a organisé sa reconversion en 2007 suite à la cessation de ses activités de chirurgie et de maternité. De par son offre de soins en médecine d'urgence, gériatrique et polyvalente, en SSR, en santé mentale, en addictologie et son importante activité d'hébergement à l'attention de la population âgée, il constitue un maillon reconnu de la mise en œuvre des politiques de santé et médico-sociales sur son territoire de santé.

Conforté sur ce point, il peut donc continuer à s'inscrire résolument dans une logique territoriale, dans la mesure où celle-ci vise à proposer à la population une offre de soins de proximité à la fois graduée, complémentaire et cohérente, notamment au sein de filières spécifiques et en relation avec les autres professionnels de santé du territoire, publics ou privés.



C'est dans ce contexte qu'il adhère depuis février 2014 à la Communauté Hospitalière de Territoire des Hôpitaux des Pays du Sud Bretagne aux côtés des centres hospitaliers de Lorient, Le Faouët et Port Louis. Cette stratégie territoriale publique est née d'une longue pratique de coopération médicale, médico-technique et logistique. Elle vise à conforter et rendre efficiente l'offre de soins publique sur le Territoire de santé n°3 de Bretagne, face à la démographie médicale inquiétante pour certaines spécialités nécessitant, entre ces établissements publics de santé, d'aller plus avant encore en termes d'articulation, de complémentarité ou de développement réfléchi ensemble de leurs activités de soins ou administratives et logistiques.

C'est également dans la perspective du renforcement des liens territoriaux, entre plus spécifiquement les centres hospitaliers de Quimperlé et de Lorient, qu'ont été mis en place des directeurs partagés sur des domaines aussi stratégiques que les affaires médicales, les finances et le système d'information. Par ailleurs, il existe déjà des mises à disposition de compétences médicales entre les établissements au sein de la communauté hospitalière du territoire n°3 notamment aux urgences, en imagerie médicale, en biologie, aux consultations externes et en gériatrie.

En vue de continuer à contribuer activement à la recomposition territoriale de l'offre de soins dans le contexte de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), une restructuration interne au CHQ se traduit aussi par une organisation polaire nouvelle en 2016 permettant à terme de regrouper facilement dans des pôles territoriaux des activités cliniques ou médico techniques dans une logique de parcours, de mutualisation et optimisation.

Cette démarche volontariste et dynamique répond à une volonté d'adaptation à l'environnement pour répondre le mieux possible aux besoins de santé publique en articulant les actions de prévention aux soins de premier et second recours ainsi que les prises en charges médico-sociales dans un continuum d'action au service du patient et de son entourage. L'établissement est d'ailleurs prêt à accepter à ce titre tout rôle de coordination qui pourrait lui être dévolu en fonction du (des) secteur(s) de santé ou administratif et logistique concerné(s), en totale concertation au sein du futur GHT.

## II. Le projet médico-soignant

Au-delà de l'obligation réglementaire qu'elle constitue, l'élaboration du projet médico-soignant du Centre Hospitalier de Quimperlé offre à ses acteurs l'opportunité de s'interroger sur leurs objectifs, leurs organisations et leurs pratiques professionnelles.

Les objectifs concourent à la réalisation locale du Projet régional de Santé et du programme territorial de Santé notamment :

- ✓ Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- ✓ Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, de la dépendance et du vieillissement ;
- ✓ Favoriser l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire.

Les organisations et méthodes de travail mises en place ces dernières années doivent être actualisées dans la perspective de la stratégie nationale de santé et de la Loi de santé.

La pertinence des pratiques professionnelles est à évaluer et à adapter, si nécessaire, aux évolutions des recommandations de bonnes pratiques.

Le projet médico-soignant du centre hospitalier de Quimperlé est fondé sur un diagnostic. Il repose sur un état des lieux de la santé de la population du pays de Quimperlé et plus largement du territoire de santé n°3, dressé à partir des travaux menés dans le cadre du Programme Territoriale de Santé (PTS), du Contrat Local de Santé (CLS) et du projet de CHT. Il a été complété par un diagnostic de l'offre de santé proposé par le CHQ à son environnement.

Les réflexions qui en ont découlé ont permis de définir quatre orientations stratégiques :

- ✓ Optimiser le parcours des patients par une offre de recours et de proximité graduée et coordonnée ;
- ✓ Conforter le positionnement du CHQ en renforçant l'attractivité par la consolidation et le développement des activités médico techniques et les consultations externes ;
- ✓ Améliorer l'organisation des prises en charge spécifiques ;
- ✓ Développer les actions de prévention et de promotion de la santé.

Soutenues par un objectif transversal :

- ✓ Optimiser les pratiques soignantes au service du patient et du résident.

### ***2.1 Optimiser les parcours des patients par une offre de recours et de proximité graduée et coordonnée***

L'hôpital contribue à la prise en charge des patients au plus près de chez eux. Il le fait en ayant recours à l'hospitalisation complète que lorsque cela est justifié tout en négociant le virage ambulatoire.

Ceci implique de soutenir l'offre de soins de premier recours, notamment pour les maladies chroniques, en s'appuyant sur des inter-relations efficaces entre la ville et l'hôpital, des filières de soins dédiées et en s'articulant avec l'HAD.

Cela conduit également au développement d'une meilleure coordination des professionnels de santé, afin de diminuer les ruptures dans les prises en charge des patients.

Le précédent projet d'établissement visait à gérer « le bon patient, au bon endroit, au bon moment ». La restructuration de 2007 avait conduit à la mise en place de filières de soins (chirurgie, obstétrique...) sur un territoire agrandi (recours au CHBS, cliniques privées...).

Il appartient dorénavant au CHQ d'améliorer la coordination des étapes du parcours des malades sur ces espaces. Cela implique de :

- ✓ Structurer une réponse aux urgences, adaptée et de proximité.
- ✓ Garantir une prise en charge adaptée des patients par une offre graduée d'équipements techniques et d'activités de soins :



- Développer les admissions directes et la programmation des séjours ;
- Poursuivre l'adaptation et la réorganisation des services de court séjour ;
- Optimiser les activités de Soins de Suite et de Réadaptation ;
- Maitriser l'aval des services et s'appuyer sur les services d'intervention à domicile pour prendre le virage ambulatoire.

### 2.1.1 Structurer une réponse aux urgences, adaptées et de proximité

En 2013 et 2014, 20 000 personnes ont fréquenté les urgences du CHQ, apportant de fait une reconnaissance à cette activité. La coordination effective entre les urgentistes hospitaliers du territoire de santé n°3 et des chirurgiens du CHBS et des cliniques est une force. Le développement d'équipes médicales de territoire est une opportunité.

Les données prospectives laissent penser que la croissance continue de cette activité va se poursuivre. Néanmoins,

- ✓ L'accueil aux urgences et l'articulation entre la ville et les urgences doivent être améliorés ;
- ✓ L'augmentation continue du nombre de passage est un défi à relever.

#### Accueillir aux urgences les personnes qui en relèvent

- ✓ Dédier une IDE à l'accueil et à l'orientation

Le SAU souhaite mettre en place une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) aux urgences afin de fluidifier la prise en charge des patients. Ce dispositif existant dans de nombreux autres SAU de France permet de réaliser un premier tri de patients avant qu'ils soient vus par les médecins. Le temps médical urgentiste étant une ressource rare, l'esprit de ce projet est de recentrer son activité sur des tâches essentiellement médicales.

#### Procéder à la réorganisation spatiale à court terme du Service d'Accueil des Urgences

#### Structurer des filières de prise en charge : 4 grands circuits à définir

- ✓ Cardiologie
- ✓ Neurologie
- ✓ Enfants
- ✓ Chirurgie

#### Constituer une équipe médicale commune

- ✓ Conforter l'équipe médicale pour pourvoir les postes vacants et suppléer les départs et changements d'orientation professionnelle, à court/moyen terme ;
- ✓ Organiser une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences pour anticiper le renouvellement de professionnels ;
- ✓ Développer et conforter le rôle de la FMIHU au regard des enjeux du territoire n°3 :
  - Renforcer les rapprochements entre les services d'urgence ;
  - Se connaître davantage entre SAU du Territoire 3 et être force de proposition en faisant partager ses bonnes pratiques ;
  - Effectuer des retours d'expérience entre équipes, faire partager des pratiques ;
  - Recruter systématiquement les nouvelles recrues sur un principe d'exercice bi-site. Les deux chefs de service effectueront par ailleurs le recrutement ensemble en entretien ;
  - Nécessité préalable d'harmonisation des statuts, des organisations... ;
- ✓ S'appuyer sur les dispositifs organisationnels existants et en développer de nouveaux :
  - Évaluer les organisations internes (médicales, paramédicales, transport, ...) ;
  - Utiliser le dispositif de RMM lors d'un ressenti de crise sur un établissement ;
  - Développer un cadre de travail commun, partager les analyses d'activité et les outils (soutien du Réseau Bretagne Urgences).



## 2.1.2 Garantir une prise en charge adaptée des patients par une offre graduée d'équipements techniques et d'activités de soins

Les objectifs du CHQ de diminution des hospitalisations inadéquates, de parcours de médecine ambulatoire ou encore d'évitement de passage aux urgences pour les personnes âgées, doit passer par une communication ciblée auprès des médecins généralistes. Cette communication passe par la diffusion des bonnes pratiques de recours aux professionnels du CHQ, la présentation du présent projet d'établissement, ainsi que la mise à jour de l'offre de soin du CHQ.

### Développer les admissions directes et la programmation des séjours

- ✓ Communiquer auprès des professionnels libéraux

Le centre hospitalier de Quimperlé souhaite instaurer une relation de proximité avec les professionnels libéraux du territoire. En effet, idéalement le parcours des patients se structure avec, en amont et en aval, une consultation médicale de 1<sup>er</sup> recours et la perspective continue d'un retour à domicile. Il s'agit donc d'un travail en coopération et complémentarité ayant pour objectif la prise en charge fluide du patient.

- ✓ Créer une unité d'évaluation avancée pour gérer les flux patients après tri au SAU

Il s'agit d'une unité de médecine permettant la réalisation d'une évaluation médico psycho sociale priorisant le retour à domicile et si besoin complément de bilans en ambulatoire voire en hospitalisation programmée

- ✓ Contribuer avec les libéraux de santé au renforcement de la médecine de 1<sup>er</sup> recours

La démographie médicale libérale sur le territoire de Quimperlé est fragile et compte des départs en retraite qui ne sont pas systématiquement remplacés. Par ailleurs, si le nombre de praticiens installés sur Quimperlé est satisfaisant, il vient souvent compenser un déficit de médecins libéraux dans les cantons environnants.

Pour apporter une réponse à ces difficultés démographiques, d'autres formes de médecine générale hospitalière plus adaptées peuvent voir le jour :

- Le déplacement de praticiens du CHQ, en cas de besoins et selon les moyens de l'établissement dans les cabinets médicaux, les communes, afin de prendre en charge des patients, au plus près de leur domicile et, parfois, d'éviter une hospitalisation ;
- Soutenir le projet de création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) adossée aux urgences. L'intérêt de ce système serait de dévier une partie du flux d'urgences généralistes vers des professionnels plus adaptés.

### Poursuivre l'adaptation et la réorganisation des services de court séjour

- ✓ Réorganiser le fonctionnement des services de médecine (rapprochement Médecine Post-Urgence/Médecine polyvalente ; Médecine Gériatrique 1 et Médecine Gériatrique 2)

Afin de favoriser une cohérence dans les prises en charge, l'établissement souhaite mener à terme la réorganisation du service de médecine interne situé au 1<sup>er</sup> étage.

- ✓ Développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Au regard des évolutions des pratiques médicales, des attentes des patients et de l'incidence de certaines pathologies surreprésentées au sein du territoire, la prise en charge en hospitalisation complète n'est plus la modalité de prise en charge exclusive et privilégiée. Elle a vocation à se transformer au profit de l'hospitalisation de semaine ou de jour.

Le centre hospitalier de Quimperlé s'engage dans la prise en charge ambulatoire.

Le développement des modes d'hospitalisation programmées comme les hôpitaux de jour, porte en lui-même cet enjeu fondamental en matière de pratique médicale :

- Développement de l'HDJ gériatrique ;
- Augmentation de l'offre (jours, horaires, interventions médicales) ;
- Création d'un hôpital de jour en médecine répondant à des besoins en diabétologie, rhumatologie...

Par ailleurs, le CHQ pourrait développer la polysomnographie en ambulatoire dans le cadre d'une filière avec le CHBS au profit des patients originaires du bassin de Quimperlé assurant ainsi l'éducation thérapeutique et les

suites de la prise en charge sur le CHQ dès l'annonce du diagnostic « apnée du sommeil ». Dans un second temps, lorsque l'activité sera saturée sur le site du CHBS, il existe une potentialité de développement d'une activité d'enregistrement sur le site de Quimperlé.

#### Poursuivre l'adaptation des organisations médicales

- ✓ En fonction de l'activité, déployer un SIC médical

#### Optimiser les activités de SSR

Face au vieillissement de la population, aux besoins de soins liés aux maladies chroniques et à la nécessaire amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie, le centre hospitalier de Quimperlé souhaite optimiser les activités en SSR en développant d'une part les alternatives à l'hospitalisation complète et d'autre part en optimisant le plateau technique de rééducation sur Bois Joly mais aussi en regroupant les activités de soins de suite et de réadaptation de la maison St Joseph sur le site unique de La Villeneuve, tout en gardant leur identité propre.

- ✓ Développer des alternatives à l'hospitalisation complète : en Hôpital de Jour (HJ) et en Hôpital de Semaine (HDS) par substitution de lits d'hospitalisation complète en pneumologie et en HJ pour le SSR PAPP

Concernant l'hôpital de jour en SSR PAPP, il s'agit de créer une unité de 6 places adossée à l'unité d'évaluation gériatrique (consultation mémoire, équipe mobile de gériatrie et hôpital de jour de gériatrie) avec mutualisation des ressources par redéploiement de lits. Cette unité a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences (fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologique, sociales) des déficiences et handicap, de promouvoir une réadaptation visant le maintien au domicile du patient âgé.

Concernant le SSR de pneumologie, le dispositif prévoit la création d'une unité d'hospitalisation de semaine de six lits qui répond d'une part à la problématique de l'éloignement domicile-structure et d'autre part elle peut permettre l'induction du programme et son ajustement sur une période brève relayée ensuite par le programme ambulatoire et une unité d'hospitalisation de jour de 6 places permettant la déclinaison d'un programme en quatre journées hebdomadaires sur une durée de 5 semaines.

- ✓ Optimiser l'utilisation du plateau technique de rééducation sur les SSR gériatriques de Bois Joly (en lien avec l'organisation des équipes) et identifier et structurer les solutions d'aval à la prise en charge en SSR.
- ✓ Regrouper sur un seul site les trois SSR existants à Quimperlé dont le SSR de la maison St Joseph et mettre en place un véritable plateau technique de rééducation SSR.

L'ambition du projet est de réaliser sur un site unique (La Villeneuve) une structure capable de répondre aux besoins de la population du territoire de proximité Quimperlé / Le Faouët, de s'adapter, dans les années à venir, aux évolutions de plus en plus fréquentes des techniques hospitalières, des besoins en termes d'offre médicale et des attentes des patients en matière d'environnement des soins.

#### Maîtriser l'aval des services et s'appuyer sur les services d'intervention à domicile pour prendre le virage ambulatoire

- ✓ Anticiper et organiser la sortie du patient

Cela passe par une prévision dès l'admission d'une date de sortie prévisionnelle réévaluée chaque jour et un temps de concertation entre les professionnels autour du patient. L'organisation de la sortie nécessite également la mise en cohérence de l'ensemble des étapes de sortie : transport, examens, famille, ordonnances, papiers de sortie, ...

Il s'agit pour l'établissement de mettre en place une cellule de coordination pluridisciplinaire des sorties en lien avec l'antenne HAD, l'ALDS, l'ADMR et le CCAS pour préparer au mieux la sortie du patient et éviter les

réhospitalisations quelques jours plus tard. Les soins à domicile et les structures sociales veillent à ce que le patient retournant au domicile y arrive dans des conditions d'accueil et d'ergonomie appropriées le soir même.

- ✓ Lisser les sorties en semaine et réaliser des sorties matinales.

Les services doivent initier cette réflexion par une étude du parcours patient et des points bloquants à l'organisation de la sortie.

- ✓ S'appuyer sur les services d'intervention à domicile dans le cadre d'un continuum de prise en charge

Il existe des ruptures dans le parcours de soins faute d'une insuffisante préparation et de concertation entre les différents professionnels. Afin d'organiser le maintien à domicile dans des conditions sécurisées de prise en charge médicale en lien avec le médecin traitant, il est donc prévu de :

- Accueillir sur le site de la Villeneuve une antenne de l'HAD ;
- Poursuivre le rapprochement avec l'ALDS ;
- Conforter la coopération avec le CCAS et les ADMR.

## **2.2 Conforter le positionnement du CHQ en renforçant l'attractivité par la consolidation et le développement des activités médico techniques et les consultations externes,**

L'objectif est de répondre :

- ✓ A des besoins convergents qui sont les besoins identifiés de la population ;
- ✓ Aux attentes exprimées de la médecine de 1er recours et aux départs non remplacés des médecins spécialistes libéraux ;
- ✓ A la nécessité de renforcer l'attractivité du TP n°13 pour des médecins libéraux et hospitaliers ;
- ✓ Aux attentes des spécialistes du CHBS de voir une prise en charge graduée dans un certain nombre de spécialités d'organes pour renforcer l'attractivité du plateau technique du CHBS.

### **2.2.1 Structurer l'activité du laboratoire dans le cadre d'une biologie de territoire**

Le développement de l'activité de biologie médicale relève des missions du GCS regroupant les laboratoires du CHBS et du CHQ. Le présent projet d'établissement affirme le souhait de voir cette activité se développer aux services des patients et résidents du CHQ. Elle doit rester une source d'attractivité pour le recrutement de nouveaux patients.

A cet effet, le site quimperlois du GCS de biologie souhaite améliorer l'accessibilité du plateau et procéder à sa modernisation.

Le GCS de biologie souhaite également finaliser l'organisation de la prise en charge des demandes d'examens de bactériologie.

#### Améliorer l'accessibilité du laboratoire

L'accès aux examens sera facilité par une augmentation des amplitudes horaires d'ouverture, ce qui nécessite de disposer de temps soignant, secrétariat et administratif.

L'accessibilité du laboratoire passe également par un accès rapide et sécurisé aux résultats d'examens ; le recours au mail sécurisé devrait permettre à moyen terme de faciliter la communication des résultats, pour les patients comme pour les médecins généralistes.

Enfin, le laboratoire doit être identifié comme lieu de prestation pour les professionnels libéraux et les patients externes en communiquant largement sur les horaires d'ouvertures et l'accès téléphonique.

## Poursuivre la modernisation du laboratoire

Moderniser les envois de résultats (recours au mail sécurisé pour les patients).

L'accréditation du laboratoire est un facteur déterminant pour sa pérennisation et son attractivité auprès du bassin de vie. Une première portée a été réalisée en 2014, elle se poursuit actuellement.

L'organisation de la bactériologie sur le site quimperlois du laboratoire du GCS fait l'objet de travaux.

### **2.2.2 Conforter l'activité en imagerie médicale**

L'activité d'imagerie médicale est au cœur de l'activité de court séjour du CH de Quimperlé, en médecine et aux urgences, mais elle doit faire face à un déficit de médecins radiologues pour son fonctionnement. Elle doit donc être consolidée par le développement des compétences et la structuration d'une équipe médicale commune avec le CHBS.

Cette ambition se concrétise actuellement par la mise en place de téléradiologie sur le site de Quimperlé et une présence de radiologues du CHBS pour la permanence des soins territoriale en garde sur place au CHBS. Cette organisation doit se pérenniser et s'orienter vers une équipe territoriale de radiologues qui permettra de disposer d'un nombre de ressources suffisant pour ne plus avoir à recourir à l'intérim.

L'établissement souhaite renforcer les compétence des praticiens en matière d'imagerie médicale (échographie, scanner sans injection).

Enfin, l'imagerie souhaite identifier une solution à l'archivage des images et se rapproche du GCS e-santé.

### **2.2.3 Conforter l'activité de rééducation**

L'activité de rééducation souffre actuellement d'un manque de moyens humains, comme sur l'ensemble du territoire (difficulté de recrutement de kinésithérapeutes). Le CHQ souhaite consolider cette activité en créant un espace extérieur thérapeutique innovant et convivial ouvert aux patients et à la population (espace dédié au repos et à la rééducation) et en renforçant l'équipe de rééducation pour mettre en adéquation les besoins aux demandes croissantes des services (revoir les profils de poste - GPEC) et favoriser le partenariat interpôle.

### **2.2.4 Maximiser l'offre de consultations externes et avancées**

Les départs successifs de spécialistes d'organes (2<sup>ème</sup> recours libéral) sur le TP n°13 et leur non remplacement fait reposer l'offre sur l'établissement.

Les attentes de la population et celles des médecins du 1<sup>er</sup> recours justifient la consolidation des consultations externes dans les limites de ce que l'on attend d'un plateau technique de proximité.

Pour améliorer l'accessibilité du plateau technique, le CHQ travaille sur plusieurs aspects :

#### Améliorer l'accessibilité en interne du plateau technique

- ✓ Programmer les examens en cardiologie ;
- ✓ Retravailler la préparation des patients ;
- ✓ Améliorer l'accès à la prise de rendez-vous ;
- ✓ Augmenter l'amplitude horaire des consultations.

#### En externe : optimiser les délais de rendez-vous (1 semaine à 6 mois)

- ✓ Disponibilité des plages de consultations ;
- ✓ Réponse aux appels et programmation des rendez-vous ;
- ✓ Mise en place de créneaux dédiés pour les rendez-vous urgents.

### Une organisation soutenue par des outils informatiques performants

- ✓ Améliorer la bureautique globale des consultations (partage des agendas, simplification de la prise de rendez-vous) ;
- ✓ Mise en place de téléconsultations sur les établissements médico-sociaux.

### Élargir l'offre de consultation et d'exploration, en interne et en externe

Certaines consultations déjà offertes doivent être renforcées :

- ✓ Post-urgence ;
- ✓ Cardiologie : nécessité de maintenir l'offre de soins existante ;
- ✓ Pneumologie ;
- ✓ Orthopédie : Une consultation post opératoire existante mais des délais de rendez-vous importants ; Afin de mieux utiliser le temps des médecins orthopédistes, besoin de trier davantage entre ce qui relève du post-urgence (pathologie fracturaire) et ce qui relève du post-traumatologie moins lourd à prendre en charge (articulaire, ligamentaire) ;
- ✓ Endocrinologie : activité à élargir (parcours du patient diabétique) ;
- ✓ Angiologie : nécessité de renforcer l'offre de soins existante ;
- ✓ Rhumatologie : nécessité de renforcer l'offre de soins existante .

D'autres spécialités ne sont pas ouvertes à la population Quimperloise sur le site du CHQ :

- ✓ Douleur chroniques : Comité de Lutte contre la Douleur ⇒ compétence médicale / Clinique Mutualiste et CHBS ;
- ✓ Oncogériatrie en lien avec l'unité de consultation onco gériatrie (UCOG).

### En fonction des besoins de la population, développer des consultations avancées spécialisées

Notamment le repérage des risques de perte d'autonomie et des différentes problématiques et difficultés rencontrées par les personnes âgées présentant une perte d'autonomie (chutes, troubles sphinctériens, rééducation, troubles de la déglutition, trouble de la nutrition...) : Centre Hospitalier du Faouët, Scaër, Pont Aven, Kerdudo ...

### Renforcer les activités du centre de périnatalité et du planning familial

Le centre de périnatalité est organisé sur le site de Quimperlé avec les praticiens du CHBS et un praticien du CHQ. Cette activité permet de suivre la majorité des grossesses du bassin de Quimperlé à proximité du domicile. Cette activité constitue un facteur d'attractivité pour l'établissement et lui permet de maintenir une offre de soins élargie. Il est important aujourd'hui de consolider cette activité sur laquelle le nombre de praticiens est appelé à diminuer :

- ✓ Consolider l'activité actuelle
  - Anticiper l'évolution de l'équipe médicale ;
  - Revoir l'aménagement des locaux.
- ✓ Envisager des délégations de compétence pour maintenir l'activité
  - Déléguer le suivi des grossesses normales et de la contraception aux sages-femmes ;
  - Assurer le suivi par les sages-femmes de la consultation de naissance ;
  - Réalisation d'échographies sur le CH de Quimperlé par les sages-femmes.

### Favoriser l'accessibilité aux CMP et le soutien aux populations isolées

Le contexte de souffrance psychologique et sociale croissante avec tendance à l'isolement de certaines populations, la limitation progressive de l'offre de médecine générale et la rareté de la ressource de psychiatrie

libérale sur le secteur amènent naturellement le centre hospitalier de Quimperlé à s'impliquer pour la prise en charge ambulatoire des patients en souffrance psychique.

Cela passe par le maintien de consultations au CMP avec des amplitudes horaires larges et une philosophie de secteur volontariste.

Par ailleurs, le développement de consultations psychiatriques avancées au sein de structures partenaires associatives ou communales ainsi que des actions de sensibilisation et de formation au repérage et à la gestion (y compris préventive) de situations de crise doivent permettre de toucher des populations isolées que les réseaux hospitaliers ne suffisent pas à atteindre.

#### Communiquer sur les prestations externes existant au CHQ : consultation, imagerie, biologie

Afin de développer et faire connaître les activités externes offertes à la population Quimperloise, il est attendu un travail de communication important sur les capacités d'accueil. Un travail préalable sera réalisé sur la réactualisation de l'ensemble de l'offre de soins, des horaires d'ouverture et des numéros de téléphone correspondant pour la prise de rendez-vous. Dans un second temps, une communication ciblée envers les médecins libéraux du territoire et éventuellement des patients (relais d'associations, de la mairie, ...) afin de faire connaître l'offre de soins du CHQ.

### **2.3 Améliorer l'organisation des prises en charge spécifiques**

L'analyse de la patientèle fait ressortir plusieurs populations particulières. Chacune nécessitant une prise en charge spécifique.

#### **2.3.1 Les personnes âgées hospitalisées et hébergées**

##### L'entrée de la personne âgée, le repérage d'une fragilité

La prise en charge de la personne âgée requiert l'intervention de nombreuses compétences issues du milieu médical, soignant et social. L'ensemble de ces professionnels peuvent être sollicités tout au long du parcours de la personne, mais les recommandations de bonnes pratiques insistent sur l'importance d'éviter les événements hospitaliers prolongés et les passages aux urgences ainsi que de travailler au repérage des fragilités le plus précocement possible. Le CH de Quimperlé souhaite mettre en place des dispositifs de prévention et de repérage durant ce parcours pré-hospitalier :

Afin de faciliter l'accès aux spécialistes :

- ✓ Mettre en œuvre les outils développés dans le cadre de la filière gériatrique, dont la création d'un numéro d'appel unique aux gériatres ;
- ✓ Mettre en place une hotline à l'attention des professionnels libéraux et des partenaires médico sociaux / régulation téléphonique -> cf expérience de la ligne dédiée gériatrique à vocation d'admission en hospitalisation de jour. Il convient donc de fixer les objectifs, le périmètre, les possibilités d'orientation, les médecins participant à la hotline, ...

Afin de disposer d'avis hospitaliers et de prise en charge sans événement hospitalier prolongé :

- ✓ Développer les dispositifs suivants :
  - La consultation mémoire : 2 journées de consultation actuellement, à développer après étude de niveau de saturation des consultations ;
  - Les évaluations gériatriques ;
  - Les bilans pré-thérapeutiques et les chimiothérapies en HDJ : déposer un dossier « Etablissement associé pour le traitement des cancers » par chimiothérapie ;
  - Mettre en œuvre des consultations non programmées sous 24 heures (gériatrique et médecine polyvalente) – améliorer la lisibilité et la communication ;
- ✓ Conforter la pluridisciplinarité autour d'un binôme psychiatre/gériatre.



Afin d'éviter le séjour prolongé aux urgences, source de rupture de prise en charge pour des personnes âgées polypathologiques :

- ✓ Lorsque la personne âgée arrive aux urgences, organiser l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie pour évaluer ses besoins et accélérer le processus d'hébergement dans le service approprié ou de retour à domicile ;
- ✓ Apporter des solutions simplifiées en cas d'épidémie : des interventions au domicile sont à envisager pour éviter des passages difficiles au service d'accueil des urgences (attente longue, source de contamination, ...) ;
- ✓ Réaliser des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) pour étudier la pertinence de la prise en charge des personnes âgées aux urgences (EPP « Personnes âgées fragiles aux urgences »).

### La prise en charge hospitalière

Lorsque, malgré la prévention, l'anticipation d'une fragilité et la prise en charge ambulatoire en continu, la personne âgée nécessite une hospitalisation, son parcours au sein de l'établissement n'est pas formalisé.

Un parcours-type sera proposé et recensera les différentes étapes possibles de la prise en charge, les professionnels impliqués, leurs coordonnées et leur fonction à chaque étape. Ce travail pourra s'appuyer sur les expériences PAERPA en cours dans d'autres établissements français.

### L'hébergement des personnes âgées

Il importe de :

- ✓ Anticiper les évolutions de compétences pour répondre aux besoins des EHPAD

Le CH de Quimperlé est composé à plus de 50% de lits d'hébergement, il s'agit de l'un de ses cœurs de métier. Un constat de dichotomie forte entre le court séjour et l'hébergement (ou prise en charge de longue durée) est établi depuis plusieurs années. Elle ne permet pas une continuité satisfaisante de la prise en charge et doit être améliorée par la mise en place des actions suivantes :

- Optimiser le parcours de professionnalisation : effectuer un bilan sur les parcours professionnels, étudier la question de l'après parcours professionnel ;
  - Mettre en place la mobilité intra-pôle, entre les unités et définir des règles en matière de rotation : durée limite d'affectation en unité ;
  - Proposer de la mobilité inter pôle ;
  - Communication sur l'intérêt des postes au pôle Hébergement (en intra et extra CHQ) en s'appuyant notamment sur l'évaluation externe APAVE ainsi que sur la vidéo réalisée pour la promotion de l'EHPAD.
- ✓ Conforter l'offre d'hébergement à travers un dispositif diversifié

Sur le territoire de santé n°3, il existe actuellement une offre de 2882 places d'EHPAD (1<sup>er</sup> janvier 2013) réparties sur 49 établissements. Cela correspond à un taux de 95,3 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans (contre 123,1 en Bretagne) et le constat d'un déficit de 840 places par l'application stricte de ce ratio. La Fédération inter-hospitalière se positionne pour la création de places sur le territoire et le CH de Quimperlé propose d'installer une partie de ces capacités.

Le CH de Quimperlé constate cependant la difficulté de mise en œuvre d'une telle augmentation capacitaire à court terme, notamment du fait du recrutement de personnels que cela impliquerait. A court terme, les manques les plus importants exprimés par l'ensemble des équipes concernent la prise en charge de personnes âgées pour soulager les aidants.

Le CH de Quimperlé propose donc, dans l'attente, d'innover et de diversifier l'offre de proximité :

- EHPAD à domicile, Béguinage, Accueil de jour à Quimperlé, accueil d'urgence au sein d'une plateforme de répit, ...
- Prévoir un accès indépendant pour l'accueil de jour de l'EHPAD de Moëlan Sur Mer ;
- Création d'un PASA à l'EHPAD de Moëlan Sur Mer.



## La prise en charge des personnes âgées présentant une pathologie psychiatrique

Sur le territoire de santé n°3 la population âgée de 75 ans et plus représente 10% de l'ensemble de la population âgée bretonne. D'ici 2016, la population de 75 ans et plus devrait augmenter en moyenne de 1,8% par an. S'agissant du champ d'intervention de la psychiatrie du sujet âgé, qui couvre l'ensemble des pathologies psychiatriques du sujet âgé et de ses conséquences, un rapport de la DREES, en mai 2006, montrait que :

- 5% des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent de pathologies psychiatriques,
- 35 à 40% des plus de 75 ans présentent un état de souffrance psychique.

A ce stade, les pathologies sont intriquées et la pathologie psychiatrique est associée à des comorbidités physiques, des déficits sensoriels et des problèmes sociaux.

Pour rappel, la psychiatrie du sujet âgé est définie comme la psychiatrie de l'âge avancé. Elle s'occupe de l'ensemble des troubles psychiatriques, et de leurs conséquences. Il s'agit particulièrement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles comportementaux associés, des troubles psychotiques, des addictions, et des troubles de la personnalité survenant dans le grand âge. Elle traite également les patients souffrant de maladies psychiques chroniques connues évoluant depuis l'enfance ou l'âge adulte. Dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent avec la survenue de problèmes sociaux. Les personnes âgées peuvent aussi présenter plusieurs diagnostics psychiatriques.

Partant de ce constat, il importe de concevoir un dispositif de prise en charge coordonnée de la personne âgée polypathologique,

- ✓ Structurer sur le territoire n°3 un parcours synergique de soins en psychiatrie du sujet âgé entre les trois établissements de psychiatrie

En fonction des bassins de vie où des problématiques sont présentes, le centre hospitalier de Quimperlé souhaite promouvoir la complémentarité des établissements, en réponse aux besoins de proximité de premier niveau et, pour les cas complexes, à une expertise de deuxième niveau (dépression du sujet âgé pour le CHQ). Cela doit passer par :

- La formalisation d'une charte et des partenariats (charte rédigée, en attente de signature par l'EPSM Charcot).
  - La rédaction concertée de plaquettes présentant le dispositif
  - Une communication auprès de la médecine de ville et de nos partenaires médico-sociaux sur le territoire (rencontre régulière dans le cadre de conférences et réunions à thèmes)
  - La poursuite des formations destinées au grand public et aux professionnels sur la thématique de la dépression du sujet âgé
  - La formation des partenaires médico-sociaux
- ✓ Optimiser l'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé
    - Elargir l'offre d'hébergement à la prise en charge du sujet âgé présentant une pathologie psychiatrique

L'ouverture de places de géronto-psychiatrie en EHPAD a été discutée dans le cadre de la Fédération Inter-Hospitalière. Il est apparu dans l'ensemble des EHPAD du Territoire n°3 une difficulté de cohabitation de certains patients, notamment lors de décompensations psychotiques, ainsi qu'une difficile adaptation de patients quittant un secteur psychiatrique dans lequel ils ont vécu pendant plusieurs décennies, pour intégrer un hébergement « classique ». Il convient de :

- Evaluer les besoins d'EHPAD de géronto-psychiatrie
- Créer un EHPAD géronto-psychiatrique
- Renforcer les compétences et de disposer d'un personnel formé spécifiquement à la prise en charge de résidents présentant des troubles psychiatriques
- Distinguer les patients relevant du pôle Psychiatrie et du pôle Hébergement
- Adapter la structure en fonction du besoin

- Concevoir un dispositif de prise en charge géro-psycho-geriatrique coordonnée de la personne âgée polypathologique, que ce soit en secteur gériatrique, psychiatrique, médico-social ou à domicile et en fonction de l'évolution des besoins en privilégiant lorsque c'est médicalement adapté les prises en charge en ambulatoire.

Le bassin de vie de Quimperlé correspondant au secteur 29G12 est la dimension la plus appropriée permettant une synergie entre les équipes de professionnels. En conséquence, le centre hospitalier de Quimperlé, se propose de faire évoluer son offre de soins en créant une équipe mobile dédiée à la prise en charge psychiatrique du sujet âgé pour améliorer cette offre de soins au profit d'une population dont la pathologie psychiatrique et ses conséquences restreignent l'accès aux soins.

Ce projet s'inscrit en cohérence avec le dispositif déjà établi à savoir :

- Des consultations médicales et psychologiques de psychiatrie du sujet âgé ;
- Une unité d'hospitalisation à temps complet d'une capacité de 20 lits ;
- Un hôpital de jour de 5 places adossé à l'unité d'hospitalisation.

Cette équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé aura pour objectif la prise en charge médicale de sujets âgés présentant des manifestations cliniques d'allure psychiatrique, dans une population où les dimensions somatiques et psychiatriques des troubles sont intriquées de façon complexe. L'équipe mobile sera rattachée au CMP, dispositif au cœur du parcours de soins des patients, avec des relations en amont avec l'hôpital mais aussi en aval avec les professionnels de ville, les établissements médico-sociaux comme les EHPAD.

### **2.3.2 Consolider le centre hospitalier de Quimperlé comme acteur de l'offre de soins en santé mentale**

La prise en charge psychiatrique fait partie des cœurs de métier du centre hospitalier de Quimperlé, notamment du fait de son expertise en troubles de l'humeur. Travailler sur le parcours du patient psychiatrique, cela implique à la fois de travailler sur l'amont et les différents moyens d'éviter ou de retarder une hospitalisation, mais aussi de travailler sur la prise en charge hospitalière avec ce qu'elle implique de coordination avec les autres services somatiques.

#### Conforter l'offre sectorielle de proximité à travers un dispositif structuré et gradué

- ✓ Accompagner l'évolution de la psychiatrie de liaison et améliorer la prise en charge somatique des patients en psychiatrie

La situation du pôle de psychiatrie au sein d'un centre hospitalier général est orienté essentiellement sur les urgences-gériatrie-médecine générale-moyen séjour-hébergement. Il s'agit de faire jouer la complémentarité des dispositifs et des modalités de réponse pour une prise en charge partenariale adaptée.

Les patients souffrant d'un trouble psychiatrique significatif souffrent régulièrement de comorbidités somatiques, souvent mal ou tardivement diagnostiquées et régulièrement négligées dans leur suivi et présentent un très haut-risque cardio-vasculaire, multidéterminé. Il convient donc :

- Poursuivre le travail d'actualisation du dispositif de liaison avec les pôles du CHQ : Identification des besoins et leur actualisation, mise à jour des délais et modalités de réponse, actualisation des réponses aux situations pressantes et urgentes, actualisation des modalités d'enregistrement de l'activité et d'évaluation ;
- Elaborer conjointement une graduation opérationnelle des modalités de réponse en fonction des situations et des contraintes fonctionnelles ; organiser régulièrement (au moins une fois par an) des réunions d'analyse du partenariat ;
- Concerter régulièrement le bureau de CME pour améliorer la prise en compte des comorbidités somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères.

### Conforter l'hospitalisation aiguë sur le secteur au sein d'une unité d'admission rénovée, incluant du très court séjour (24h/48h) en cas de crise, et l'hospitalisation de réhabilitation générale et différenciée

Situations de crise fréquentes altérant les capacités des patients à vivre en société; moindres tolérance et soutien de la société aux personnes sensibles ou marginalisées ; pression majeure et croissante vécue par de nombreuses personnes, à dimension stressante ou déstabilisante, et avec une moindre responsabilisation quand aux conséquences. Intérêt à finaliser une démarche de soins approfondie et responsabilisée sur les différents volets pour ne pas renvoyer dans la cité des patients trop fragiles ou insuffisamment améliorés sur la durée d'une hospitalisation aiguë.

Prise en compte du « revolving door syndrome ».

- ✓ Formalisation des séquences thérapeutiques-clé et protocolisation des étapes cruciales de la prise en charge. Développement de la coordination équipes d'activités- unités d'hospitalisation ;
- ✓ Structuration de la filière de réhabilitation dans un but de lutte contre la chronicité et contre les réhospitalisations trop nombreuses, en formalisant notamment la démarche de remédiation cognitive et en l'évaluant.

La prise en charge psychiatrique au centre hospitalier de Quimperlé ne s'arrête pas à la psychiatrie hospitalière, son activité de psychiatrie de secteur lui permettant de voir les patients en ville d'organiser des visites à domicile et de prévenir davantage les troubles psychiques. Par ailleurs, la prise en charge ne se concentre pas exclusivement sur les compétences du site ; l'EPSM Charcot, établissement psychiatrique de référence du Territoire de Santé n°3 et la Clinique Saint-Vincent constituent des partenaires privilégiés.

### Affiner et individualiser la liaison médico-sociale auprès des EHPAD, MAPA, CCAS, EHPA et ESAT

La santé mentale des usagers de structures médico-sociales doit être prise en compte. Les équipes qui les animent doivent bénéficier d'une interactivité facile et constructive avec les secteurs de psychiatrie. Les hospitalisations aiguës doivent s'effectuer facilement, de même que les retours en institution (fluidification des parcours). Les équipes doivent se connaître et travailler ensemble de façon positive avec émergence d'une vision partagée du processus d'ensemble.

- ✓ Développer l'interactivité en améliorant le dialogue et la concertation, en incluant notamment des interventions de binômes psychiatre/infirmier auprès des usagers et des professionnels des institutions citées ; améliorer l'anticipation et la gestion des troubles du comportement et des situations de crise par le développement d'une vision partagée, de l'interactivité constructive et la mise en place à un rythme adapté de temps de synthèse clinique.
  - Entretien d'une logique de rencontre régulière des établissements pour affiner de façon continue le diagnostic partagé ;
  - Entretien et affinement de la logique de Visite A Domicile (VAD) ;
  - Formaliser et adapter les conventions de partenariat.

### Créer un travail en réseau et en complémentarité avec les usagers et tous les acteurs de terrain, incluant les établissements (notamment la clinique Saint-Vincent et l'EPSM JM Charcot)

La crise suicidaire reste une manifestation dramatique de crises psychologiques et psychosociales. Le dispositif de santé doit être très perméable et très réactif. Les actions mises en œuvre doivent être complémentaires et concertées, et concerner les différents facteurs de risque (y compris les fréquents états dépressifs sous-jacents). Les populations marginalisées ou cloisonnées doivent être prises en compte dans l'organisation du dispositif, y compris sous l'angle préventif, en incluant les patients perdus de vue par les différents dispositifs publics et privés. Un patient décédé par suicide sur deux présente un état dépressif souvent chronique.

Les troubles bipolaires sont très longs à diagnostiquer et les dépressions chroniques évoluent souvent en marge du dispositif actuellement existant (il n'est pas rare que les patients déprimés chroniques ne se traitent plus ou soient aggravés par les traitements qu'ils prennent).

Le suicide et les états dépressifs et bipolaires sont des priorités identifiées de santé publique et de coopération inter-établissements en Bretagne.

Les états dépressifs chroniques sont une cause majeure d'altération de la qualité de vie, d'éloignement du milieu professionnel, de complications familiales et de poids médico-économique. La collaboration avec les associations de patients et de familles est un aspect essentiel.

- ✓ Conforter la réponse à l'urgence suicidaire par l'amélioration continue du dispositif en cas de crise et la prévention ;
- ✓ Maintenir une présence infirmière psychiatrique aux urgences à partir du CMP en journée et des unités d'hospitalisation temps-plein la nuit ;
- ✓ Poursuivre l'EPP « Accueil et prise en charge du patient suicidant aux urgences » ;
- ✓ Renforcer les interventions de sensibilisation et de formation au repérage de la dépression et de la crise suicidaire à destination des médecins libéraux, des professionnels de santé, du grand public (par exemple : MSA) et développer des réunions de concertation avec les partenaires médico-sociaux et éducatifs du secteur, continuer à mettre à disposition sur le territoire n°3 des personnes ressources ;
- ✓ Développer le partenariat avec les associations d'usagers autour de la prévention des comportements suicidaires et du diagnostic et de la prise en charge personnalisée et individualisée des dépressions persistantes et troubles bipolaires ;
- ✓ Développer des actions de sensibilisation (usagers, familles, professionnels médico-sociaux et de santé) sur les aspects spécifiques de la dépression persistante et des troubles bipolaires ;
- ✓ Renforcer la détection des dépressions persistantes et résistantes et des troubles bipolaires ;
- ✓ Développer le travail en synergie et en complémentarité par des actions institutionnelles spécifiques : consultations spécialisées, bilans structurés, groupes thérapeutiques spécifiques (gestion des émotions et du stress et résolution de problème, psychoéducation, remédiation cognitive, prévention du haut-risque cardiovasculaire...), TMS ;
- ✓ Développer la prise en charge des familles et favoriser le maintien de l'activité professionnelle et des responsabilités citoyennes ;
- ✓ Mettre en place des staffs de territoire de santé ou inter-établissements dédiés à la prise en charge des cas complexes ; développer le dispositif de concertation multi-professionnelle dans un but de communication et de synergie de filière ;
- ✓ Poursuivre des formations à l'attention des professionnels médico-sociaux sur les liens dépression/suicide.

### **2.3.3 Conforter la prise en charge en addictologie**

La santé des habitants du TP13 est particulièrement touchée par les addictions au tabac, à l'alcool et aux drogues, facteurs de mortalité prématurée (cancer, pathologie cardio - vasculaire) et sources d'accidentologie, de violences et d'infractions. Les actions retenues s'intègrent dans les deux priorités de la Région Bretagne : prévenir les atteintes à la santé et à la qualité de vie et favoriser l'accès à des soins de qualité.

#### Volet prise en charge dans le champ sanitaire : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

- ✓ Conforter les sevrages simples de niveau 1 et rendre lisible la prise en charge addictologique en clarifiant les missions entre la prise en charge hospitalière et les CSAPA/ELSA ;
- ✓ Préparer et fluidifier le post sevrage : sevrages complexes (cures), SSR Addictologie (post-cures), SSR, Retours A Domicile... ;
- ✓ Réfléchir à la possibilité d'autres sevrages qu'alcool sur l'hôpital ;
- ✓ Avoir un médecin référent dans l'unité de sevrage ;

- ✓ Mettre en place l'équipe territoriale ELSA avec le CHBS : une seule équipe de liaison ;
- ✓ Augmenter le temps médical en liaison pour pouvoir assurer un passage quotidien dans les services ;
- ✓ Améliorer le travail de repérage et de prise en charge en particulier des jeunes aux urgences.

#### Volet prise en charge dans le champ médico social : CSAPA

- ✓ Diversifier les offres de prise en charge : atelier photo expression, atelier marche, ateliers éducation thérapeutique (budget, hygiène de vie, nutrition...), bibliothèque, élargissement de la sophrologie et de la tabacologie à des ateliers de groupe ;
- ✓ Elargir ces offres aux patients en sevrage (alcool ou tabac) ;
- ✓ Mettre en place un groupe de parole à destination des jeunes ;
- ✓ Développer la prise en charge des addictions sans produits ;
- ✓ Développer le partenariat avec les médecins de ville ;
- ✓ Travailler sur le développement de la Consultation Jeunes Consommateurs ;
- ✓ Mettre en place des antennes du CSAPA à Scaër et au Faouët ;
- ✓ Mettre en place des consultations avancées ou de proximité (communauté Emmaüs, jardins de Kerbellec, foyer Kreisker...) ;
- ✓ Augmenter la prise en charge sociale et psychologique.

### **2.3.4 Structurer l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs**

La prise en charge de la fin de vie en établissement hospitalier est une problématique territoriale. Actuellement, deux patients sur trois qui décèdent à l'hôpital ont été admis via le service des urgences. Il s'agit pourtant dans la plupart des cas de patients suivis de longue date sur le territoire, par les praticiens libéraux ou les services hospitaliers. Il semble donc nécessaire aujourd'hui de travailler sur :

Une formalisation de la prise en charge en dissociant bien la notion de soins palliatifs et d'accompagnement à la fin de vie (appréciation médicale) ;

Un renfort du plan de formation médicale et paramédicale ;

Dédier du temps d'accompagnement spécifique (temps de psychologue pour l'accompagnement de fin de vie, temps soignant sur la prise en soins) ;

S'appuyer sur la structure du Divit pour structurer, améliorer et développer la prise en charge palliative et l'équipe mobile de soins palliatifs du CHBS.

## **2.4 Développer les actions de prévention et de promotion de la santé**

D'une part, l'établissement souhaite poursuivre les actions de prévention à destination des publics sensibles (jeunes et personnes âgées) et participer à des programmes de prévention collective et d'autre part développer les programmes d'éducation thérapeutique afin de permettre aux patients de vivre avec leur maladie, tout en essayant de réduire ou retarder le plus longtemps possible l'apparition des complications et en améliorant la qualité de vie.

### **2.4.1 Poursuivre les actions de prévention**

Poursuivre les interventions en milieu scolaire (Centre de planification et d'éducation familiale).

Poursuivre les formations destinées au grand public et aux professionnels sur la thématique notamment de la dépression du sujet âgé.

### **2.4.2 Développer des programmes d'éducation thérapeutique**

Selon la définition de l'OMS, « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

A ce titre, l'établissement souhaite continuer à promouvoir et développer des programmes thérapeutiques en étroite collaboration avec la plateforme territoriale ETP du Territoire de Santé n°3 et l'unité transversale ETP du centre hospitalier de Bretagne Sud (UTET).

- ✓ ETP Programme d'Aide Nutritionnelle aux Adultes Hospitalisés et Dénutris (PANAHD)
  - Renouveler l'autorisation d'activités pour poursuivre les actions engagées dans le cadre du programme PANAHD ;
  - Déployer une équipe mobile pour intervenir à domicile en lien avec l'HAD, les Réseaux et la Maison St Joseph ;
  - Bénéficier de l'expertise sur la prise en charge et la prévention de la dénutrition (patients du CHQ) en lien avec le programme ETP PANAHD.
  
- ✓ Poursuivre l'ETP Réhabilitation respiratoire ;
  
- ✓ Développer l'ETP « douleurs chroniques » ;
  
- ✓ Développer la communication sur les programmes déployés au sein de l'établissement.



## **2.5 Optimiser les pratiques soignantes au service du patient et du résident**

La qualité et la sécurité des soins apportées au patient/résident sont au cœur des missions de l'établissement. Les pratiques soignantes sont orientées vers le patient et le résident. Elles garantissent ses droits et sa place dans l'établissement au quotidien. La gestion efficace des données du patient et du résident est quant à elle à la fois essentielle à la continuité des prises en charge et au respect du droit à la confidentialité. Les pratiques soignantes doivent par ailleurs être régulièrement réinterrogées au regard des bonnes pratiques préconisées tout particulièrement dans les secteurs ou sur des thématiques transversales à risques. La qualité des pratiques dépend aussi des compétences que les personnels soignants peuvent mobiliser et elles sont à renouveler et adapter en permanence. Enfin, au-delà de cette vision individuelle des compétences, la coordination des acteurs est essentielle à l'efficacité des pratiques et à la continuité de prise en charge des patients et résidents.

### **2.5.1 Assurer le respect des droits et de la place des patients et résidents dans leur prise en charge**

La population accueillie au centre hospitalier de Quimperlé est particulièrement vulnérable car essentiellement constituée de personnes âgées ou de patients présentant des troubles mentaux. Elle nécessite donc une attention toute particulière sur le respect de ses droits. Ce travail est à réaliser en lien avec les usagers dans le cadre de l'émergence de la démocratie sanitaire associant les usagers, la CRUQPC et le conseil de vie sociale.

#### Promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes

La politique de bientraitance vise à garantir le respect de la personne et la satisfaction de ses besoins dans la réalisation d'ensemble des pratiques soignantes. Elle nécessite au-delà de la prévention de la maltraitance une véritable appropriation d'une culture de la bientraitance par l'ensemble des personnels. Des formations à la bientraitance et au respect des droits des patients sont inscrites dans le plan de formation. Un référent bientraitance est nommé sur le pôle hébergement et une charte a été rédigée et portée à la connaissance des équipes, résidents et familles.

Un temps de sensibilisation des acteurs du soin et les usagers à la bientraitance intégrera la semaine de la sécurité du patient et un lien avec comité d'éthique sera développé.

#### Rendre le patient acteur de sa prise en charge

L'information du patient ou du résident est à la fois un droit individuel et un moyen de le rendre acteur de sa prise en charge. La formation des professionnels du soin doit être présente de manière graduée lors de l'accueil des nouveaux arrivants et de son parcours de professionnalisation. Un point est par ailleurs à réaliser sur la documentation existante (Chartes du patient, charte du résident) pour s'assurer que les supports nécessaires sont en adéquation avec les besoins et disponibles pour les patients et résidents. Avant l'arrivée de nouveaux résidents en EHPAD, un entretien est programmé avec le résident et son entourage pour échanger sur le contrat de séjour.

Un renforcement des connaissances sur les informations pouvant être données à l'entourage du patient et du résident est nécessaire par augmentation des sessions de formation « relations patients/soignants/familles ». Il s'agit en effet de permettre à l'entourage de prendre toute sa place dans l'accompagnement du patient et du résident tout en respectant les droits à la confidentialité de ces derniers. Ces éléments sont aussi à intégrer à la formation d'accueil des nouveaux arrivants et au parcours de professionnalisation.

La remise et l'explicitation du livret d'accueil et du questionnaire de sortie permet au patient de connaître l'établissement et de s'exprimer.

L'accompagnement des patients dans les projets d'éducation thérapeutique contribuent fortement à les rendre acteur de leur prise en charge en lien avec leurs pathologies chroniques. C'est le cas pour les prises en charge dans le cadre des Broncho Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO), des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), des insuffisances cardiaques et des hauts risques cardio-vasculaires.



## Gérer les mesures de restrictions de liberté

La liberté d'aller et venir est un droit individuel qui doit être garanti aux patients et aux résidents. Il convient donc de limiter au maximum les restrictions en ce domaine à la prévention des risques pour l'individu, les autres patients ou les citoyens. Plusieurs situations nécessitent une réflexion approfondie en lien avec le comité d'éthique :

- L'analyse bénéfique risque pour les contentions en prévention des chutes ;
- La mise en chambre d'isolement pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en crise ;
- La prévention des sorties sans avis médical pour les patients ou résidents désorientés ;
- La prévention des fugues pour les patients hospitalisés à la demande d'un tiers ou du représentant de l'état ;
- Les modalités de sécurisation des patients et résidents le nécessitant sans limiter la liberté d'aller et venir des autres (fermetures de services). La réflexion pourra s'appuyer sur l'EPP « Restriction de liberté d'aller et venir » réalisée sur le secteur de psychiatrie ;

La réflexion sur la liberté d'aller et venir sera intégrée aux réflexions concernant ces différents sujets et abordée au sein du comité d'éthique de manière à ce que toute restriction soit pleinement justifiée.

## Améliorer la prise en charge de la douleur

Le patient ou résident doit bénéficier d'un dépistage de la douleur à chaque étape de son parcours et d'un traitement et d'une réévaluation de la douleur le cas échéant. Les professionnels soignants sont acteurs à chaque étape de ce processus. Les professionnels soignants peuvent s'appuyer sur l'expertise d'IDE référents par service. Ces IDE assurent par ailleurs la mise à jour des protocoles et la réalisation des audits douleur et participent aux réunions du CLUD.

Une infirmière référente et une aide-soignante ont obtenu un Diplôme Universitaire sur la douleur renforçant les compétences disponibles au service des patients. Elles contribueront en lien avec le CLUD à la mise en place d'actions d'amélioration des pratiques soignante en étant détachées 2 jours par mois :

- Relance des formations des soignants à la prise en charge de la douleur ;
- Poursuite de l'implication de référents sur la prise en charge de la douleur dans chacun des services.

Le développement d'un programme d'éducation thérapeutique sur les douleurs chroniques est en projet.

### **2.5.2 Améliorer la gestion des données des patients et des résidents**

Les enjeux relatifs à la gestion de l'information concernant le patient et le résident sont de plusieurs types : l'exhaustivité de l'information pour garantir une prise en charge adaptée, la circulation de l'information pour intégrer la notion de parcours du patient et l'information des patients et résidents pour les rendre acteurs de leur prise en charge.

#### Garantir la bonne gestion du dossier patient

La bonne gestion du dossier patient est un élément de la coordination des soins. Elle assure la qualité et la continuité des soins dans une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les audits réalisés régulièrement sur la traçabilité dans le dossier de soins et les indicateurs IPAQSS constituent des moyens efficaces d'évaluation et de sensibilisation.

Une commission dossier patient pluridisciplinaire va être mise en place au niveau du CHQ pour améliorer les points suivants :

- L'harmonisation du dossier patient afin d'assurer une bonne gestion de l'information et le transfert vers le Dossier Patient Informatisé ;
- La réalisation d'un guide du dossier patient précisant les modalités de création, de destruction et les modalités d'accès des professionnels de santé ;
- La traçabilité des données de connaissance de la personne avec notamment l'identification de la personne de confiance ;
- La traçabilité des consentements des patients ;
- Les éléments d'intégration du parcours des soins personnalisé comme la macrocible d'entrée, les cibles de la prise en charge, le résumé de soins et la fiche de liaison ;

- La communication du dossier en temps utiles entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes ;
- Le ciblage des audits pour évaluer nos pratiques.

#### Contribuer à l'évolution vers le Dossier Patient Informatisé

Le déploiement d'un dossier patient informatisé (DPI) contribue fortement à la complétude de la traçabilité des informations et à l'accès à ces informations par les différents professionnels participant à la prise en charge du patient. La première phase concernant la gestion des mouvements patients et le circuit du médicament est en cours de déploiement avec un investissement important de l'encadrement soignant. Les personnels médicaux et paramédicaux poursuivront leur implication dans les étapes à venir de ce projet afin de garantir que le DPI constituera bien un élément d'amélioration de la prise en charge du patient. Il s'agira aussi de garantir l'adéquation du DPI avec la réglementation et les pratiques soignantes et d'assurer la formation et l'accompagnement des équipes soignantes à son utilisation en lien avec le CHBS. L'implication concernera :

- L'accompagnement par les référents soignants de la généralisation de l'utilisation de Sillage médicament dans l'ensemble des services avec rappel des règles sur la saisie de l'identité, sur les mouvements des patients, sur la consultation des comptes-rendus d'hospitalisation, des résultats d'imagerie et du laboratoire ;
- La préparation du déploiement de la partie médicale et de la partie soins du DPI en lien avec la commission dossier patient Les médecins et les cadres impliqués dans le projet DPI seront alors associés aux membres du groupe dossier patient pour relever ce challenge.

#### Garantir l'accès des données aux professionnels de santé

Il s'agit de leur faciliter l'accès en temps réel aux données issues des consultations et des hospitalisations des patients.

#### Optimiser le circuit de l'information en amont et en aval de la prise en charge

La continuité de la prise en charge au-delà du parcours hospitalier est fondamentale pour une prise en charge globalisée du patient et du résident. Plusieurs actions sont à mener en ce sens en lien avec la filière gériatrique et les préconisations HAS :

- Le déploiement de la check-list de sortie garantissant l'exhaustivité des informations transmises aux établissements d'aval ;
- La transmission de la fiche de liaison dès la sortie du patient pour garantir la continuité de prise en charge.

#### Poursuivre l'implication dans l'identité-vigilance

L'identité-vigilance a pour objectif de permettre une identification unique et fiable du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Elle assure la sécurisation de la prise en charge mais aussi la continuité de prise en charge par l'unicité du dossier patient. Plusieurs actions sont déjà menées dans l'établissement : un audit flash sur le port du bracelet d'identification, un quizz pour tous les professionnels lors de la semaine de la sécurité du patient 2014 et un suivi des non-conformités liées à l'identité au laboratoire qui fait l'objet d'une EPP sur le pôle UMS. La procédure « Gestion de l'identité » patient a été réactualisée début 2015. Pour renforcer la fiabilité des données, il est toutefois nécessaire de sensibiliser et former à nouveau les professionnels sur :

- La saisie de l'identité à partir d'une pièce d'identité valide (CNI, Passeport ou carte de séjour) ;
- Les bonnes pratiques en recherche d'identité avant création pour éviter les doublons ;
- La vérification de l'identité tout au long de la prise en charge ;
- Des audits sur la pose du bracelet d'identification et de la démarche de contrôle d'identité tout au long de la prise en charge ;
- L'utilisation systématique de l'étiquette informatique pour identifier les documents de prise en charge.

Des indicateurs IPAQSS et des indicateurs internes permettront un suivi des améliorations dans ce domaine.

### 2.5.3 Garantir la qualité et la sécurité des soins dans les pratiques soignantes

#### Poursuivre le développement de l'activité d'hygiène hospitalière et de lutte contre l'infection associée aux soins

La maîtrise du risque infectieux est une priorité de l'établissement. Les professionnels de santé doivent s'impliquer dans la mise en œuvre du programme en réalisant des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux en collaboration avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (Clin) et en lien avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Leur participation à l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux en s'appuyant sur les indicateurs issus du tableau de bord national (ICALIN, ICSHA, ICA-BMR, ICATB, ISO.) est requise ainsi que leur participation à la mise en œuvre des actions d'amélioration nécessaires après évaluation. Par ailleurs, l'établissement souhaite poursuivre son implication territoriale notamment auprès des EHPAD, mais aussi à travers une équipe mobile d'hygiène territoriale à structurer.

Des réunions des référents hygiène seront poursuivies ainsi que les formations auprès des personnels.

#### Maitriser le risque transfusionnel

La maîtrise du risque transfusionnel nécessite une formation constante des différents professionnels. Les nouveaux arrivants infirmiers bénéficient d'un tutorat dans les services soins pour réaliser les transfusions.

Des formations obligatoires sont par ailleurs organisées pour les personnels médicaux et paramédicaux et inscrites dans le plan de formation. Elles sont assurées par le médecin hémovigilant et une technicienne de laboratoire référente dans la délivrance des produits sanguins labiles.

Ces actions sont à poursuivre au sein d'un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) dont la composition est à réactualiser et qui s'orientera vers un rapprochement avec le CSTH du CHBS.

#### Sécuriser le circuit du médicament

La priorité pour l'établissement est d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient en sécurisant toutes les étapes du circuit du médicament : prescription, dispensation, préparation, approvisionnement, détention et stockage, transport, administration, information du patient et surveillance du traitement.

La prise en charge médicamenteuse du patient devient un axe fort de la politique de la qualité et la sécurité des soins auprès des patients : sécuriser l'administration du médicament en impliquant, informant et éduquant les patients sur leur traitement médicamenteux, les professionnels hospitaliers (au moment de la prescription par la conciliation médicamenteuse à l'entrée, les avis pharmaceutiques, en sécurisant l'étape de dispensation et d'administration) comme les professionnels de ville (échange d'informations dès l'entrée, préparation de la sortie).

Cette sécurisation passe par :

- l'informatisation du circuit du médicament ;
- l'automatisation du circuit du médicament ;
- le développement de la conciliation médicamenteuse et le renforcement du lien ville-hôpital ;
- Intégration des protocoles dans le logiciel de gestion documentaire.

#### Améliorer la prise en charge des troubles nutritionnels

Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) est organisé et des audits annuels sont mis en place sur la traçabilité de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

L'établissement développe des actions pour garantir une prise en charge alimentaire pour les patients vulnérables :

- Poursuite du suivi des prises des repas sur 3 jours dans les services où les patients ont plus de 75 ans ;
- Poursuite de la participation des référents par service et des diététiciennes à la commission restauration ;
- Promotion du programme d'éducation thérapeutique sur la dénutrition ;
- Sensibilisation à nouveau des équipes paramédicales sur les enquêtes de non-goût dès l'entrée du patient en hospitalisation ;
- Formation des personnels sur les troubles du comportement alimentaires, sur la dénutrition, le plaisir de manger et le manger-main en EHPAD.

## Prévenir le risque suicidaire

La prévention et la prise en charge du risque suicidaire s'inscrivent dans les axes du PTS n° 3 2013-2016.

La conférence de consensus « Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge<sup>6</sup> » préconise la formation des interlocuteurs de 1<sup>ère</sup> ligne et le programme national d'actions contre le suicide recommande de « déployer les actions de formation initiale et continue<sup>7</sup> »

Les CMP, la consultation médicale spécialisée « troubles bipolaires-dépressions persistantes » et le service des urgences constituent les portes d'entrée du repérage et de la prise en soin des patients présentant un risque. Le CMP St Michel est identifié comme ressource au niveau du réseau<sup>8</sup> et intervient aux urgences dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Les personnes suicidantes bénéficient d'un entretien IDE de 1<sup>ère</sup> ligne, systématiquement complété par une consultation médicale d'un psychiatre, pour avis et orientation.

Une formation sur le repérage des troubles suicidaires est délivrée par un psychiatre et un infirmier titulaire du DIU « Etude et prise en charge des conduites suicidaires » ; des actions de sensibilisation sont menées auprès d'organismes externes (MSA).

Les actions à mener sont les suivantes :

- Poursuite du travail de réseau accompli par le CMP de Quimperlé ;
- Maintien de la réponse continue aux situations d'urgence via la psychiatrie de liaison ;
- Poursuite de la formation aux repérages des troubles suicidaires pour optimiser le niveau global des pratiques sur ce thème ;
- Evaluation des actions.

## Gérer l'hospitalisation sans consentement

Une session de formation sur le pôle de psychiatrie a été délivrée fin 2014 par la SHAM (responsabilité / Droits du patient) et un guide a été remis aux cadres des unités.

Un groupe polaire pluriprofessionnel « Fugue et sortie à l'insu du service » a été constitué. Des protocoles ont été mis en place entre le second semestre 2014 et le 1<sup>er</sup> semestre 2015. Une fiche de signalement « Fugue ou sortie à l'insu du service » a été rédigée au niveau du pôle de psychiatrie. Ces protocoles sont accessibles via le logiciel de gestion documentaire.

Une procédure de CAT en cas de non-observance / rupture de programme de soins est en cours de validation.

Un guide de l'hospitalisation sans consentement rédigé par la Direction Qualité/gestion des risques est en phase de finalisation.

La restriction temporaire de l'exercice des libertés (fermeture de l'unité, isolement, contention) relève systématiquement d'une décision médicale, prescrite et tracée.

Le respect simultané des droits du patient et du cadre législatif spécifique des soins psychiatriques sans consentement est une composante forte des savoirs et savoir-faire propres aux équipes soignantes en santé mentale, notamment via le tutorat des nouveaux infirmiers.

Les actions à mener seront donc :

- Finalisation, validation et mise en œuvre du guide de l'hospitalisation sans consentement et des fiches de conduite à tenir ;
- Evaluation de la gestion des mesures d'hospitalisation sans consentement et ajustements si nécessaire.

## Prévenir et prendre en charge les escarres

Un groupe de travail sur les escarres a été mis en place en 2011. Ce groupe est constitué de personnels logistiques (commandes des matelas à air, matériel anti-escarre), de personnels médicaux, pharmacien et paramédicaux infirmiers, ergothérapeute, diététiciennes et aide-soignant.

Un protocole escarre a été rédigé et validé en octobre 2013 ; les pansements font l'objet de protocoles et sont suivis sur la fiche plaies du dossier soins.

Le suivi des demandes en matelas à air est réalisé et analysé.

---

<sup>6</sup> ANAES, 19-20 octobre 2000, axe 4, P. 22

<sup>7</sup> PNAS 2011-2014, action 36, P. 4/64

<sup>8</sup> Réseau « prévention du suicide des jeunes en pays de Comouaille ». Une IDE est membre actif

Des essais de matériels anti-escarres ont été réalisés sur le SSR La Roseraie et une étude est en cours pour une utilisation en première intention sur tout l'établissement en remplacement des matelas à air quand cela est possible. Une EPP sur ce matériel sera formalisée si l'essai est concluant  
Par ailleurs, les formations assurées par l'infirmière ayant un DU « plaies et cicatrisation », l'ergothérapeute, la diététicienne seront poursuivies.

### Prévenir les chutes

Les patients et résidents de l'établissement sont en grande partie des personnes âgées et donc particulièrement exposées au risque de chutes et aux conséquences importantes à la fois sur leur état médical et sur leur autonomie.

Les chutes font aujourd'hui l'objet d'une déclaration systématique, d'une prise en charge médicale adaptée et d'une traçabilité dans le dossier du patient.

Il est toutefois nécessaire de mettre en place une véritable politique de prévention des chutes fondée sur une analyse des événements afin de mettre en place des actions d'amélioration. Un groupe de travail sera donc constitué afin de :

- Revoir le circuit des déclarations pour favoriser leur exploitation ;
- Analyser les contextes de chutes ;
- Mettre en place un plan de prévention des chutes ;
- Evaluer les résultats.

La formation en ce domaine sera aussi renforcée notamment grâce à la formation proposée par le C3S.

## **2.5.4 Développer les compétences des professionnels soignants**

Le patient ou résident est en droit de recevoir des soins réalisées par des professionnels ayant les compétences requises. La formation des professionnels de santé permet de maintenir et développer un niveau global de compétences répondant au turn-over de personnels et aux évolutions technologiques et réglementaires. Le CHQ veut encore renforcer son implication dans la formation des professionnels soignants au niveau de la formation initiale, de la formation continue, de la mise en œuvre des expertises nouvelles dans les pratiques soignantes et de l'acquisition de compétences de parcours.

### Renforcer l'implication dans la formation initiale

Le CHQ participe activement à l'acquisition des compétences des étudiants soignants qui seront les futurs professionnels de santé au chevet des patients et des résidents. Cet accueil est organisé par la direction des soins et l'étudiant est accompagné par des tuteurs de stages formés à la fonction. Une attention particulière est portée à la formation aux nouveaux métiers soignants (Aide Médico-Psychologique, Assistant de Soins en Gériatrie, Auxiliaire de gériatrie). Pour améliorer cette prise en charge plusieurs actions seront à mener :

- Réactualisation du livret d'accueil des stagiaires afin de faciliter leur intégration dans les services de soins ;
- Harmonisation du tutorat sur le CHQ sur l'ensemble des services ;
- Valorisation des stagiaires par identification sur le planning.

Par ailleurs, l'Institut de Formation aux Professions de Santé du CHBS souhaite renforcer ses liens avec les établissements du territoire. Il s'agira de déterminer comment améliorer la collaboration du CHQ avec cet institut et avec les autres centres de formation.

### Développer en continu les compétences

Le CHQ investit fortement le domaine de la formation dans la cadre d'une politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). L'entretien professionnel fondé sur l'évaluation des compétences se met progressivement en place en lien avec l'entretien de formation sur le logiciel GESFORM. La direction des soins poursuivra son implication avec la direction des ressources humaines dans la finalisation des fiches de postes et dans l'extension des entretiens professionnels et lien avec les entretiens de formation pour tous les professionnels paramédicaux.

Des actions seront mises en place pour permettre l'acquisition progressive des compétences tout au long du parcours professionnel :



- L'accueil des nouveaux arrivants est essentielle à leur intégration et la connaissance des compétences socles du poste, des particularités du service, et des personnes ressources est indispensable à la qualité de prise en charge du patient. Pour cela, des livrets d'accueil seront réactualisés pour chaque service du CHQ. Par ailleurs chaque semestre, une formation est dispensé aux nouveaux praticiens et internes ;
- Dans un deuxième temps, une amélioration des compétences spécifiques à la prise en charge des patients dans chacun des pôles permet une optimisation des pratiques. Pour ce faire, un dispositif de parcours de professionnalisation a été mis en place au niveau du pôle hébergement. C'est en s'appuyant sur les réussites dans ces pôles que ce dispositif sera étendu en 2016 au pôle Urgences Médecine SSR. Le tutorat des nouveaux infirmiers de psychiatrie est à poursuivre ;
- Le CHBS développe la formation par simulation au centre de Simulation en Santé du Scorf (C3S) avec un objectif de dimension territoriale. Le CHQ participe actuellement aux phases de test de certaines formations. Une réflexion territoriale sera développée pour étudier la place des différents établissements dans les formations proposées par le C3S.

### Mettre en œuvre les nouvelles expertises dans les pratiques soignantes

L'acquisition de nouvelles expertises doit permettre de mettre en place des pratiques plus efficaces pour les patients. Ces compétences s'acquièrent notamment lors des formations universitaires diplômantes des médecins, IDE et AS. Elles seront mobilisées au service du patient pour améliorer les pratiques soignantes dans la prise en charge de la douleur, des plaies, la filière AVC, l'addictologie, la gériatrie et la santé mentale.

## **2.5.5 Développer les conditions d'un travail coordonné des équipes soignantes**

La mise en œuvre de pratiques axées sur le patient et des compétences acquises des professionnels pour une prise en charge optimale des patients nécessite une coordination des actions de chacun. Le renouvellement d'un encadrement soignant de qualité et bien positionné, la prise en compte de la qualité de vie au travail et la connaissance mutuelle des acteurs au-delà du service sont des facteurs déterminant dans l'atteinte de cet objectif.

### Assurer le renouvellement d'un encadrement de qualité

L'enquête de 2012 sur les risques psycho-sociaux au CHQ a fait ressortir l'importance de l'encadrement soignant aux yeux des professionnels de santé pour organiser et coordonner le travail de chacun au sein d'un collectif. Un certain nombre d'actions sont nécessaires pour maintenir et développer ce rôle essentiel de l'encadrement soignant :

- Comme dans de nombreux établissements de santé, le nombre de professionnels soignants souhaitant s'orienter vers un projet cadre au CHQ diminue ce qui constitue un risque pour le renouvellement de l'encadrement. Il convient de promouvoir cet exercice et de mieux accompagner les faisant fonction de cadres et nouveaux cadres dans l'établissement en listant les compétences à acquérir progressivement et en mettant en place des tutorats. Un lien sera établi avec le CHBS pour faciliter la mobilité des cadres entre les établissements ;
- Il convient par ailleurs de conforter le sens donné à l'exercice de la fonction cadre, fonction à la confluence des contraintes de rationalité gestionnaire et qualité de prise en charge du patient et du résident. Cela rend l'exercice difficile et influe aussi probablement sur les diminutions du nombre de professionnels voulant évoluer vers la fonction cadre. Pour un exercice serein et efficace de la fonction d'encadrement soignant, des échanges sont nécessaires sur ce sujet sous forme de formation s'appuyant sur des échanges d'expériences afin que les cadres de santé paramédicaux puissent concilier contraintes et valeurs dans le fonctionnement du service.
- L'encadrement paramédical ne saurait à lui seul garantir une qualité de prise en charge du patient ; son articulation avec l'encadrement médical est essentielle pour donner un cap aux équipes dans la prise en charge des patients au sein des services et de pôles. Il convient donc de favoriser le travail concerté en binôme médecin responsable de structure/cadre de proximité et chef de pôle/cadre supérieur de pôle pour donner un cap unique aux équipes.



### Développer la qualité de vie au travail

Un travail coordonné des équipes soignantes nécessite un équilibre général du professionnel ainsi qu'un sentiment d'appartenance à un service, un pôle et à l'établissement. Ces différents éléments ont été abordés au niveau du processus de certification sur la qualité de vie au travail, du COPIL risques psychosociaux et du groupe de travail sur le projet social. La conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle est un élément fondamental du bien-être au travail. Les contraintes de réalisation des plannings, les difficultés d'anticipation des présences et les rappels de personnel en cas d'absentéisme sont autant de freins à cette conciliation. Afin d'améliorer cela, un groupe de travail sera constitué pour définir une charte planning fixant les principes de réalisation et de diffusion du planning ainsi que les attitudes individuelles attendues pour faciliter l'équilibre de l'ensemble de l'équipe.

### Développer les connaissances mutuelles des professionnels

Les compétences de professionnels au sein de leurs services ne sauraient cependant suffire à une prise en charge du patient tout au long de son parcours. La collaboration interservices et interétablissements est indispensable pour assurer une continuité de prise en charge du patient dont le parcours se limite rarement à un seul service. Pour développer une connaissance mutuelle nécessaire à la collaboration, la direction des soins compte faciliter les mobilités interservices et interpôles ainsi que les stages interservices et interétablissements.

### III. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

#### *Préambule*

Comme l'ensemble des établissements de santé, le centre hospitalier de Quimperlé adapte son fonctionnement et ses prises en charge en fonction de l'évolution des textes législatifs et réglementaires (Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), Réforme sur les soins sans consentement, Réforme de la protection juridique des (PRS), Programme Régional de Santé (PRS), Recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), Recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS), Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)...).

L'exigence de qualité et sécurité des soins, de qualité des prestations offertes aux usagers, des conditions de travail et de la sécurité des professionnels induit des réponses institutionnelles au travers d'un projet Qualité / Gestion des risques et sécurité des soins. Ce dernier a vocation à répondre aux besoins des usagers et des professionnels en cohérence avec le projet médico-soignant 2015 / 2019.

Par ailleurs, ce projet s'appuie sur l'analyse des résultats du précédent projet Qualité / Gestion des risques 2008 / 2012 prorogé jusqu'en 2014 et sur les recommandations de la HAS suite à la dernière certification V.2010. Il se fonde également sur les démarches entreprises dans le cadre de la préparation de la certification V.2014. Enfin, il est alimenté par l'analyse a posteriori et la gestion des plaintes et réclamations.

Ce projet se décline à deux niveaux :

- Une politique définissant les orientations d'amélioration de la Qualité / Gestion des risques et de la sécurité des soins en matière d'organisation et d'évaluation du parcours de prise en charge des usagers en cohérence avec les orientations stratégiques du projet d'établissement ;
- Un programme décliné à partir des orientations stratégiques de la politique susmentionnée et définissant des objectifs opérationnels.

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

### **3.1 Politique qualité et gestion des risques**

Le Centre Hospitalier de Quimperlé s'est engagé depuis plusieurs années dans une politique Qualité et Sécurité des soins centrée sur la prise en charge du patient et du résident. Cette politique impulse une démarche d'amélioration continue, tout en respectant les droits des usagers.

**La Politique d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers** est pilotée conjointement par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Cette instance concourt à l'élaboration de cette politique. En concertation avec le Président de CME, le Directeur désigne le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, qui contribue à la définition des orientations stratégiques de l'établissement et à l'élaboration du programme d'actions. Il agit en concertation avec une Cellule Qualité, rattachée à la Direction Qualité. Cette équipe opérationnelle assure la communication de la Politique et ses objectifs. Elle accompagne un réseau de référents afin de diffuser la culture Qualité / Gestion des Risques à l'ensemble des professionnels.

**La démarche d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins**, déployée dans l'ensemble des secteurs d'activité, recouvre :

- l'expression et le dialogue avec les usagers grâce au recueil de leur satisfaction, en partenariat avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge,
- l'analyse des risques a priori, formalisée par une cartographie,
- le recueil et le traitement des événements indésirables, en lien avec la Charte de la culture positive de l'erreur,
- le développement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles,
- le recueil des indicateurs permettant de mesurer la qualité de la prise en charge et son évolution.

**La Direction** s'engage à :

1. Promouvoir la bientraitance et les droits des usagers,
2. Garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
3. Pérenniser une gestion des risques axée sur la prévention et la garantie d'un niveau de sécurité optimisé,
4. Développer une culture partagée de la qualité et de la gestion des risques,
5. Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels,
6. Poursuivre la démarche de développement durable.

Parallèlement, elle s'engage à se conformer aux exigences légales, réglementaires, contractuelles et à conduire les démarches d'évaluations externes et de certification HAS.

***Professionnels ou usagers du service public hospitalier,  
votre implication est essentielle afin de concrétiser ces engagements !***

**Le Directeur  
Madame Brision**

**Le Président de la CME  
Docteur Ménard**

## **3.2 Le Programme qualité et gestion des risques**

### **3.2.1 Historique de la démarche**

L'établissement s'est engagé dans une démarche qualité en 2000 animée par un consultant externe jusqu' en 2001.

En septembre 2002, la création de la direction Qualité et l'affectation d'une responsable assurance qualité inscrivent l'établissement dans une nouvelle dynamique.

#### 2003 : 1ère procédure d'accréditation

L'établissement a fait l'objet d'une première visite d'accréditation en 2003, 4 réserves et 6 recommandations ont été émises, engageant une visite ciblée en juin 2005 au terme de laquelle la Haute Autorité de Santé (HAS) décide de lever les réserves et émet une recommandation en février 2006.

#### 2007 : 2ème procédure de certification

La certification V2 initialement programmée en novembre 2007 a été reportée en novembre 2008 en raison de l'importance d'une restructuration (fermeture des activités de chirurgie et de maternité en 2007) non prévue initialement.

Les grands axes de cette restructuration sont contenus dans le projet médical validé par le conseil d'administration et la CME en novembre 2007 et le CPOM validé par l'ARH en juin 2008. Le projet d'établissement 2008-2012 est formalisé.

La démarche qualité se développe avec la direction qualité, le COPIL qualité et les différentes commissions ainsi qu'au travers des projets de pôles.

Au vu des éléments mentionnés dans un rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce la certification en mai 2009 et invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur 8 critères.

#### 2009 : évolutions réglementaires

Depuis la mise en œuvre du projet d'établissement 2008/2012, la loi HPST (N° 2009-879 du 21 juillet 2009) impose aux établissements de santé d'élaborer et d'appliquer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux activités. Cette responsabilité requiert une politique conjointe du Directeur et du Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

La CME voit son rôle largement renforcé dans ce domaine (Décret 6144-2 et 6144-3). Il appartient à la CME de proposer à la Direction un programme d'action et de travailler à ce programme avec la CRUQPC (Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) et la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique) (R 6144-2-2 et R 6164-5).

La coordination de la gestion des risques associés aux soins est confiée à un représentant de l'établissement en (R 6111-4) - un coordonnateur de la prise en charge médicamenteuse est requis (arrêté du 6/4/2011).

La relation avec les usagers est également renforcée et la diffusion publique des indicateurs rendue obligatoire (R 6144-1 et 6161-2).

#### 2010 : 3ème procédure de certification

La visite de certification V2010 a lieu en novembre 2011 et a donné lieu à 6 réserves et 17 recommandations engageant l'établissement à élaborer un plan d'actions et de suivi. En novembre 2013, l'établissement est certifié avec 2 réserves et 15 recommandations.

Courant 2013, suite à la réception de ces résultats et afin de pérenniser l'implication et la mobilisation des professionnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, la Direction Qualité et Gestion des Risques met en œuvre une auto-évaluation selon le modèle HAS V.2010. Cette auto-évaluation conduit à une mise à jour du Plan d'action Qualité institutionnelle.

Le projet Qualité et Gestion des Risques est également prorogé jusqu'en 2014.

Les évolutions réglementaires de la prise en charge de la sécurité des patients / résidents ont conduit le centre hospitalier de Quimperlé à restructurer le service qualité et gestion des risques, et identifier, en 2014, un praticien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

La démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques nécessitant l'implication de toutes les composantes organisationnelles de l'établissement, le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS) a été réactivé, en 2015, sous la forme d'un Comité de Gestion des Risques et Amélioration de la Qualité (CGRAQ) favorisant l'interfaçage entre démarche qualité et gestion des risques.

### **3.2.2 Coordination actuelle de la démarche**

Dorénavant, elle repose sur :

#### La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Elle propose au Directeur et au Président de CME le programme d'actions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi, présentés dans un rapport annuel.

Un comité de gestion des risques et d'amélioration de la qualité qui anime et coordonne la démarche qualité. Ses missions sont :

- Définir et valider la méthodologie d'identification, d'analyse et de traitement des événements indésirables ;
- Diffuser les indicateurs qualité et gestion des risques au niveau institutionnel ;
- Valider la cartographie des risques globale de l'établissement ;
- Assurer le suivi des plans d'actions.

#### Une cellule qualité

Structure opérationnelle, elle contribue directement à la mise en place et au suivi du fonctionnement de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous la responsabilité du Directeur Qualité. A ce titre, en lien avec les préconisations de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, elle centralise l'ensemble des données qualité et gestion des risques nécessaires à la préparation du programme d'actions qui sera ensuite proposé à la CME.

Elle est chargée de la promotion, de la coordination et du suivi des projets d'amélioration de la qualité.

Elle accompagne les professionnels et apporte son aide méthodologique.

#### Une approche processus

L'établissement a privilégié un pilotage par « approche processus » selon les thématiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette démarche permet, de façon collective, transversale et pluridisciplinaire, de décliner l'ensemble des activités, d'identifier et hiérarchiser les principaux risques et d'établir les axes d'amélioration.

La cartographie des risques globale de l'établissement est ainsi alimentée.

## Une méthodologie

Afin de préparer la certification V.2014 et l'élaboration de la politique d'amélioration de la Qualité / Gestion des risques et de la sécurité des soins, l'établissement a constitué un comité de pilotage composé du :

- Directeur ;
- Président de la CME ;
- Coordonnateur de la gestion des risques ;
- Directeur des soins ;
- Directeur adjoint en charge de la qualité et la gestion des risques ;
- La cellule qualité.

Dans le cadre du pilotage stratégique de la qualité et gestion des risques de l'établissement, un (ou deux) pilote(s) pour chaque thématique (ou processus) HAS V.2014 ont été désignés. Le(s) pilote(s) sont pressentis en fonction de leur cœur de métier, leurs compétences et leur capacité d'investissement institutionnel.

Le comité de pilotage s'est réuni à plusieurs reprises afin de valider :

- le bilan du précédent projet 2008/2012 prorogé jusqu'en 2014 ;
- le compte qualité ;
- les orientations stratégiques.

A chaque étape, les représentants des usagers ont été informés. Le projet est soumis aux instances de l'établissement.

### **3.2.3 Bilans**

#### Bilan du précédent projet qualité, sécurité, gestion des risques et relations avec les usagers 2008-2012 prorogé jusqu'en 2014

Le projet qualité, sécurité, gestion des risques et relations avec les usagers comportait quatre axes stratégiques déclinés en 14 objectifs opérationnels.

#### **Axe stratégique n°1 : Améliorer la prise en charge des patients et des résidents**

| <b>Objectif opérationnel</b>                                     | <b>Bilan des Actions réalisées entre 2008 et 2014</b>   |
|--|---|
| 1-1 Améliorer l'accueil du patient /résident et de son entourage | Livret d'accueil mis à jour en 2011   |
| 1-2 Favoriser la participation des usagers                       | Création d'un espace éthique<br>Questionnaire de sortie remis systématiquement<br>Registre des plaintes et réclamation<br>Réalisation de coupe de satisfaction<br>Procédure d'accès au dossier médical                                      |
| 1-3 Sécuriser les soins  | Protocole de pose du bracelet d'identification<br>Sécurisation du circuit du médicament   |
| 1-4 Poursuivre la lutte contre les infections nosocomiales       | Programme de surveillance et de prévention du risque infectieux<br>Existence du CLIN<br>EOH et référents hygiène identifiés<br>Plan de formation intégrant l'hygiène et le risque infectieux<br>Elaboration par le CLIN d'un rapport annuel |
| 1-5 Poursuivre la lutte contre la douleur                        | Existence du CLUD   |



|  |   |
|--|---|
|  | Traçabilité de l'évaluation de la douleur<br>Rédaction de protocoles<br>Réalisation d'audits<br>Formations des professionnels |
| 1-6 Améliorer l'organisation de la sortie du patient |   |

### **Axe stratégique n°2 : Développer la sécurité et la gestion des risques**

| <b>Objectif opérationnel</b>   | <b>Bilan des Actions réalisées entre 2008 et 2014</b>   |
|--|---|
| 2-1 Développer la gestion des risques grâce à une cartographie des risques | Recensement des risques effectué<br>Existence d'un COVIRIS<br>Fiche d'évènements indésirables |
| 2-2 Fédérer et coordonner les vigilances                                   | Existence d'un comité des vigilances et des risques   |
| 2-3 Intégrer le développement durable dans nos actions                     | Circuit des déchets établi  |

### **Axe stratégique n°3 : Promouvoir les démarches d'évaluation**

| <b>Objectif opérationnel</b>   | <b>Bilan des Actions réalisées entre 2008 et 2014</b>                                 |
|--|---|
| 3-1 Poursuivre les démarches d'évaluation dans une logique d'amélioration continue de la qualité | Communication des résultats des indicateurs qualités<br>Formation d'auditeurs interne |
| 3-2 Conduire les démarches de certifications et pérenniser les démarches                         | Réalisation de l'autoévaluation en vue de la certification V2010                      |

### **Axe stratégique n°4 : Repenser le management de la qualité**

| <b>Objectif opérationnel</b>                                 | <b>Bilan des Actions réalisées entre 2008 et 2014</b>                   |
|--|---|
| 4-1 Réorganiser les fonctions qualité et gestion des risques | Objectifs qualité intégrés dans les contrats de pôle                    |
| 4-2 Doter les acteurs d'outils de gestion et de suivi        | Déploiement d'un logiciel de gestion documentaire en cours de réflexion |
| 4-3 Définir une politique de communication                   | Elaboration d'une charte graphique et d'une identité visuelle           |

Parallèlement à ces objectifs, la Direction Qualité a mené un plan d'amélioration de la qualité comportant 114 actions échelonnées sur la période 2008-2012.

Il était le résultat des éléments mis en exergue lors de l'auto évaluation intermédiaire V2 par les professionnels et des remarques formulées par les experts visiteurs lors de la visite de certification en novembre 2008.

Il s'est attaché à reprendre les grandes lignes architecturales du manuel V2010 : Management de l'établissement et Prise en charge du patient.

Ce plan pluriannuel a fait l'objet d'une évaluation annuelle.

En 2013, le plan d'amélioration de la qualité 2008-2012, a fait l'objet d'un point d'étape et d'une mise à jour avec les pilotes V.2010 afin de préparer au mieux la V.2014.

#### **Résultats de la certification V2010**

La certification V2010 s'est déroulée à partir de la visite des experts visiteurs en novembre 2011.

Les recommandations et les réserves opposées initialement étaient importantes. Des actions d'amélioration ont été réalisées et suivies.

Suite du rapport intermédiaire émis en novembre 2013, sur les 17 recommandations :

5 recommandations ont été levées concernant :

- La prise en charge de la douleur en USLD ;
- Le management de la prise en charge médicamenteuse en médecine, santé mentale, USLD et SSR.

12 recommandations ont été maintenues sur les thématiques suivantes :

- La prise en charge médicamenteuse en médecine, santé mentale et SSR ;
- La gestion du dossier patient en USLD ;
- La prise en charge de la douleur en médecine, SSR et santé mentale ;
- L'information du patient en cas de dommage lié aux soins en médecine, SSR, santé mentale ;
- L'évaluation des risques à priori ;
- Le programme d'amélioration de la qualité.

Sur les 5 réserves émises :

1 réserve a été levée relative à la maîtrise du risque transfusionnel ;

3 réserves ont été transformées en recommandations concernant la gestion du dossier patient en médecine, santé mentale et SSR ;

2 réserves ont été maintenues s'agissant de la gestion des événements indésirables (EI) et la pertinence des soins.

Malgré les actions entreprises, l'établissement a été **certifié avec réserves**.

|  | Visite initiale | Rapport de suivi |
|--|-----------------|------------------|
| 8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)                                    | Recommandation  | Recommandation   |
| 8.d (Evaluations des risques à priori)   | Recommandation  | Recommandation   |
| 8.f (Gestion des événements indésirables)  | Réserve         | Réserve          |
| 8.j (Maîtrise du risque transfusionnel)  | Réserve         | Décision levée   |
| 11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Court Séjour                             | Recommandation  | Recommandation   |
| 11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Santé mentale                            | Recommandation  | Recommandation   |
| 11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de suite et/ou de réadaptation     | Recommandation  | Recommandation   |
| 12.a (Prise en charge de la douleur) - Court Séjour  | Recommandation  | Recommandation   |
| 12.a (Prise en charge de la douleur) - Santé mentale   | Recommandation  | Recommandation   |
| 12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de longue durée   | Recommandation  | Décision levée   |
| 12.a (Prise en charge de la douleur) - Soins de suite et/ou de réadaptation                              | Recommandation  | Recommandation   |
| 14.a (Gestion du dossier du patient) - Court Séjour  | Réserve         | Recommandation   |
| 14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale   | Réserve         | Recommandation   |
| 14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de longue durée   | Recommandation  | Recommandation   |
| 14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation                              | Réserve         | Recommandation   |
| 20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour                         | Recommandation  | Décision levée   |
| 20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale                        | Recommandation  | Décision levée   |
| 20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de longue durée                | Recommandation  | Décision levée   |
| 20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation | Recommandation  | Décision levée   |
| 20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour                                      | Recommandation  | Recommandation   |
| 20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Santé mentale                                     | Recommandation  | Recommandation   |
| 20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation              | Recommandation  | Recommandation   |
| 28.b (Pertinence des soins)  | Réserve         | Réserve          |

### 3.2.4 Orientations stratégiques

Elles sont rappelées ci-après :

- Orientation 1 : Promouvoir la bientraitance et les droits des usagers ;
- Orientation 2 : Garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Orientation 3 : Pérenniser une gestion des risques axée sur la prévention et la garantie d'un niveau de sécurité optimisé ;
- Orientation 4 : Développer une culture partagée de la qualité et de la gestion des risques ;
- Orientation 5 : Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels ;
- Orientation 6 : Poursuivre la démarche de développement durable.

Elles sont déclinées en objectifs opérationnels sur cinq ans.

Les plans d'actions élaborés et le suivi des indicateurs permettront d'évaluer la mise en œuvre de cette politique.

#### Orientation 1 - Promouvoir la bientraitance et les droits des usagers

L'information des usagers du système de santé tient un rôle déterminant dans la loi du 4 mars 2002. L'établissement doit veiller à ce que le patient reçoive une information claire et adaptée qui lui permet d'être acteur de sa prise en charge. Des supports d'information existent (affichage, livret d'accueil, information, charte), mais doivent être constamment actualisés au regard de l'évolution de la législation et des pratiques.

La particularité du centre hospitalier de Quimperlé et des patients / résidents qu'il accueille (personnes âgées, patients hospitalisés sans consentement, majeurs sous protection juridique), oblige à être particulièrement vigilant quant aux informations délivrées.

Au-delà de mettre à disposition des documents d'information sur les droits des usagers, l'établissement souhaite promouvoir les droits des usagers en renforçant la formation des professionnels sur la bientraitance et l'information des patients / résidents, l'évaluation de la satisfaction des usagers et l'implication des associations en étroite collaboration avec la CRUQPC et le comité éthique.

- ✓ Objectif opérationnel n°1-1 : Renforcer la culture de la bientraitance et poursuivre la démarche éthique
  - Améliorer la traçabilité bénéfice risque dans le projet de soins personnalisés ;
  - Généraliser le recueil des directives anticipées ;
  - Déployer la charte bientraitance sur l'ensemble de l'établissement et la formation à la bientraitance ;
  - Réaliser un quizz audit bientraitance ;
  - Renforcer la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté.
- ✓ Objectif opérationnel n°1-2 : Garantir l'accès à l'information des patients/résidents sur leurs droits
  - Former les professionnels sur les droits des patients / résidents (personne de confiance, directives anticipées, dignité/intimité, information et participation à son projet de soins personnalisé).
- ✓ Objectif opérationnel n°1-3 : Améliorer la qualité de l'information médicale et paramédicale délivrée
  - Former les professionnels de santé à la gestion des situations complexes en matière de communication Participer au déploiement des outils (document de sortie, fiche de liaison...).
- ✓ Objectif opérationnel n°1-4 : Structurer le dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins,
  - Former les professionnels à l'annonce du dommage lié aux soins.
- ✓ Objectif opérationnel n°1-5 : Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité

- Faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles ;
  - Garantir le fonctionnement de la CRUQPC et promouvoir son implication dans les projets soutenus dans l'établissement.
- ✓ Objectif opérationnel n°1-6 : Améliorer le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers
- Poursuivre l'évaluation de la prise en compte de la douleur des patients / résidents et sa traçabilité ;
  - Diffuser les coordonnées du Bureau des Relations avec les Usagers (BRU) / communiquer ;
  - Faciliter l'écoute du patient (BRU) et la médiation médicale et paramédicale (CRUQPC).

### Orientation 2 - Garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

L'identification et la composition des instances concourant à la qualité et gestion des risques ont été redéfinies en 2014. Les organes pilotes de la démarche qualité : cellule qualité, CGRAQ et réseau des référents qualité/vigilance ont fait l'objet d'une restructuration tant dans leur composition que dans l'évolution de leurs missions.

Par ailleurs, le développement du Système d'Information Hospitalier (SIH) a permis de faire évoluer la gestion documentaire vers une informatisation en 2014, avec l'accessibilité sur le logiciel ENNOV.Doc de l'ensemble des documents qualité.

L'instauration du recueil obligatoire des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) a permis à l'établissement d'évaluer ses pratiques.

Les actions visant à améliorer la qualité des soins se poursuivent avec la prochaine visite de la procédure de certification prévue en avril 2016 et notamment la mise en place de PAQ sur des thématiques jugées prioritaires à conduire par l'établissement au regard de la cartographie des processus.

- ✓ Objectif opérationnel n°2-1 : Organiser le pilotage de la qualité / gestion des risques
  - Mettre en œuvre le Comité Gestion des Risques et Amélioration de la Qualité (CGRAQ), articulé avec la Commission Médicale d'Etablissement, la CRUQPC, la CSIRMT et la cellule qualité.
- ✓ Objectif opérationnel n°2-2 : Réactualiser régulièrement le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)
  - A partir de l'élaboration de la cartographie des processus et des EI, identifier les principaux risques et les actions correctives afin d'alimenter en continu le PAQ.
- ✓ Objectif opérationnel n°2-3 : Accompagner les professionnels (référents, formation action...), dans la mise en œuvre des actions d'amélioration
- ✓ Objectif opérationnel n°2-4 : Fiabiliser et sécuriser le cycle de gestion documentaire afin de garantir une information correcte et disponible, de définir des pratiques institutionnelles, de sécuriser les actes professionnels et d'améliorer la traçabilité.

### Orientation 3 - Pérenniser une gestion des risques axée sur la prévention et garantir un niveau de sécurité optimisé

Dans une démarche qualité, cette approche concourt à sécuriser la prise en charge des patients / résidents par une identification des causes possibles de survenue de risques (cartographie des risques a priori) et par l'analyse de l'efficacité des mesures de protection ou de prévention mises en place.

C'est une priorité de l'établissement au regard des exigences de la HAS issues du rapport de certification V.2010 de novembre 2013.

Ainsi, le développement de l'approche prospective des risques est à poursuivre.

- ✓ Objectif opérationnel n°3-1 : Identifier et analyser les risques hospitaliers et mettre en œuvre les actions de prévention

- Réaliser une cartographie globale des risques a priori ;
  - Diffuser les guides de bon usage ;
  - Réaliser une analyse des risques avant toutes nouvelles activités ou pratiques de prise en charge des patients / résidents.
- ✓ Objectif opérationnel n°3-2 : Optimiser le dispositif des vigilances
    - Renforcer la coordination ;
    - Pérenniser le suivi de l'ensemble des vigilances.
  - ✓ Objectif opérationnel n°3-3 : Poursuivre la réactualisation des dispositifs relatifs aux risques exceptionnels : plan blanc, hôpital en tension, plan canicule
    - Réactualiser le plan blanc ;
    - Sensibiliser les professionnels chaque année sur les conduites à tenir et précautions à prendre en cas de risque exceptionnel notamment à travers des exercices de simulation.
  - ✓ Objectif opérationnel n°3-4 : Prendre en considération l'analyse des risques dans la formalisation de la politique de sécurité des soins de l'établissement

#### Orientation 4 - Développer une culture partagée de la qualité et de la gestion des risques

Le signalement des événements indésirables, des événements indésirables graves (EIG), les revues de morbidité –mortalité (RMM) et le retour d'expérience issu des plaintes, sont autant de recensements différents et complémentaires. Ces sources permettent d'identifier les dysfonctionnements possibles au cours d'une prise en charge, d'analyser les faits afin d'en comprendre les causes, d'identifier éventuellement les conséquences pour les professionnels et l'établissement, au-delà de celles constatées pour le patient et son entourage, et de mettre en place des actions d'amélioration, évaluées, afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent. C'est une priorité de l'établissement au regard des exigences de la HAS issues du rapport de certification V2010 en novembre 2013.

- ✓ Objectif opérationnel n°4-1 : Promouvoir une culture du signalement des événements indésirables
  - Fiabiliser et sécuriser le circuit de déclaration des événements indésirables ;
  - Systématiser l'analyse des incidents graves : analyse à postériori : RMM ; CREX ; REMED ;
  - Développer le retour d'expérience.
- ✓ Objectif opérationnel n°4-2 : Poursuivre le déploiement des démarches d'évaluation et notamment d'évaluation des pratiques professionnelles
  - Développer les EPP dont celles en lien avec la pertinence des soins ;
  - Accompagner les professionnels dans l'appropriation des outils afin de valoriser leur démarche EPP comme Développement Professionnel Continu (DPC).
- ✓ Objectif opérationnel n°4-3 : Optimiser le pilotage interne de l'établissement en développant et organisant le suivi et l'analyse des indicateurs de qualité et de performance
  - Renforcer la culture d'évaluation à l'échelon des pôles ;
  - Développer le suivi des indicateurs personnalisés par pôle ;
  - Impliquer les professionnels dans le suivi des indicateurs.
- ✓ Objectif opérationnel n°4-4 : Déploiement et consolidation des CREX en lien avec le GCS CAPPS Bretagne

#### Orientation 5 - Promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels

En lien avec le projet social du projet d'établissement 2015-2019, le CHQ souhaite promouvoir la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels en favorisant l'implication des professionnels et prendre en compte les situations réelles de travail pour une meilleure prévention.



- ✓ Objectif opérationnel n°5-1 : Développer la gestion des risques professionnels a priori en collaboration avec le CHSCT
  - Mise à jour du document unique.

#### Orientation 6 - Poursuivre la démarche de développement durable

Il est de la responsabilité du centre hospitalier de Quimperlé d'affirmer son engagement dans la démarche de développement durable en soutenant les actions suivantes :

- ✓ Objectif opérationnel n°6-1 : Améliorer la gestion du tri et l'élimination des déchets ;
- ✓ Objectif opérationnel n°6-2 : Mener une politique d'achat éco responsable ;
- ✓ Objectif opérationnel n°6-3 : Sensibiliser le personnel au concept de développement durable et des thématiques qu'il intègre (pratique responsable en termes de consommations par exemple).

#### **Conclusion**

Le centre hospitalier de Quimperlé s'organise pour décliner le projet qualité et gestion des risques en respectant les

4 dimensions identifiées par Shortell et reprises par la HAS :

1. La Dimension stratégique : le projet s'appuie sur l'engagement de la direction en coordination avec la CME. Il mobilise tous les professionnels ;
2. La Dimension culturelle : Le projet qualité et gestion des risques vise au développement d'une culture de sécurité ;
3. La Dimension structurelle : le pilotage de la démarche repose sur une coordination des différents pilotes au sein du comité de gestion des risques et amélioration de la qualité (CGRAQ) ;
4. La Dimension technique : le Projet repose sur un système d'information performant, des méthodes et outils validés, des évaluations internes et externes.

Le projet qualité et gestion des risques a vocation à être diffusé en interne comme en externe afin de communiquer sur la démarche qualité et sécurité mise en place au centre hospitalier de Quimperlé et ses résultats :

- Destinataires internes :

Une version informatique est consultable par tous les professionnels du centre hospitalier de Quimperlé via le logiciel de gestion documentaire ENNOV.DOC.

- Destinataires externes :

- Représentants d'associations d'usagers du CHQ ;
- Stagiaires ;
- Partenaires ;
- Toute personne extérieure qui en fait la demande.

Il est également consultable sur le site internet du centre hospitalier de Quimperlé.

Il est mis à jour annuellement.