

Projet de soins

« Pensons ensemble les soins du patient »

2015-2019



Centre Hospitalier de **Saint-Denis**

Préface

Partie intégrante du projet d'établissement, l'écriture du projet de soins constitue une étape importante de formalisation de nombreux projets pour les cinq prochaines années. Il permet à l'ensemble des personnels paramédicaux de s'exprimer et de proposer en lien avec le projet médical et le projet social des actions d'amélioration de la prise en charge du patient.

Il se veut une réaffirmation des valeurs globales du soin dans le respect des valeurs éthiques des soignants.

Sa construction participative et pluridisciplinaire constitue une richesse indéniable qui se retrouve dans les projets et les actions proposés. Plus de 120 personnes ont participé à la mise en œuvre des 55 fiches-actions. Ce projet collectif promeut également la reconnaissance des responsabilités et l'engagement des personnels soignants dans une démarche d'amélioration continue des soins.

Nous remercions tous les personnels pour leur participation à l'élaboration de ce projet de soins. L'objectif d'un document opérationnel est atteint et nous souhaitons souligner l'implication de tous dans sa rédaction.

Une nouvelle phase s'ouvre aujourd'hui et sans doute celle la plus complexe : mettre en œuvre les actions prévues et assurer leur suivi. Nous ne doutons pas que l'ensemble du personnel concerné s'investisse dans l'exécution des actions préconisées. Désormais, les personnels paramédicaux possèdent les outils nécessaires pour assurer un suivi rigoureux et organisé des projets pour les cinq années à venir.

Yolande Di Natale

Directrice du CHSD

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal line extending to the right.

Bernard Dorland

Directeur des soins

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, elongated oval shape with a horizontal line through it and some smaller loops.

Sommaire

Préface	3
Introduction	9
1. Présentation du projet de soins	11
1.1. Le cadre juridique	11
1.2. Le contexte environnemental	11
1.2.1. Le contexte externe	12
1.2.1.1. Le projet de loi de santé 2014	12
1.2.1.2. Les orientations du SROSS	12
1.2.1.3. Un Hôpital de proximité et de référence	13
1.2.2. Le contexte interne	14
1.2.2.1. L'organisation de la direction des soins	14
1.2.2.2. Le projet médical 2013-2017	15
1.2.2.3. Le projet social 2014-2017	17
1.2.2.4. Le Document Unique et le PAPRIPACT	17
1.2.2.5. Le projet qualité 2011-2014	18
1.2.2.5.1. Les indicateurs IPAQSS	19
1.2.2.5.2. Les indicateurs ICALIN	19
1.2.2.5.3. Les indicateurs I-SATIS	20
1.2.2.5.4. Les indicateurs de la certification V2010	20
1.3. Le bilan du projet de soins 2009-2014	21
1.3.1. Les objectifs centrés sur la personne soignée	22
1.3.2. Les objectifs centrés sur l'organisation des soins	23
1.3.3. Les objectifs centrés sur les compétences	26
1.3.4. Les objectifs centrés sur la formation et la recherche	26
1.4. Le bilan des projets de soins de pôle	27
1.4.1. Le pôle de Médecine	27
1.4.2. Le pôle de gériatrie et de long séjour	28
1.4.3. Le pôle de neurologie et médecine physique et de réadaptation	28
1.4.4. Le pôle médico-technique	29
1.4.5. Le pôle femmes-enfants	29
1.4.6. Le pôle urgence-réanimation-pneumologie-SMUR	30
1.4.7. Le pôle chirurgie-anesthésie générale	30
1.4.8. Le pôle psychiatrie et addictologie	31
2. Méthodologie d'élaboration du projet de soins	33
2.1. Personnes concernées	33
2.2. Les phases du projet	33
2.2.1. Etape 1 : phase préliminaire	33
2.2.2. Etape 2 : phase de production	34
2.2.2.1. Constituer un comité de pilotage (COPIL)	35
2.2.2.2. Identifier les pilotes de projet	35
2.2.2.3. Composer les groupes de travail	36
2.2.3. Etapes 3 et 4 : phase de validation et de communication	36
2.2.4. Etape opérationnelle : phase de mise en œuvre opérationnelle	36

2.3. Architecture	37
2.3.1. Le plan d'action	37
2.3.2. Les fiches-actions	37
3. Les grands axes prioritaires du projet de soins 2015-2019	39
3.1. La définition des axes stratégiques	39
3.2. La construction et le classement des thématiques	39
3.3. La déclinaison des responsabilités des groupes	39
4. La Déclinaison des fiches-actions	41
4.1. Thème 1 : Améliorer le parcours du patient	41
4.1.1. Maintenir la qualité de l'accueil du patient	42
4.1.2. Faciliter le parcours du patient en situation précaire	44
4.1.3. Poursuivre l'accueil des patients non francophones	46
4.1.4. Améliorer l'accessibilité des patients, des visiteurs handicapés	48
4.1.5. Formaliser les parcours patient prévalent par pôle	50
4.1.6. Poursuivre et développer les programmes d'Education Thérapeutique du Patient	52
4.1.7. Informer et former à la réalisation de chemins cliniques	54
4.1.8. Généraliser la gestion centralisée des lits sur la structure	56
4.1.9. Anticiper la sortie des patients en lien avec le « Bed-Manager » : les sorties avant midi	58
4.2. Thème 2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance	61
4.2.1. La prise en charge du décès des patients adultes au sein des unités de soins	62
4.2.2. Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients	64
4.2.3. Optimiser les conditions de prise en charge des patients décédés	66
4.2.4. L'exigence de bientraitance favorisée par une prise de conscience de nos pratiques	68
4.2.5. Agir sur les phénomènes nociceptifs	70
4.3. Thème 3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins	73
4.3.1. Audit du dossier de soins	74
4.3.2. Renforcer et généraliser l'utilisation du diagnostic infirmier et des transmissions ciblées	76
4.3.3. Développer l'informatisation du dossier de soins	78
4.4. Thème 4 : Optimiser la prise en charge de la douleur	81
4.4.1. Mission et mise en place des référents douleurs	82
4.4.2. Développement du poste IDE ressource douleur de l'établissement	84
4.4.3. Communication – sensibilisation – pédagogie sur la douleur	86
4.4.4. Analyse des pratiques professionnelles sur la traçabilité de la douleur	88
4.4.5. Valoriser l'expertise dans la démarche palliative	90
4.5. Thème 5 : Prévenir les risques liés aux soins	93
4.5.1. Poursuivre et développer les actions mises en œuvre pour la prise en charge des détresses vitales	94
4.5.2. Développer les actions avec l'équipe de nuit pour la prise en charge des détresses vitales	96
4.5.3. Poursuivre et développer les actions à mettre en œuvre pour renforcer la sécurité transfusionnelle	98
4.5.4. Inciter à la déclaration d'évènements indésirables	100
4.5.5. Mettre en œuvre les bonnes pratiques de la contention	102
4.5.6. Prévenir les chutes	104
4.5.7. Améliorer la prise en charge du patient : précautions complémentaires contact et respiratoire	106
4.5.8. Respect des précautions standards : tenue professionnelle et hygiène des mains	108
4.5.9. Diminuer les Infections Associés aux Soins (IAS)	110
4.5.10. Améliorer la traçabilité de la prévention et de la prise en charge du risque « escarre » et de la dénutrition	112
4.5.11. Assurer la radio protection des patients	114
4.6. Thème 6 : Renforcer les compétences managériales	117
4.6.1. Production d'outil d'aide à l'entretien d'évaluation annuelle	118
4.6.2. Mission et organisation de l'encadrement dans une organisation de Pôle	120

4.6.3. Projet Management de Pôle - Méthodologie	122
4.6.4. Analyse des compétences techniques et de savoir-être dans le soin	124
4.6.5. Analyse des pratiques Managériales	126
4.6.6. Production de la charte du management	128
4.7. Thème 7 : Organiser la continuité des soins	131
4.7.1. Continuité des soins jour-nuit	132
4.7.2. Informatiser le cahier et le classeur de garde	134
4.7.3. Développer le professionnalisme et les compétences dans le Pôle	136
4.7.4. Traçabilité des remplacements des personnels soignants jour/nuit	138
4.7.5. Organiser les soins sur les 24H avec des amplitudes de travail de 12H	140
4.8. Thème 8 : Développer les EPP et favoriser la recherche	143
4.8.1. Recenser les thèmes d'EPP, les audits et des auditeurs dédiés à l'EPP	144
4.8.2. Poursuivre l'information et la formation à la démarche d'EPP dans le cadre du DPC	146
4.8.3. Développer une démarche EPP par pôle	148
4.8.4. Poursuivre la formation des professionnels à la méthodologie et à la démarche de recherche en soins	150
4.8.5. Susciter et aider au développement de plusieurs sujets de recherche médicale et paramédicale	152
4.8.6. Développer les réunions de retours d'expérience CREX RETEX REMED	154
4.8.7. Développer la gestion documentaire : Communiquer sur les protocoles soignants	156
4.9. Thème 9 : Contribuer à l'enseignement et à la formation	159
4.9.1. Intégrer les nouveaux professionnels au sein des pôles et des services	160
4.9.2. Renforcer l'attractivité et s'assurer de la fidélisation	162
4.9.3. Identifier la fonction tutorale au sein des services	164
4.9.4. Promouvoir l'accueil des étudiants	166
5. Evaluation financière des actions du projet de soins 2015-2019	169
Annexes	171
Annexe 1 : Les membres du comité de pilotage du projet de soins 2015-2019	172
Annexe 2 : Les membres des 9 groupes de travail	173
Annexe 3 : Glossaire	174
Annexe 4 : Textes règlementaires	175
Annexe 5 : Organigramme des pôles et de la direction des soins	178



Introduction

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un des socles constitutifs du projet d'établissement, au même titre que le projet médical, le projet qualité ou le projet social. Son élaboration suppose donc une articulation entre les différents projets.

Le projet de soins tient compte des orientations du projet médical et des objectifs du projet qualité. Quant au projet social, il s'appuie à la fois sur le projet médical et le projet de soins. Le projet d'établissement intègre également la composante architecturale de l'hôpital et celle du schéma directeur informatique. Par ailleurs, les évolutions qui s'opèrent notamment dans le secteur sanitaire, conduiront à des formalisations plus intégrées, particulièrement du projet médical, du projet de soins et du projet qualité. Ils deviendront probablement à terme le « projet de prise en charge du patient ».

Si le projet de soins est, pour partie, la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, il a aussi ses propres axes de développement. Le projet de soins est un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche.

Le projet de soins se veut résolument opérationnel et réalisable. Composé de 5 axes, 9 thématiques et 55 fiches action, il engage concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts du projet d'établissement et les évolutions contextuelles (les préconisations des tutelles, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, l'équilibre financier, le projet de regroupement hospitalier, la territorialisation, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens...).

Le projet de soins se base sur les valeurs partagées et les compétences des professionnels. Il définit les orientations stratégiques et d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Le respect de la réglementation, les procédures de certification, la gestion des risques liés aux soins, la traçabilité des actes constituent quelques exemples de l'obligation de résultats attendus des soignants et des tutelles.

Le projet de soins prend en compte les droits des usagers, respecte les valeurs professionnelles des acteurs de soins et s'inscrit dans un cadre juridique qui régit chaque fonction. Dans cet environnement complexe et mouvant, le projet de soins doit être une réponse aux attentes des usagers et un fil conducteur pour les soignants.

Le projet de soins doit se lire de manière transversale et institutionnelle et l'évaluation des actions entreprises concerne tout l'établissement. La lecture du projet de soins se déclinera également au travers d'actions conduites au sein des pôles avec la mise en place d'indicateurs de résultats spécifiques. Les objectifs prioritaires et les actions entreprises par les pôles devront figurer dans le contrat de pôle et constitueront une déclinaison par pôles, du projet de soins.

La première partie est consacrée à la méthodologie d'élaboration du projet en lien avec le contexte de l'établissement et comporte le bilan des actions du projet de soins antérieur. La deuxième partie est consacrée aux axes prioritaires retenus du projet de soins et à leurs déclinaisons en « fiches action ».



1. Présentation du projet de soins.

1.1. Le cadre juridique

Le projet de soins trouve des points d'ancrage dans les orientations fortes du nouveau cadre législatif et réglementaire. Le projet de soins fait partie intégrante du projet d'établissement car il s'inscrit dans la continuité du projet médical¹ comme précisé dans l'article L6143-2 du code de santé publique. Le Directeur des Soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité². Le projet impose la nécessaire coordination des acteurs de soins paramédicaux issus des filières infirmière, médico-technique et de rééducation³.

Ce projet s'inspire des droits des malades en reconnaissant indéniablement la place des usagers au cœur du système de prise en charge et de la qualité du système de santé⁴. Dès 1991, la réforme hospitalière préconise la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles requises par les procédures de certification⁵. Aussi, les ordonnances 1996 impulsent une nouvelle dynamique afin que les structures de santé garantissent une démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et de la gestion des risques⁶.

Enfin, le directeur des soins s'implique étroitement dans la conception, la conduite, et le suivi des projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure⁷. Un guide d'élaboration du projet de soins produit par l'ARS d'Ile de France en 2013 donne aux directeurs des soins les moyens de définir une ligne de conduite à sa pratique professionnelle⁸.

1.2. Le contexte environnemental

Le Centre hospitalier de Saint-Denis représente une capacité totale de 816 lits et places et offre des services d'hospitalisation et de consultation en MCO, gériatrie, HAD, SSR et pédopsychiatrie répartis sur 8 pôles d'activité. Il dispose d'un SAU considéré comme le principal mode d'entrée des séjours et qui a accueilli 96.371 usagers en 2013 (48.159 adultes, 28.263 pédiatriques et 19.949 obstétriques), d'un SMUR et d'un secteur de consultations pluridisciplinaires dont l'activité est de 123.911 passages. La DMS 2012 en MCO est estimée à 6.69 pour 32.053 séjours. On chiffre l'activité de soins de suite sur 36.856 journées, 4.826 journées HAD de rééducation et 53.444 journées d'EHPAD et d'USLD.

Le Centre hospitalier est également classé centre de périnatalité de niveau 3 pour la prise en charge de la mère et du nouveau-né (4247 bébés en 2014) et est reconnu comme site de référence pour la prise en charge des AVC. Il exploite un IRM et un scanner dans le cadre d'un partenariat GIE avec des radiologues privés. La structure a été certifiée en 2008 et elle se félicite de sa démarche d'évaluation continue des pratiques professionnelles.

1 Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 (article II, JO du 18 janvier 2002, Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005, article II et III, JO du 03 mai 2005).

2 Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son alinéa 2 (article 4).

3 Décret n°2002-550 du 19 avril 2002.

4 Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

5 Loi n° 91-948 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

6 Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée conduisent à garantir l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et de la gestion des risques en établissement de santé.

7 Référentiel de compétences des directeurs des soins, 2013, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Compétence n°3.

8 Agence Régionale de Santé d'Ile de France, 2013, Guide projet de soins, Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales, 43 pages.

Le centre hospitalier emploie 2.071 personnels non médicaux et 297 médecins et internes exprimés en ETP. Les innovations réalisées au cours de ces trois dernières années concernent la construction du centre de périnatalité et d'un bloc opératoire unique, la restructuration des consultations externes, le réaménagement de plusieurs services pour augmenter les capacités d'accueil, la création d'une unité cognitivo-comportementale de 10 lits et l'aménagement d'une unité de soins palliatifs de 11 lits. Le budget de fonctionnement est estimé à 190 Millions d'euros, les investissements passent de 21 millions d'euros en 2012 à 12 millions en 2013.

1.2.1. Le contexte externe

1.2.1.1. Le projet de loi de santé 2014

Le système de santé français est confronté à des défis immenses, parmi lesquels le vieillissement de la population et de développement des maladies chroniques et émergentes. Le projet de loi 2014⁹ s'inscrit dans la modernisation de la prise en charge des patients en organisant les parcours de santé. Renforcer l'autonomie des patients, c'est reconnaître leurs droits et leur permettre de se réapproprier leur santé. Cette modernisation s'oriente vers une plus grande coopération autour du patient et des différents professionnels de santé. La loi réaffirme la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et présente une vision durable de la prise en charge sur la proximité et la continuité, tout en faisant le pari de l'innovation.

Trois axes d'intervention prioritaires sont donc retenus :

- *Axe 1 : Prévenir avant d'avoir à guérir*

Cette première mesure pose les principes d'une amélioration de l'information nutritionnelle, du renforcement de la prévention de l'ivresse chez les jeunes, de la lutte contre le tabagisme. La loi se fixe pour objectif de faciliter l'accès au dépistage et de poursuivre la politique de réduction des risques (toxicomanies).

- *Axe 2 : Faciliter la santé au quotidien*

Cette deuxième mesure objective la mise en place de service public d'information en santé et la promotion d'action de groupe en santé (« classe-action ») qui permettront aux usagers de mieux s'orienter dans une offre de soins pluriel. Il s'agit également de lutter contre les refus de soins et de renforcer la participation des usagers aux décisions prises dans les établissements de santé.

- *Axe 3 : Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé*

Cette troisième mesure concerne la refonte du service public hospitalier qui assure un rôle pivot dans la prise en charge de premier niveau. Elle permet également aux professionnels de mieux coordonner le parcours des patients en renforçant l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP). Enfin, le projet de loi modernise les pratiques de soins et les professions de santé en reconnaissant le métier d'infirmier clinicien sur les modalités de pratiques avancées.

1.2.1.2. Les orientations du SROSS

Le programme régional de santé, arrêté le 21 décembre 2012, définit trois grandes priorités régionales : l'accessibilité aux soins, la cohérence des parcours de santé et l'amélioration de la qualité des soins. Le schéma organisationnel promeut donc les coopérations et les parcours de soins dans un contexte d'accroissement des besoins de santé : vieillissement de la population, chronicité des pathologies, progression de la maladie mentale, du cancer, une natalité élevée, un accroissement de la prématurité, une précarisation sociale importante. Les prises en charge sont de plus en plus courtes et font intervenir de multiples professionnels d'où la nécessité de graduer les soins.

⁹ Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, Dossier de presse, Projet de loi de santé, Changer le quotidien des patients et des professionnels de santé, 15 octobre 2014 [Adresse : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf].

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est consciente des difficultés particulières rencontrées dans les départements de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne. Elle propose des actions spécifiques à mener par les collectivités territoriales et pour les hôpitaux à réaliser en lien avec l'institution AP-HP concentrée principalement sur Paris : postes partagés, détachements, coordination régionale, diversification des parcours professionnels.

Les contraintes économiques auxquelles fait face le Centre hospitalier de Saint-Denis doit être également anticipé. Dans le contexte du déficit aggravé de l'assurance maladie, l'ONDAM qui croît moins rapidement entraîne une baisse des tarifs et des aides reçues par l'établissement. La stratégie économique régionale suscite davantage les coopérations et coordonne les politiques d'investissement sur le territoire.

Au final, les cinq priorités du SROS sont menées sur une offre de soins territoriale développée sur des circuits courts et de premiers recours, sur une gradation des soins réalisée sur un maillage territorial développant des coopérations et des projets médicaux communs, sur une offre hospitalière régionale incluant un rééquilibrage des activités de MCO, une stabilité des filières de soins et mutualisant les équipements lourds, sur un renforcement de la prise en charge sociale des patients et enfin, sur une performance de l'offre qui prend en considération les recommandations et des pratiques de management qualitatif des organisations.

1.2.1.3. Un Hôpital de proximité et de référence

Le Centre hospitalier de Saint-Denis est le seul hôpital public implanté sur une communauté d'agglomérations en forte expansion démographique et économique. Il est également situé sur la première couronne de Paris et à la croisée de grands axes de communication. Son emplacement lui confère donc un positionnement très stratégique et il est devenu un centre de référence face à une concurrence territoriale aussi variée qu'importante.

Depuis longtemps, la structure participe aux efforts de la ville de Saint-Denis pour assurer la coordination d'une offre de soins adaptée aux besoins d'une population multiculturelle. Pour l'établissement, il s'agit de répondre aux grands enjeux de santé publique qui sont d'offrir un service pluri professionnel, poly-disciplinaire et multidimensionnel de haut niveau, de participer à plusieurs réseaux de santé de proximité et de développer des partenariats professionnels et associatifs.

Le centre hospitalier est composé de deux sites distincts, est localisé sur un territoire de santé de 540.000 habitants marqué par un niveau de grande précarité sociale et à proximité de quartiers dits « sensibles ». L'agglomération compte plus de 350.000 habitants et le bassin d'attraction est d'environ 400.000 habitants. La structure est un centre de référence pour la prise en charge des populations migrantes dont la proportion peut atteindre 50 à 70% sur la zone urbaine de rattachement (moyenne de 20% sur le département).

La structure gère, en partenariat avec le Conseil Régional, deux instituts qui assurent les formations de 300 étudiants aides-soignants, infirmiers et puériculteurs. Plus de 50 % des stages sont organisés sur le CHSD. En partenariat avec le Conseil Général, il administre un EHPAD, un PMI et un centre de planification familiale. Le centre hospitalier participe à plusieurs réseaux de santé de proximité et a développé des partenariats avec des associations communautaires en France et à l'étranger, notamment sur la prise en charge du VIH.

Le centre hospitalier est situé dans un territoire marqué par une démographie médicale préoccupante. La structure occupe une place primordiale sur les disciplines médicales et à la domination écrasante des disciplines chirurgicales des cliniques privées de Plaine Commune. Entre 2009 et 2013, l'établissement réalise une forte extension de ses capacités, il diversifie et consolide son offre de soins en respectant sa vocation première d'hôpital de proximité.

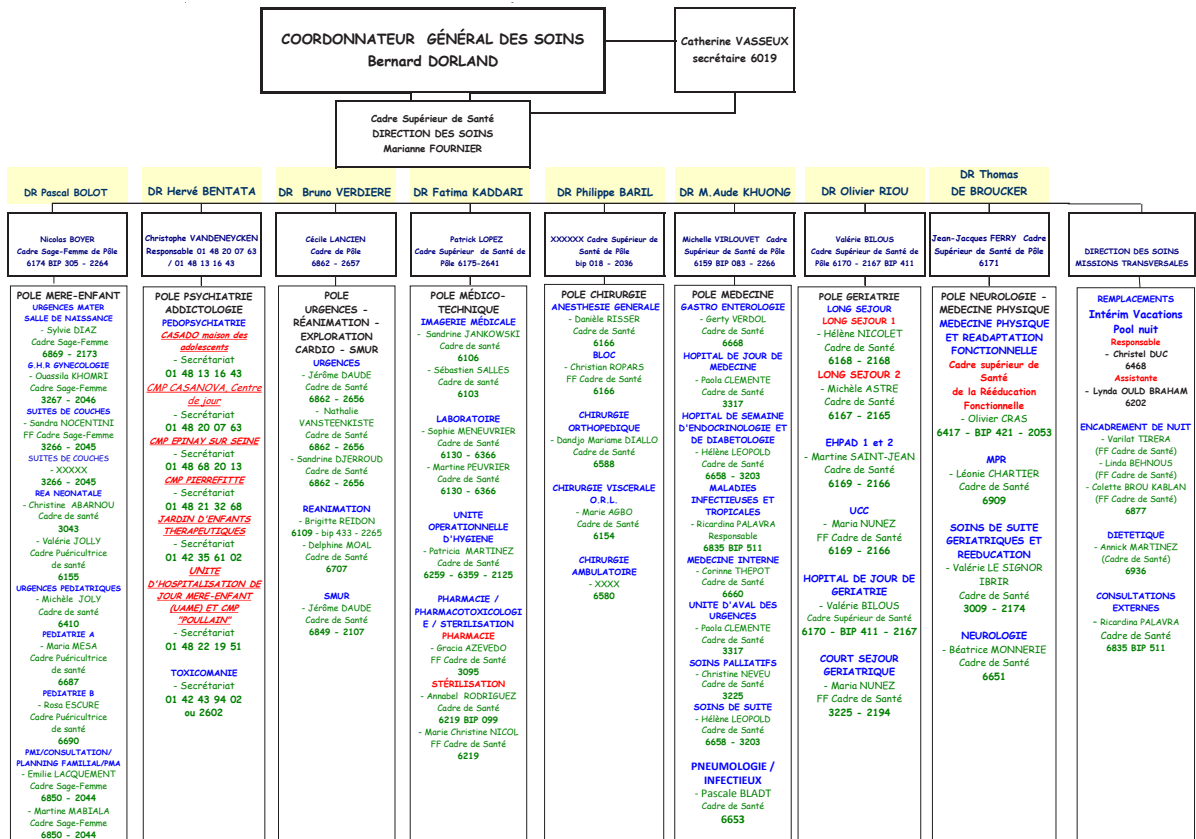
Le centre hospitalier est positionné comme premier acteur du territoire pour la périnatalité et sur des activités pointues comme la chirurgie de l'obésité, l'assistance médicale à la procréation, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. L'activité a augmenté de 10% sur les séjours MCO-SSR-HAD, de 23% sur le nombre de passages aux urgences. La croissance de l'activité ambulatoire en médecine est de 9% et de 7% en chirurgie.

1.2.2. Le contexte interne

1.2.2.1. L'organisation de la direction des soins

La direction des soins est composée d'un directeur des soins, Coordonnateur Général des Soins et d'une Cadre Supérieur de santé adjointe à la direction des soins. Le secrétariat est commun à la Direction des soins et à la DRH. La direction des soins assure la permanence des compétences soignantes et la coordination des activités paramédicales. A ce titre, elle assure le recrutement externes des paramédicaux et assure les mouvements internes des personnels. Elle dispose d'une cellule dédiée à la gestion des moyens de remplacement composée d'une responsable et d'une assistante. Ils assurent la gestion du pool de remplacement de nuit et la mise en œuvre de toutes les solutions de remplacements. La coordination des soins représente 8 Cadres de Pôles et 40 Cadres de santé. C'est aussi 3 cadres de nuit, 1 cadre hygiéniste et un cadre diététique.

- Organigramme de la direction des soins :



1.2.2.2. Le projet médical 2013-2017

Le projet médical s'organise autour de deux grands axes : l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital et le développement de son offre de soins. L'élaboration du projet médical est l'occasion d'engager une réflexion participative et stratégique selon trois approches : accompagner les changements induits par la réforme hospitalière, impulser une politique d'offre de soins conforme aux priorités régionales et adaptée aux besoins de la population, poursuivre les réorganisations et le développement des compétences en s'appuyant sur les pôles d'excellence.

Améliorer la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. L'objectif est de développer une culture qualité durable adaptée au contexte interne et externe à la structure. Déjà, une politique de prévention du risque infectieux suppose l'uniformisation des procédures et un engagement de l'ensemble des professionnels dans processus d'analyse des risques par secteurs d'activité. Cette logique implique également un développement des compétences managériales, l'évaluation des pratiques professionnelles, le partage expérientiel et les pratiques de retour d'expériences.

Depuis plusieurs années, le Centre Hospitalier a démontré sa capacité à accompagner la modernisation et les transformations organisationnelles. L'amélioration de l'offre de soins passe par une fluidité des séjours, la coordination des parcours de santé entre la ville et les réseaux, la gestion des lits optimisée par des compétences en organisation. Autrement, des politiques de fidélisation et d'attractivité, de professionnalisation et de développement des compétences se sont avérées nécessaires à l'atteinte de ces premiers objectifs qui impactent inexorablement sur les organisations du travail et le dimensionnement des équipes.

Le projet médical objective la consolidation des modalités d'une offre de soins moderne et la définition des nouvelles organisations de soins. C'est dans cette dynamique que s'impose une augmentation des capacités d'accueil, le développement de robotisation et d'activités nouvelles en imagerie et des prises en charge plus adaptées à la demande : l'éducation thérapeutique du patient, les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, le développement de l'ambulatoire, les hôpitaux de jour (médecine) et de semaine (chirurgie). Le projet médical a donc vocation à une déclinaison au sein des pôles d'activités cliniques et médico-techniques.

La prise en charge soignante fait l'objet de nouveaux projets qui contribuent à faire du centre hospitalier un centre de référence. On note de nombreux pôles d'excellence dont les activités et le fonctionnement se révèlent être inscrits dans un processus d'innovations. La démarche de modernisation démontre un investissement médical en termes de performance et d'efficience : la restructuration des locaux de consultations amorcée depuis 2009, la reconstruction de la périnatalité et du bloc opératoire en 2011, l'ouverture du nouveau bâtiment de la Maternité en 2012, la rénovation progressive des étages du bâtiment médico-chirurgical, la restructuration du service de réanimation et de l'unité d'hospitalisation de courte durée. Les objectifs visent à augmenter le nombre de lits/places et de diminuer la DMS : 74 lits et places supplémentaires MCO, 35 lits/places en SSR en 2009, une perte de 1.373 jours en 2013. L'enjeu est d'agir sur les organisations, d'éviter les hébergements et de fluidifier l'aval.

Des compétences en spécialités médicales sont développées dans les filières neurologique (AVC), de néonatalogie (maternité de niveau III), gériatrique (médecine, SSR, UCC, long séjour, EHPAD), dans la prise en charge de l'obésité, des maladies infectieuses (VIH, tuberculose, drépanocytose) et en soins palliatifs. Cette offre en évolution et l'activité s'inscrivent dans un territoire où le taux de fuite dépasse les 54%. Néanmoins, il appartient aux acteurs de maîtriser le taux d'occupation des lits (de 95 % à 100 % en disciplines médicales, de 90 à 100 % sur le pôle femme – enfant, de 78 % à 94% sur la chirurgie). L'activité programmée est aujourd'hui estimée à 54%.

L'organisation des consultations externes a permis d'innover dans la création d'une centrale de RDV (le taux de réponse est estimé à 90%) : les formalités administratives et de prépaiement s'en sont vus simplifiées. On note une activité en hausse de 10% en un an. La centrale de RDV mis en place au sein du service d'imagerie a permis d'améliorer le taux de réponse de 80% et d'augmenter son activité de 9% (scanner et IRM). Le service des urgences innove dans un accueil et une orientation adaptée à la demande et dans les circuits courts (mise en place d'une IAO / 24 heures, identification du circuit « patient » selon le degré d'urgence).

1.2.2.3. Le projet social 2014-2017

Le périmètre du projet social reprend les volets de l'Article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique : la formation, les conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la valorisation des acquis professionnels. En ce sens, il s'inscrit dans les orientations et la cohérence des autres volets du projet d'établissement car il vise, principalement, une gestion vertueuse des ressources humaines et des forces actives de l'institution. Aujourd'hui, l'offre sociale à destination du personnel décline un plan d'action en 3 axes identifiés sur la santé et la sécurité et la qualité de vie au travail, la promotion d'un hôpital citoyen et le développement professionnel.

Le projet social fait émerger des thématiques en lien avec la conduite du projet de soins. En l'occurrence, les sujets abordés concernent les heures supplémentaires effectuées principalement par les métiers infirmier et aide-soignant, le taux d'absentéisme et le phénomène de turn-over des personnels, la promotion professionnelle et le développement professionnel continu, un travail sur les métiers sensibles ou en tension, l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier, l'adéquation des moyens humains à l'activité, l'accueil des stagiaires et des contractuels. Une réflexion est également portée à la santé et à la sécurité au travail (accidents du travail, maladies professionnelles et imputables au service).

Ainsi, des fiches actions s'inscrivent dans la continuité du projet de soins :

- Mieux intégrer les risques psychosociaux dans la cartographie des risques,
- Développer l'action du référent en troubles musculo-squelettiques,
- Accompagner les agents faces aux incivilités et aux conduites agressives,
- Améliorer l'élaboration du document unique,
- Améliorer l'information du cadre sur les restrictions d'aptitude des agents,
- Favoriser le maintien sur le poste par des aides et des aménagements ergonomiques,
- Enrichir et délivrer systématiquement le livret d'accueil auprès des nouveaux professionnels,
- Professionnaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivants,
- Mettre en place une journée d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants,
- Professionnaliser le cadre dans son rôle d'évaluateur (guide d'évaluation professionnelle),
- Intégrer la prévention des RPS dans la pratique managériale,
- Généraliser les fiches de poste,
- Conceptualiser un parcours agent et améliorer l'identification des professionnels,
- Favoriser les espaces d'échanges et d'expression au sein de l'hôpital.

Les thématiques du projet social offrent l'opportunité d'intégrer les professionnels en qualité d'acteur dans les décisions stratégiques de l'établissement. Les fiches actions qui en découlent s'inscrivent dans la complémentarité des orientations du projet de soins.

1.2.2.4. Le Document Unique et le PAPRIACT

Le document unique et le Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT) constituent les supports incontournables à la gestion, à la maîtrise et à la compréhension des personnels. Le projet de soins ne peut prendre de sens sans qu'une vigilance soit

destinée aux risques professionnels liés aux activités de soins. L'encadrement reste sensible aux situations organisationnelles et fonctionnelles qui impactent sur les conditions de vie et de santé au travail et qui nécessitent l'accompagnement des professionnels en situation d'intégration ou d'adaptation.

Le Document Unique permet aux établissements de santé d'améliorer et d'approfondir la prise en charge des risques professionnels de manière pluridisciplinaire car il associe, entre autres, les personnels d'encadrement, les préventeurs, les médecins du travail et les membres du CHSCT. La prévention des risques est une action majeure du Plan Régional de Santé au travail. Le Document Unique 2013 évalue 35 risques professionnels sur 43 unités de travail. Les risques professionnels majeurs recensés sont les Accidents d'Exposition au Sang (AES : 67.44%) et les contacts auprès des patients porteurs d'affections contagieuses (51.16%), la manipulation de charges lourdes (58.14%), la manutention des personnes (TMS : 37.31%) et la violence physique et verbale à l'hôpital (51.16%). Le PAPRI Pact 2013-2014 propose des actions ciblées en lien avec l'analyse du Document Unique. À titre illustratif, les actions menées sont les suivantes

La prévention des AES	La prévention en manutention des personnes
L'évaluation de l'utilisation des collecteurs à aiguilles et l'analyse des causes de piqures septiques, La révision du protocole AES et une rediffusion sous forme d'affichette, L'information et la formation sur les conduites à tenir en cas d'AES, La sensibilisation aux circuits de déchets et à la fermeture des locaux, Les audits à réaliser sur les pratiques.	La formation TMS destinée au personnel soignant, La formation d'un référent TMS en lien avec les recommandations du Comité de Lutte pour l'Amélioration des Conditions de Travail, La planification en équipement : lève-malade, douche à l'italienne, baignoire, trapèze de lit, fauteuil de malade, La planification des travaux à visée ergonomique : hauteur des plans de travail.

En conséquence, l'élaboration d'une cartographie des risques *a priori* et *a posteriori* devient une démarche incontournable à la prévention des risques et au management du bien-être au travail. Une attention est également portée **à la prévention des** risques psychosociaux, aux gestes répétitifs qui représente 44.19% (ménage, informatique, pratiques de laboratoire...), les risques nociceptifs **à 6.98%** (ambiance sonore, lumineuse, thermique, intempéries), les amplitudes horaires (pour 9.30%) car le développement des organisations des soins en 12 heures devient un levier à l'adéquation à l'activité.

1.2.2.5. Le projet qualité 2011-2014

Le projet qualité décline, entre autres, les orientations en matière de sécurité des soins, de gestion et de prévention des risques *a priori* et *a posteriori*. De nombreux indicateurs viennent renforcer la politique qualité et de gestion des risques. De fait, le projet de soins s'inspire aussi des déclinaisons qui sont émises dans le cadre de la démarche d'amélioration continue et vis-versa. Le projet qualité et de gestion de la sécurité s'inscrit dans une politique globale qui intègre ces difficultés particulières et se développe selon plusieurs axes fondamentaux : compétence professionnelle, organisation efficiente, sécurité des personnes et des biens, investissement, communication dynamique, développement du système d'information. Toutefois, l'accompagnement et le développement du projet qualité et sécurité implique de référencer à des indicateurs d'évaluation des prestations de soins et d'évaluation de ses organisations.

1.2.2.5.1. Les indicateurs IPAQSS

Le projet de soins 2015-2019 s'inspire des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) publiés annuellement par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces indicateurs sont mis à disposition du public par les établissements de santé. Ils concernent les résultats de l'évaluation du dossier patient en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Hospitalisation à Domicile (HAD), en anesthésie et en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Cette analyse à visée nationale concerne les séjours 2013 et cible davantage la traçabilité que les pratiques. Les scores obtenus et comparés aux moyennes nationales influent sur la cotation de certains critères de la certification. Ainsi, l'IPAQSS révèle des améliorations à apporter sur les domaines suivants (focus réalisé sur la traçabilité des actions de préventions des risques de santé).

Indicateurs	MCO	SSR	HAD
- Evaluation de la douleur	43%	12%	27%
- Evaluation du trouble nutritionnel (poids + IMC) réalisé dans les 2 premiers jours	12%	6%	13%
- Evaluation du risque d'escarre	23%	10%	73%

En revanche, la tenue du dossier patient nécessite d'être renforcée sur les domaines suivants :

Indicateurs	Score	Sect.
La prescription médicamenteuse hospitalière	23%	MCO
La présence du dossier transfusionnel	0%	MCO
Les renseignements sur les protocoles de soins décrivant les interventions	10%	HAD
L'évaluation sociale et psychologique	53%	SSR
Le projet thérapeutique	11%	SSR
La traçabilité de l'accord du médecin traitant pour la prise en charge	2%	HAD
La participation et le consentement du patient	8%	SSR
La rédaction du traitement de sortie sur le dossier de soins	31%	MCO
Les délais de transmission du RSS supérieurs à 8 jours	12%	MCO

1.2.2.5.2. Les indicateurs ICALIN

Depuis 2005, l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) est un tableau de bord objectivant l'organisation, les moyens et les actions de lutte contre les infections nosocomiales mises en œuvre au sein d'une structure de santé. Ce principe concourt à la fois à diminuer la charge de travail des établissements lors du recueil des indicateurs et, dans le même temps, à permettre aux actions d'amélioration pour produire leurs effets.

L'amélioration peut ainsi constituer un levier à l'élaboration d'orientations stratégiques en hygiène hospitalière. ICALIN.2 correspond à une évolution plus exigeante de l'ICALIN.1. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels et se centre sur les actions du programme de prévention, notamment les infections graves et évitables.

En conséquence, cette nouvelle version suscite une dégradation des résultats malgré une augmentation des scores. Ce dernier indicateur, socle de la lutte contre les infections nosocomiales, est proposé en recueil recommandé pour tous les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel et ceux engagés dans l'expérimentation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ). L'Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques (ICSHA) pour l'hygiène des mains reste satisfaisant. L'Indicateur Composite de Lutte contre les Infections de Site Opératoire (ICA-LISO) objective une dégradation potentielle de 0.50% malgré les moyens organisationnels et les actions mis en place sur le site opératoire. Cette diminution de classification correspond à une déficience des évaluations des pratiques professionnelles. Il n'en demeure pas moins indispensable de :

- Renforcer la communication en interne sur la surveillance des infections nosocomiales,
- Développer des outils d'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire, développer des outils de dépistage des déficiences,
- Actualiser les protocoles et les procédures (mesure d'isolement)
- Impulser une politique d'évaluation continue des pratiques professionnelles.

1.2.2.5.3. Les indicateurs I-SATIS

Depuis 2014, l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS est le premier indicateur de résultat généralisé sur activité MCO. Il mesure les différentes composantes que sont la prise en charge globale, l'attitude des professionnels, la communication avec les professionnels, l'information délivrée au patient, les prestations hôtelières (restauration et hébergement), le score de satisfaction globale.

La mesure de cet indicateur permet de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Il peut également servir aux établissements de santé pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près des attentes des usagers. L'enquête téléphonique est menée sur une population de 120 usagers par tirage au sort :

Les résultats sont satisfaisant pour :

Les résultats sont moins satisfaisants pour la restauration des patients qui reste une problématique majeure (50% de la population enquêtée l'estime très mauvaise).

1.2.2.5.4. Les indicateurs de la certification V2010

En contrepartie de leur financement public, l'établissement doit rendre un service de qualité qui se mesure par rapport à des normes et à la mise en œuvre d'une démarche qualité. Ainsi, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis.

Depuis 1996, tous les établissements de santé publics et privés doivent s'engager dans une démarche de certification menée sous la forme d'un processus d'évaluation du fonctionnement et des pratiques de la structure de soins. Il s'agit bien d'un enjeu de santé publique et organisationnel qui se fait au bénéfice du patient.

Pour la visite de certification réalisée en 2012, la HAS formule douze recommandations et identifie deux principales réserves qui ont fait l'objet d'une nouvelle visite de suivi en 2013 : l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et le management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Aujourd'hui, huit recommandations ont été levées. L'établissement a donc partiellement atteint ses objectifs mais ce processus ne dispense pas d'une démarche d'auto-évaluation continue intégrant la politique des soins paramédicaux. Le rapport de certification V2010 (parution en juillet 2014) décline les cinq priorités sur lesquelles des efforts être poursuivis pour atteindre les objectifs de performance :

- Critère 12a, la prise en charge de la douleur doit être intégrée dans la démarche de soins et dans l'évaluation des pratiques professionnelles,
- Critère 14a, la gestion du dossier patient qui comprend des éléments d'identification doit être évaluée et réalisée sur la base d'indicateurs pour conduire à des améliorations nécessaires.
- Critère 15a, l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge doit être évaluée, analysée et réajustée. Le port du bracelet d'identification et la saisie des informations personnelles sur le dossier administratif du patient doivent faire l'objet d'une évaluation régulière et se traduire en plan d'action par retour d'expériences.
- Critère 20a, le management de la prise en charge médicamenteuse et,
- Critère 20b, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé doit conduire à une démarche générale d'informatisation de la prescription conformément aux recommandations du « Manuel qualité de la pharmacie ».

1.3. Le bilan du projet de soins 2009-2014

La Direction des Soins a souhaité que ce présent projet s'intègre au projet d'établissement et qu'il se situe dans la continuité et dans la cohérence du projet de soins 2009-2014. L'évaluation des actions mises en œuvre dans le précédent projet de soins repose sur la valorisation de l'exercice professionnel et sur le travail d'équipe. Chacune des expertises et des pratiques professionnelles mobilisées pour le portage du projet de soins démontrent l'engagement professionnel, la volonté de répondre aux besoins des personnes soignantes et des proches. Le suivi pluriannuel de nombreuses actions a été réalisé au travers de l'évaluation des axes centrés sur la démarche qualité, la prévention du risque infectieux et l'exercice soignant notamment auprès des personnes âgées. Le bilan porte sur l'ensemble des 4 grands objectifs du projet de soins 2009-2014 centrés sur :

- La personne soignée,
- L'organisation des soins,
- Les compétences,
- L'enseignement et la recherche.

La réalisation du projet de soins 2009-2014 a nécessité l'accompagnement de neuf groupes de travail pour suivre ses objectifs quinquennaux. Chaque groupe constitué d'une dizaine de volontaires pluri-professionnels est animé par un cadre ou un cadre supérieur de santé. Les groupes ont formalisé 45 fiches actions qui proposent non seulement des objectifs mais un échéancier des actions à mettre en œuvre. Un comité de pilotage qui se réunit à raison 3 commissions / an regroupe les animateurs et la direction des soins qui ont vocation à valider les différentes actions conduites. Le projet de soins 2009-2014 présente de nombreuses orientations

en lien avec la qualité, la sécurité de la prise en charge et en matière de développement des compétences professionnelles.

1.3.1. Les objectifs centrés sur la personne soignée

- **Action A1** : *Faire connaître la charte du personnel soignant à tous les acteurs de soins dans l'établissement.*

Un groupe de travail se constitue autour de la fonction accueil du patient et aborde différentes thématiques : accueil, charte du patient, confidentialité et communication avec les patients non francophones.

Des fiches actions réalisées sont : « Faire connaître et faire vivre la charte auprès de tous les acteurs de soin ». La charte est validée au sein de tous les services hospitaliers et sur les principaux lieux d'accueil des publics. La charte est promue dans le journal interne de l'hôpital et est mise à jour périodiquement.

- **Action A2** : *Assurer aux personnes soignées un accueil personnalisé.*

Les principaux documents existants au sein des services hospitaliers s'avèrent être différents selon la spécificité ou la discipline exercée dans les unités. Le groupe impulse l'uniformisation des recommandations relatives à l'accueil des patients. Une évaluation de ces deux points est conduite en 2013 et concerne les indicateurs relatifs à la satisfaction des patients.

- **Action A3** : *Respecter et faire respecter la confidentialité.*

Un diagnostic institutionnel sous formes d'audits est réalisé sur les difficultés et les situations dans lesquelles la confidentialité n'est pas respectée. Ces audits ciblent principalement le transport des dossiers par les brancardiers, le stockage des dossiers au sein des services de soins, la prise en charge des patients en consultation, en hospitalisation et sur les plateaux techniques. L'étude permet d'identifier les causes et de formaliser des préconisations.

Une charte de confidentialité est validée et diffusée en 2013. Des propositions d'amélioration sont faites sur la mise en place de lignes de confidentialité en activité externe. Des actions sont également menées sur l'insonorisation des locaux, le remplacement des chariots aux archives, la révision des procédures d'accès informatique. La diffusion de la charte permet de mettre en place des actions de formation des soignants et des brancardiers. Une réflexion est donc conduite sur l'anonymisation de patients dans certaines situations (consultation ORL). Enfin, une cartographie de risques de non confidentialité est formalisée.

- **Action A4** : *Concourir à la prise en charge de la douleur.*

La prise en charge de la douleur est en lien avec le projet médical et est un objectif à part entière du projet de soin. Les indicateurs QUALHAS, enquête faite par le CLUD pour la certification, démontrent une insuffisance sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur. Ce constat permet au groupe de travail de conduire une analyse prospective des causes en lien avec le CLUD. Quatre fiches-actions sont établies : améliorer la qualité de la traçabilité, accompagner les équipes dans l'utilisation de nouveaux supports, connaître les différentes échelles et matériels et la formation requise sur la gestion du syndrome algique.

Une nouvelle feuille de traçabilité de la prise en charge de la douleur est réalisée et validée par le CLUD en 2012. Une fiche-action est dédiée à la maîtrise des échelles de douleurs. Les actions de formation sont amorcées dès le premier semestre 2013 par le CLUD (69 infirmières). L'objectif vise une formation réglementaire annuelle. Un référent douleur est désigné au bloc opératoire. Une fiche-action concerne aussi la sensibilisation à la prise en charge de la douleur en soins palliatifs.

- **Action A5** : Développer l'éducation thérapeutique.

Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un objectif partagé avec le Projet Médical. Le groupe de travail pluri professionnel du projet de soins modélise les programmes d'ETP au regard des préconisations émises par la HAS. Depuis 2010, trois programmes sont légitimés pour 4 ans par l'ARS : « ETP des patients adultes diabétiques », « ETP des patients adultes VIH » et « ETP des patients adultes atteints d'un syndrome drépanocytaire majeur ».

Quatre fiches-actions sont produites dans le cadre de la démarche éducative : la production d'un livret ETP à l'attention du patient diabétique, la production d'un livret ETP à l'attention du patient atteint d'un syndrome drépanocytaire majeur, l'évaluation de l'action du programme d'ETP du patient diabétique, l'ETP des patients adulte porteur du VIH.

Les actions réalisées permettent de former un médecin et une infirmière à l'ETP (formation qualifiante de niveau «1» de 56 heures). Un livret d'ETP personnalisé est intégré au dossier de chaque patient : il contient le bilan éducatif, la programmation des séances d'éducation, l'évaluation des bénéfices de l'ETP pour chaque patient.

Ainsi, les bilans éducatifs et les séances individuelles d'ETP sont débutés en 2012.

- **Action A6** : Développer une communication satisfaisante et efficace entre les patients non francophones et les soignants.

Une journée « multi culturalité : soigner en langue étrangère » est reconduite chaque année. La formation autour des compétences requises pour assurer un interprétariat efficace et empathique est poursuivie. Le groupe procède au recensement des documents existants tant dans l'hôpital qu'à l'extérieur (pictogrammes, livrets en langue étrangère, kit de communication en langue étrangère...) afin de poursuivre les actions d'amélioration sur la communication interculturelle.

1.3.2. Les objectifs centrés sur l'organisation des soins

Trois sous-thèmes concernent la coordination des soins entre les équipes de jour et les équipes de nuit. Ces items sont traités au regard de la responsabilité du cadre 24h/24 et du cadre réglementaire de l'exercice professionnel infirmier et du contenu du dossier de soins infirmiers. Un groupe de travail réalise une enquête auprès de l'encadrement paramédical pour identifier les dysfonctionnements et émettre des préconisations.

- **Action B1** : Améliorer la coordination entre les équipes de jour et les équipes de nuit.

Les principales fiches actions concernent les thématiques suivantes : améliorer la circulation de l'information et les relations, intégrer l'équipe de nuit dans les réflexions d'organisation, prévenir les risques liés à la continuité des soins, partager les informations et assurer la continuité de l'encadrement. Le bilan fait apparaître le besoin de rétablir des rencontres et des échanges entre les cadres de jour et les cadres de nuit.

Les plannings de travail de nuit sont réalisés et supervisés par l'encadrement de jour. L'encadrement de nuit est recentré sur la fonction « qualité des soins et des compétences ». Un cadre administratif référent positionné à la Direction des Soins assure le lien jour / nuit en assurant le pool et les remplacements de nuit. Un fichier informatique commun, le fichier « L » permet la saisie en temps réel et le suivi des mouvements. Cette nouvelle organisation offre l'opportunité de renforcer la communication entre les équipes de jour et de nuit.

Les cadres paramédicaux participent aux gardes du week-end. Une permanence assurée par l'encadrement de pôle est assurée de 08h00 à 18h00, le relai est réalisé par les cadres des urgences entre les plages de 07h00 à 09h00 et de 18h00 à 21h30. Un classeur procédural et un cahier de rapports de garde sont mis à disposition pour garantir la transmission des informations et la traçabilité des événements indésirables rencontrés de nuit. A ce titre, il est établi en lien avec la cellule « gestion des risques » car les plaintes et les réclamations émises de nuit restent encore difficilement traçables. L'objectif à venir est de procéder à l'informatisation du système de garde paramédicale permettant une transmission d'informations en temps réel et partagée.

- **Action B2** : Améliorer la communication entre les services.

La fiche-action dédiée au renforcement de la communication inter-service s'intitule « *améliorer l'accueil et l'information des soignants concernant le patient* ». Cette action vise à limiter la redondance des appels concernant le transfert de patients. Dès 2012, la direction des soins et l'encadrement paramédical recense les différents dysfonctionnements nécessitant le rappel des procédures et la mise en place d'actions relatives aux bonnes pratiques.

- **Action B3** : Améliorer la collaboration entre les équipes pluridisciplinaires.

Un objectif est fixé sur « *une traçabilité des actions auprès du patient visible par tous les professionnels pour une qualité de la prise en charge globale du patient* ». Des fiches de traçabilité de la prise en charge diététique et nécessitant l'intervention de l'assistante sociale ou de la psychologue sont mises en place. La finalité est d'intégrer ces éléments dans le dossier de soins informatisé. Le groupe B3 s'associe donc au groupe de travail « dossier de soins ».

- **Action B4** : Améliorer la traçabilité de la prise en charge.

Les thématiques retenues sont l'amélioration de la tenue du dossier de soins et l'optimisation de son utilisation tout au long du séjour. Après réalisation d'un diagnostic et d'un audit sur le dossier de soins, des fiches-actions sont produites sur la réactualisation de fiches communes (dossier de soins). Celles-ci sont testées au sein des services de court séjour gériatrique, de la cardiologie et la chirurgie viscérale et mis en adéquation avec les supports existants (feuille de température, diagramme de soins et fiche d'évaluation). L'ensemble des fiches de données sont généralisées à l'ensemble des services en 2013.

Le déploiement de l'informatisation du dossier de soins et des prescriptions médicales reste une priorité à la performance de la production de soins. Les fiches communes sont rendues compatibles avec une mise en application informatisée. Le groupe de travail en charge de conduire le projet met en œuvre l'opérationnalité de l'informatisation sur des unités pilotes et élabore le choix ergonomique des matériels en lien avec

le responsable de la direction informatique. L'expérimentation sur d'autres services dépend d'une bonne préparation réalisée en amont.

La dernière action B4 concerne, l'« Auto-évaluation par service de la tenue du dossier de soins ». Elle est conduite sur l'année 2013 et se poursuit en 2014 avec l'identification d'actions d'amélioration et de réajustement ciblée sur les pratiques professionnelles.

- **Action B5** : Participer à la gestion des risques liés aux soins.

Un premier objectif est donné à la prévention du risque infectieux en lien avec le CLIN et l'EOHH. Dans ce contexte, cinq fiches-actions sont produites en lien avec les recommandations de lutte contre les infections nosocomiales et la formation de 9 correspondants en hygiène hospitalière.

- « Actualisation des protocoles en lien avec le risque infectieux » associé à la réalisation de nouvelles procédures
- « Redynamiser les réunions des correspondants en hygiène hospitalière »
- « Réaliser des audits en lien avec le risque infectieux » inscrit dans un processus d'amélioration continue des pratiques professionnelles
- « Participer au choix des matériels de soins »
- « Assurer la formation en hygiène des nouveaux arrivants » visant la réactualisation des connaissances à la prise de fonction

Un second objectif est donné à la prévention du risque d'escarre. Un groupe de travail pluridisciplinaire existe déjà sur la structure

- « Améliorer l'indicateur d'évaluation du risque d'escarre » avec la production d'une fiche d'accueil du patient intégrée au dossier de soins et une évaluation systématisée à partir du score de Norton
- « Informer et former autour du risque d'escarre » avec la désignation de référents « escarre » issus de la filière infirmière et aide-soignante, la formalisation d'une journée de réflexion et d'échanges sur la dynamique préventive.
- « Assurer le suivi du risque d'escarre » à partir d'enquêtes de prévalence effectuées à partir des pratiques professionnelles et du dossier de soins.
- « Actualiser le protocole de prise en charge des escarres » avec le développement des outils alternatifs de prévention tels que l'utilisation des coussins thérapeutiques.

Un troisième objectif est donné à la prise en charge des urgences vitales en milieu hospitalier et la tenue (vérification régulière, dotation en matériel et médicamenteuse) du chariot d'urgence dans les services de soins. Si 2007 marquait déjà la formalisation de différents protocoles liés à l'arrêt cardiaque, le besoin s'est fait sentir d'approfondir les connaissances professionnelles et la formation annuelle recommandée des personnels hospitaliers aux gestes d'urgence. Ce projet est associé à la création d'un comité institutionnel interdisciplinaire de suivi des urgences intra-hospitalières qui a la prétention de réfléchir et d'analyser les problématiques de limitation des soins.

Un plan d'équipement est réalisé pour munir chaque unité de soins en défibrillateurs. La procédure de prise en charge des arrêts cardio-respiratoires est étendue à la direction, au self du personnel et sur les services

techniques. Une enquête est réalisée auprès des équipes d'encadrement et de la formation continue pour recenser les besoins individuels et collectifs en formation AFGSU. Enfin, une mallette d'intervention en urgence est mise en place au sein des services de soins.

Pour finir, un quatrième objectif est donné à « l'amélioration de la prescription et à la traçabilité de la contention ». Le document de référence sur la contention est actualisé en mai 2012. Un nouveau support de prescription est mis en place, testé et réévalué dans les unités pilotes permettant ainsi une meilleure traçabilité du renouvellement de la prescription de contention journalière.

1.3.3. Les objectifs centrés sur les compétences

- **Action C1** : Poursuivre la démarche d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants.

La construction de 6 fiches-actions permettent de formaliser la mise à jour du plan d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires au sein des services. Après avoir réalisé un diagnostic de l'existant, une enquête qualitative est destinée à l'encadrement paramédical. Les actions menées ont permis d'impulser une harmonisation des pratiques d'accueil / d'intégration et d'uniformiser les pratiques sur l'ensemble des secteurs de soins : diffusion du livret d'accueil du personnel à l'arrivée, actualisation régulière du livret d'accueil des stagiaires à chaque changement d'organisation (présentation de l'unité de soins, projet de soins du pôle, documents relatifs aux pathologies, identification de toutes les tâches réalisées), fiches de postes rendues disponibles sur intranet et remises au nouvel arrivant, diffusion de la charte du stagiaire, une journée d'accueil et d'intégration proposée par la DRH et la CSIRMT (objectif à long terme : 3 fois/an).

- **Action C2** : Permettre au nouvel arrivant de travailler en sécurité et en autonomie.

L'appropriation des documents et leur mise à jour par l'ensemble des cadres des unités font l'objet d'une évaluation. Les organisations prévoient la désignation d'un tuteur dont les missions consistent à accompagner le nouvel arrivant au sein du service. Cette pratique est effective à 75% dans l'ensemble des services. Selon l'expérience du nouvel arrivant, la période d'encadrement varie de 1 à 3 semaines, voire 2 mois dans des unités très spécialisées : réanimation, néonatalogie, urgences. Une formation au tutorat « professionnel » est proposée aux services n'ayant pas encore mis en place un dispositif d'accompagnement des nouveaux arrivants.

- **Action C3** : Développer une démarche d'EPP.

Le processus d'EPP repose sur les recommandations méthodologiques de l'HAS (méthodes de l'Audit Clinique Ciblé, du Chemin Clinique, de la Revue de Mortalité-Morbidité...). Un diaporama récapitulatif est mis à disposition des cadres de pôle et de la CSIRMT. A ce titre, une fiche-action concernant le développement de la démarche EPP paramédicale propose différents objectifs. La démarche d'évaluation des pratiques de soins est poursuivie avec la démarche qualité institutionnelle. Le champ d'exercice des paramédicaux est initié dans le processus des EPP et en partenariat avec les médecins.

1.3.4. Les objectifs centrés sur la formation et la recherche

- **Action D1** : Améliorer et adapter les dispositifs de formation des différents étudiants

Cette action concerne différents domaines relatifs à la qualité du tutorat destiné aux apprenants :

Les modalités de collaboration entre les services de soins et les lieux de formation sont formalisées et renforcées. Les livrets d'accueil des étudiants sont généralisés à l'ensemble des services de soins en lien avec l'institut de formation. Ceux-ci déclinent les techniques et les activités de soins à maîtriser, les objectifs en lien avec les compétences attendues et les niveaux d'apprentissage par secteur d'activité. Les services accueillant les stagiaires spécialisés (Ambulanciers, IADE, IBODE, AS) produisent et diffusent leur propres supports appelés à être généralisés sur l'ensemble de la structure.

L'organisation des services intègre l'encadrement des stagiaires. Une formation au tutorat est intégrée au plan de formation pluriannuelle et des actions de formation sont proposées par l'institut de formation. Une évaluation régulière des capacités d'accueil est organisée en lien avec l'institut de formation en tenant compte des différents profils de stagiaire. Les référents de stage clinique (Maitre, tuteur, encadrant) sont identifiés pour chacune des unités de soins. Le site internet de l'hôpital intègre désormais la procédure de demande de stage.

Les modalités d'encadrement concourent à l'autonomisation des stagiaires : l'objectif consiste à promouvoir le processus de professionnalisation et l'autonomie. L'évaluation de la satisfaction des stagiaires est réalisée systématiquement. La charte des stagiaires est dorénavant utilisée et connue de tous.

- **Action D2** : Promouvoir la recherche en soins paramédicaux.

La formalisation de trois fiches actions permet de professionnaliser les équipes à la recherche paramédicale. Les principaux objectifs visent à former le groupe projet à la démarche de recherche, à la conduite de thématiques de recherche et à accompagner les personnels paramédicaux aux diverses démarches. Les actions jusqu'alors menées se sont centrées sur 2 volets.

Les cadres et les membres de la CSIRMT sont sensibilisés à la démarche (objectifs, enjeux, méthodes, informations relative au PHRIP). Un cahier des charges de formation est réalisé et un prestataire délivre une formation de 5 jours auprès de 12 volontaires. Une formation supplémentaire sur la gestion des bases de données et à la recherche documentaire est proposée au groupe par la documentaliste du CHSD. Cette action aboutit à la formalisation d'une thématique de recherche au cours de l'année 2013.

1.4. Le bilan des projets de soins de pôle

1.4.1. Le pôle de médecine

Le pôle médecine décline 3 orientations issues du projet de soins et spécifiques à ses activités. Les thématiques centrées sur la prise en charge de la personne soignée occupent une place importante dans le projet de pôle. La formation des professionnels à la prise en charge de la douleur est suivie de manière régulière. Le programme d'ETP diabétique présente une nette évolution et une formation à la prévention du pied-diabétique est proposée au personnel aide-soignant.

L'organisation des soins et la gestion des risques demeurent une réflexion fondamentale pour le pôle. Une consultation sur la prise en charge spécifique de la drépanocytose est mise en place en 2014. Des modalités d'analyse des pratiques de type RMM et CREX sont en phase de développement.

Le développement des compétences professionnelles est un levier à l'assurance qualité. Un projet de mutualisation des soignants au sein du pôle est en cours de consolidation. Le plan d'intégration des nouveaux professionnels est finalisé sur l'ensemble des unités de soins. Des référents qualités sont identifiés pour garantir une démarche d'auto-évaluation (prise en charge de la douleur, identité-vigilance...).

Des actions de formation ciblées sur l'ETP diabète, drépanocytose et VIH sont aujourd'hui formalisées. Toutefois, les efforts doivent être poursuivis dans le développement d'une culture de traçabilité des évaluations.

1.4.2. Le pôle de gériatrie et de long séjour

Trois axes majeurs sont identifiés avec, pour fil conducteur, la bientraitance, sous l'angle de l'amélioration de la prise en charge des résidents, l'optimisation de l'organisation des soins, le développement des compétences et la formation des professionnels. L'amélioration de la prise en charge des résidents nécessite une large diffusion et la connaissance de la charte du personnel soignant. L'accueil personnalisé de chaque nouveau résident s'appuie sur le portage d'un projet de vie personnalisé. Le projet de vie prend en compte l'adéquation des animations avec le choix des personnes soignées. Aussi, la prise en charge de la douleur aiguë et chronique, la souffrance morale et la confidentialité demeure au cœur des principales préoccupations. Les enjeux consistent également à renforcer le travail en équipe inter et pluridisciplinaire sur l'évolution des pratiques en termes de gestion des risques et de sécurité des soins, la traçabilité des soins, la tenue du dossier patient et la mise en place de la prescription informatisée.

La Gestion du personnel est basée sur l'analyse du suivi régulier des effectifs en rapports aux objectifs fixés par la direction des soins. Le développement des compétences et la promotion de la formation continue constituent aussi une priorité. Les formations centrées sur la bientraitance se poursuivent régulièrement afin qu'une dynamique soit maintenue au cœur des pratiques quotidiennes et dans le projet de service. Les référents soignants doivent encore être accompagnés dans leur rôles et missions. Des actions d'amélioration concernent la mobilité interne, la réactualisation des fiches de postes, l'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires, le développement d'une politique d'EPP. Pour finir, de nombreux projets professionnels font émerger des besoins de validation des acquis de l'expérience.

1.4.3. Le pôle de neurologie et médecine physique et de réadaptation

Le pôle s'inscrit dans une dynamique de restructuration de son organisation et de réhabilitation de ses locaux. Un projet « art-thérapie » est en cours de réalisation. Les professionnels sont impliqués aujourd'hui dans l'uniformisation des pratiques et, notamment, dans la mise en œuvre du projet de soins informatisé. Des réunions hebdomadaires sont menées pour améliorer le codage PMSI. Un programme ETP spécifique en HAD MPR est en cours de finalisation.

Le projet du pôle décline différentes orientations issues du projet de soins 2009-2014. Un premier axe concerne de nouvelles activités en lien avec l'accueil et la prise en charge des usagers. Des réunions intitulées « L'AVC au quotidien : si on en parlait ... » sont mises en place pour les familles et les aidants des patients hémiplegiques post-AVC. Une consultation « Handicap et famille » est également en place pour accompagner les familles en souffrance après la survenue d'un handicap. Enfin, un livret d'éducation et de conseils destiné aux patients hémiplegiques post-AVC (« Hémiplegie et vie quotidienne : comment préparer au mieux le retour à domicile ») est aujourd'hui formalisé et diffusé.

Le domaine dédié à la prise en charge de la douleur aiguë et chronique est un axe fort du projet de pôle. Il est à noter un développement de pratique innovante telle que l'utilisation de thérapie non médicamenteuse (Electrothérapie antalgique).

Le développement de l'ETP au sein du pôle est également un levier important de l'activité (éducation à l'auto-rééducation des patients spastiques post-AVC traités par toxine botulique). Les ergothérapeutes sont amenés à délivrer des actions de formations en MPR et en SSRG auprès des professionnels soignants (« Installations et Transferts des patients handicapés »). L'informatisation de la production de soins est également une priorité pour le pôle. Un programme expérimental est coordonné à la mise en œuvre des 12 heures dans le service SSRG : dispositif « Bien-être au travail P3T Préparation Physique pour le Travail ».

Le projet CLACT sur le volet « Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) » permet l'appropriation de nouveaux matériels de manutention. Un référent TMS est positionné en transversal sur l'établissement et anime une démarche en prévention, en formation et en conseil. Aussi, la recherche en soins paramédicaux impulsés au sein du pôle conduit à des communications réalisées lors de congrès professionnels (Société Française Neuro-Vasculaire).

1.4.4. Le pôle médico-technique

De nombreuses interventions en lien avec le fonctionnement et l'organisation du pôle médico-technique sont réalisées auprès des professionnels de l'établissement (journée « carrefour des métiers »). Ces initiatives témoignent d'un investissement concret à promouvoir la coordination des soins au sein de la structure. Par ailleurs, la gestion et le développement des compétences constituent un axe fort pour les orientations du pôle. Une dynamique de développement de la compétence médico-technique (imagerie) impose le suivi individuel et collectif pour en apprécier l'évolution. Entre autre, le laboratoire s'est engagé en 2014 dans son processus d'accréditation aux normes ISO 15189. Les travaux d'extension à la pharmacie et à la stérilisation est en cours d'étape. Aussi, la recherche paramédicale est un axe fort pour le pôle : les sujets concernant l'hospitalisation en réanimation des personnes dialysées chroniques, la qualité de vie des personnes sous chimiothérapie.

1.4.5. Le pôle femmes-enfants

Le pôle de grande importance rassemble de nombreux projets en lien avec le parcours et la prise en charge des patients. En gynécologie-obstétrique, la réalisation d'activités nouvelles démontre une volonté des professionnels à atteindre des objectifs de performance : la prise en charge des mutilations sexuelles, la formalisation du projet de prise en charge globale 2014-2015, le groupe de travail ARS intitulé le « Club des 4000 naissances ».

Les projets architecturaux tiennent compte de l'augmentation de la capacité des suites de couches, l'aménagement des salles de pré-travail en salle de naissance, la création d'une baignoire en pré-partum. Cela impose également un renforcement des équipes soignantes en lien avec l'augmentation de l'activité : mise en place de la fonction IOA aux urgences pédiatriques, PEGC en salle de naissance, consultation IDE d'annonce du diagnostic cancéreux, réorganisation de l'unité Kangourou.

Les actions de formation menées sur le pôle concernent la bienveillance, la prévention de la violence, l'accueil et l'orientation aux urgences pédiatriques, médiation transculturelle. Des démarches d'EPP ciblent la prise en charge du diabète durant la grossesse, le partogramme, l'accompagnement de l'allaitement maternel...

De nouvelles modalités de prise en charge et d'organisation des soins sont également impulsées dans le secteur de la néonatalogie. Celles-ci concernent le projet d'informatisation de la prescription parentérale, le suivi des nouveau-nés à risques en HDJ, le projet de soins palliatifs en salle de naissance, le dépistage de la surdité en néonatalogie, la mise en œuvre des RMM, l'accueil de la fratrie... Le secteur de pédiatrie compte également de nombreux projets en lien avec la prise en charge des urgences : la prise en charge de la douleur par le jeu, organisation du circuit court et du circuit long, la mutualisation des ressources humaines entre les équipes de jour et les équipes de nuit et entre le secteur des urgences et le secteur d'hospitalisation.

Le secteur des hospitalisations est également concerné par les projets innovants : l'installation d'une baignoire thérapeutique pour la prise en charge des brûlés, l'amélioration du plan bronchiolite... Les actions de formation menées sur le secteur concernent les admissions en néonatalogie via Crossway, l'accueil des enfants et des familles,

1.4.6. Le pôle urgence-réanimation-pneumologie-SMUR

Le pôle travaille sur les nouvelles réorganisations architecturales des urgences, l'UHCD, la réanimation. En service de réanimation, les principaux projets menés concernent la formalisation d'une astreinte les week-ends pour les prélèvements de cornées, la création de la cartographie des risques de la coordination de prélèvements, des risques en réanimation, ciblé sur les risques médicamenteux. L'activité des biopsies hépatiques et rénales trans-jugulaire ont été reprises. La filière respiratoire avec le service de pneumologie/infectieux est renforcée.

Le service de réanimation compte sur une nouvelle infirmière détachée au domaine de la formation et de l'intégration des nouveaux professionnels. Un partenariat est formalisé avec un centre de dialyse pour consolider la formation des professionnelles. En matière de développement des compétences et d'évaluation des pratiques professionnelles, des réunions CREX/RMM sont mises en place. La recherche clinique est en cours de développement.

Une nouvelle réorganisation disciplinaire est réajustée à 6 lits de pneumologie et 10 lits de pneumo infectieux soit 16 lits auxquels se sont rajoutés 10 lits de neurologie. Globalement, le service de réanimation s'inscrit dans un processus d'amélioration de la coordination entre les services, de la continuité et la permanence des soins, de la prévention du risque infectieux à chaque étape de la prise en charge et liés à la réalisation des soins, le respect des règles de confidentialité.

1.4.7. Le pôle chirurgie-anesthésie générale

Le projet de soins du pôle chirurgie répond à deux objectifs : l'optimisation de la prise en charge des personnes soignées et la mise en place d'une culture polaire par la mutualisation des moyens et des ressources. Les orientations 2014 sont basées entre autre sur le renforcement de la polyvalence, de la recherche et sur l'évaluation des pratiques professionnelles. A ce titre, des modalités d'évaluation des pratiques sont mises

en place sous forme d'audit clinique et de CREX. Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs reposent principalement sur l'analyse et l'accompagnement des pratiques managériales.

Un objectif concernant le parcours du patient vise une meilleure adéquation entre le motif d'hospitalisation et le service d'accueil par la formalisation de documents de liaison en lien avec le Bed-Manager. L'évaluation de la satisfaction des usagers conduit à mettre en place une organisation d'« appel du lendemain » au sein de l'activité ambulatoire et de sensibiliser le personnel à la prise en charge de la douleur (création du poste IDE référent douleur à 50 %). Un axe du projet est orienté sur la bientraitance (évaluation du bénéfice / risque de la contention), le développement des compétences professionnelles par la formation continue intra-pôle et l'intégration des nouveaux arrivants et stagiaires comme prérequis à l'optimisation du service à rendre à l'utilisateur.

1.4.8. Le pôle psychiatrie et addictologie

Les projets de soin du **secteur de pédopsychiatrie** ont été essentiellement tournés vers l'amélioration de l'offre de soins périnataux : reconfiguration du CMP Enfant de Poullain en un CMP Petite Enfance ; déménagement et mise en œuvre de la maison du bébé.

- En 2014, l'équipe du CMP Petite Enfance a été renforcée afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire précoce des enfants de moins de 4 ans. Les locaux ont été quelque peu aménagés de manière à pouvoir moduler les types d'accueil : individuel, groupal ou familial.
- De manière concomitante, la Maison du Bébé s'est installée dans ses nouveaux locaux (septembre 2014), venant compléter le dispositif de prise en charge précoce du secteur : l'UPP en maternité, le CMP Petite Enfance, l'Unité d'Accueil Parents-Enfants. Un travail important est en cours pour optimiser la coordination entre ces services.

Suite à la certification, une réflexion est menée sur la prise en charge de la douleur et sur la gestion du dossier patient.

2. Méthodologie d'élaboration du projet de soins

La méthodologie privilégie un projet de soins pragmatique et réaliste. Il favorise une démarche tout autant participative que pluridisciplinaire. Le projet présente une déclinaison pratique en fiches-actions pour chacun des cinq grands axes stratégiques ciblés. Une participation pluridisciplinaire permet une validation plus renforcée des axes paramédicaux.

2.1. Personnes concernées

Le Projet de Soins implique la participation des 18 **métiers** des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques.

Filière Infirmière	Filière Rééducation	Filière Médico-Technique
4 métiers et 4 métiers d'aides	7 métiers	3 métiers
Infirmier	Masseurs- Kinésithérapeutes	Techniciens de Laboratoire
Infirmier Anesthésiste	Ergothérapeutes	Préparateurs en Pharmacie
Infirmier de Bloc	Psychomotriciens	Manipulateurs en Electroradiologie médicale
Puéricultrices	Orthophonistes	
Aide-Soignant	Orthoptistes	
Agent des Services Hospitaliers	Diététiciens	
Aide Médico-Psychiatrique	Pédicures-Podologues	
Auxiliaire de puériculture		

2.2. Les phases du projet



2.2.1. Etape 1 : phase préliminaire

Une première phase est conduite entre juin et septembre 2014. Elle correspond à l'étape dite « **préliminaire** » **du nouveau projet de soins. Elle associe un bilan du projet de soins 2009-2014 comme étape diagnostique de la démarche 2015-2019.**

- **Réaliser le Bilan du Projet de soins 2009-2014** : permet d'analyser et d'évaluer le niveau d'avancement et de finalisation des actions menées.

- **Analyser le contextuel du projet de soins 2015-2019** : permet d'établir un diagnostic de la situation environnementale de la structure de soins à partir des données disponibles dans le projet régional, médical, social et des indicateurs qualitatifs.
- **Définir la méthodologie d'élaboration du projet de soins.**
- **Identifier les thématiques et les axes de travail en lien avec les Cadres et la Commission de soins.** permet de décliner des orientations paramédicales stratégiques de manière participative et en lien avec les CSS, les pilotes des groupes de travail.



2.2.2. Etape 2 : phase de production

Une deuxième phase est conduite entre septembre et décembre 2014. Elle correspond à l'étape dite de « production » du projet de soins 2015-2019. Le lancement des travaux de groupe est organisé lors d'une réunion d'encadrement en date du 26 septembre 2014.



2.2.2.1. Constituer un comité de pilotage (COPIL)

Composition	Directeur général, Président de la CME, Directeur des Soins, représentant du corps médical, représentant des usagers, représentants de la CSIRMT, Pilotes des groupes de travail, personnes qualifiées.
Missions	<ul style="list-style-type: none"> - Valider les orientations stratégiques du projet de soins - Se prononcer sur les différents arbitrages du projet de soins selon les moyens - Définir les axes de recherche et de réflexions, les fiches-actions - Valider la composition des groupes de travail et leur pilotage - Réunir les pilotes de groupe au cours du lancement de projet (3 réunions 2014) - Accompagner et évaluer la mise en œuvre des différentes actions du projet - Suivre l'évolution et la production des travaux - Définir le calendrier annuel pour le suivi et le bilan (2 réunions/an dès 2015) - Préparer et valider la production écrite finale - Produire un rapport annuel - Assurer la communication écrite du projet de soins auprès des instances

2.2.2.2. Identifier les pilotes de projet

Composition	<p>Cadres Supérieurs de Santé (Paramédicaux de Pôle) Elus parmi les membres du COPIL Après appel à candidature de la direction des soins Personne dont la compétence reconnue est en lien direct avec le thème Dispose d'une lettre de mission précisant les modalités de pilotage</p>
Missions	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer un groupe pluridisciplinaire d'une douzaine de personnes - Animer 4 réunions de 2 heures entre octobre et décembre 2014 - Animer et coordonner les travaux de son groupe - Assurer la mise en œuvre des actions définies par le groupe de travail - Assurer la qualité du rendu et le respect du calendrier - Désigner un responsable de mise en œuvre opérationnelle de la fiche-action - Assurer la synthèse de la production écrite au moyen de fiches-actions - Rendre compte au comité de pilotage de l'avancée des travaux du groupe - Rendre autonome les participants - Réaliser un bilan d'étape 2 fois / an - Formaliser une synthèse de l'avancée annuelle des travaux.

2.2.2.3. Composer les groupes de travail

Composition 12 personnes	Cadres paramédicaux et de professionnels volontaires Membres de la CSIRMT Professionnels manifestant leurs intérêts auprès de l'encadrement paramédical.
Missions	<ul style="list-style-type: none"> - Construire les fiches-actions à partir des thématiques recensées - Assurer la recherche documentaire et réglementaire - Suivre la méthode de travail impulsé par le pilote - Rendre compte des travaux réalisés devant le comité de pilotage

2.2.3. Etapes 3 et 4 : phase de validation et de communication

La troisième phase dite de « validation et communication » correspond à la validation par le comité de pilotage des travaux réalisés par les groupes. Les documents finalisés et formalisés sont soumis à l'approbation du directeur général, des instances du directoire, de la CSIRMT, de la CME et du CTE. Enfin, la communication et la diffusion du projet de soins 2015-2019 est organisée.



2.2.4. Etape opérationnelle : phase de mise en œuvre opérationnelle

La mise en œuvre opérationnelle du projet de soins 2015-2019 est programmée à compter de mars 2015. Ainsi, des responsables dédiés aux fiches-actions pilotent la mise en œuvre des actions. Les pilotes des groupes de travail poursuivent l'animation, s'assurent de la réalisation des différentes actions et produisent un bilan annuel des réalisations présenté à la CSIRMT. La déclinaison des orientations stratégiques du projet de soins et des actions programmées conduisent, entre autres, à la formalisation des différents plans de formation nécessitant une planification sur les 5 prochaines années.

2.3. Architecture

2.3.1. Le plan d'action

Le plan d'action se décompose en cinq grands axes stratégiques. Ces 5 axes se déclinent en 9 thématiques qui, elles-mêmes, se traduisent en cible-actions auxquelles correspondent 55 fiches-actions. Ainsi, une méthodologie rigoureuse est adoptée pour produire une arborescence logique.

AXE 1	Thème 1	Groupe 1	Action 1.1.
			Action 1.2.
			Action 1.3.
	Thème 2	Groupe 2	Action 2.1.
			Action 2.2.
			Action 2.3.
AXE 2	Thème 3	Groupe 3	Action 3.1.
			Action 3.2.
			Action 3.3.
AXE 3	Thème 4	Groupe 4	Action 4.1.
			Action 4.2.
			Action 4.3.
	Thème 5	Groupe 5	Action 5.1.
			Action 5.2.

2.3.2. Les fiches-actions

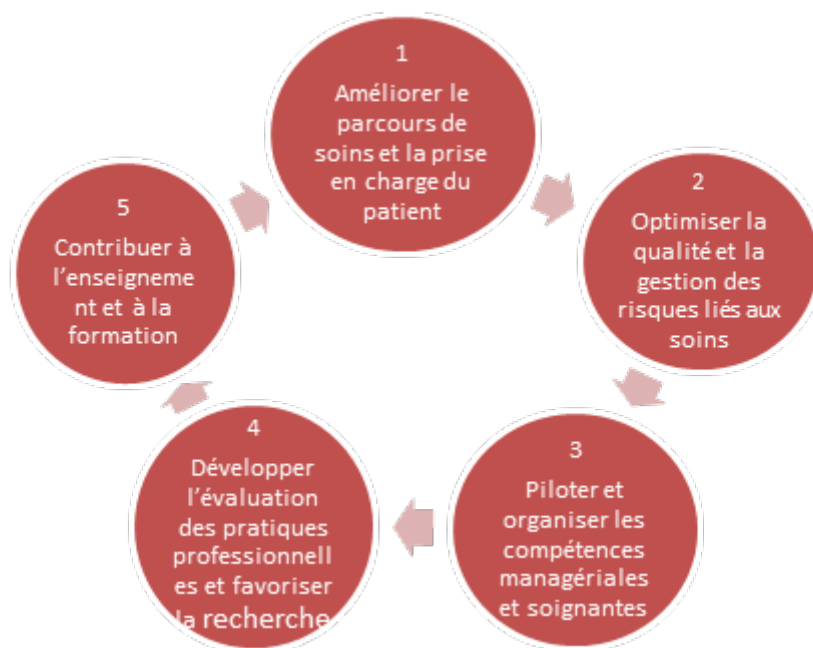
Le choix de formaliser le Projet de Soins sous forme de fiches-actions permet de décliner les objectifs de manière très opérationnelle. La méthode permet d'assurer un suivi et une évaluation plus concrète des actions menées. Les fiches-actions sont produites sur la formule suivante :

- Intitulé de l'Action, numérotation de la fiche, axe stratégique correspondant à l'action,
- Nom du Pilote (responsable de projet),
- Acteurs concernés, fonction, rôle et mission dévolue pour l'action,
- Diagnostic de la situation existante (état des lieux),
- Objectifs de l'action (ou résultats attendus),
- Etapes à respecter pour mise en œuvre de l'action (description de l'action),
- Identification des freins et des vigilances éventuels,
- Moyens nécessaires (humain, matériel, financier),
- Eléments d'évaluation, indicateurs de mesure de la mise en œuvre,
- Délai de réalisation/ Calendrier de la mise en œuvre,
- Références bibliographiques et réglementaires (consultées pour l'élaboration de l'action).

3. Les grands axes prioritaires du projet de soins 2015-2019

3.1. La définition des axes stratégiques

La politique générale des soins pour la période 2015-2019 s'oriente sur 5 grands axes stratégiques sur lesquels seront déclinés des fiches-actions.



3.2. La construction et le classement des thématiques

Les 5 axes stratégiques ont permis la déclinaison de 9 thématiques. Le comité de pilotage, la CSIRMT, les pilotes de projet et groupes de travail se sont investis dans une réflexion collégiale et pluridisciplinaire pour identifier les actions se rapportant aux 9 thématiques : cela a permis l'identification de plus de 75 actions possibles constituant les pistes de réflexion nécessaires à l'élaboration finale de 55 fiches-actions.

3.3. La déclinaison des responsabilités des groupes

- Axe 1 > Thème 1 Améliorer le parcours du patient
Pilotes : Olivier CRAS - Patrick LOPEZ
- Axe 1 > Thème 2 Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance
Pilotes : Valérie BILOUS - Ricardina PALAVRA
- Axe 2 > Thème 3 Poursuivre l'évolution du dossier de soins
Pilotes : Jean-Jacques FERRY - Michelle VIRLOUVET
- Axe 2 > Thème 4 Optimiser la prise en charge de la douleur
Pilotes : Michelle VIRLOUVET - Nicolas BOYER
- Axe 2 > Thème 5 Prévenir les risques liés aux soins
Pilotes : Patricia MARTINEZ- Denis BOUCHER
- Axe 3 > Thème 6 Renforcer les compétences managériales
Pilotes : Nicolas BOYER - Marianne FOURNIER
- Axe 3 > Thème 7 Organiser la continuité des soins
Pilotes : Marianne FOURNIER - Cécile LANCIEN
- Axe 4 > Thème 8 Développer les EPP et favoriser la recherche
Pilotes : Patrick LOPEZ - Olivier CRAS
- Axe 5 > Thème 9 Contribuer à l'enseignement et à la formation
Pilotes : Cécile LANCIEN - Valérie BILOUS



4. La Déclinaison des fiches-actions

Axe 1 AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

4.1. Thème 1 : Améliorer le parcours du patient

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et l'accompagnement des patients passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles. Cela doit s'appuyer sur la promotion du parcours de soins qui comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées aux soins au cours d'étapes successives : admission, consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, séjour en hospitalisation, prise en charge sociale, préparation de la sortie et du retour à domicile.

La vision globale du parcours de soins permet d'identifier les différents professionnels concernés, leur rôle et leur articulation aux différentes étapes et au bon moment de la prise en charge du patient.

Le parcours de soins intègre aussi la dimension d'accueil à l'hôpital qui consiste en une présentation, une information, un échange, une installation, adaptés au patient et à sa famille par chaque membre du personnel du CH Saint-Denis, cela 24 h/24, 7 jours/7 et durant tout le séjour. L'objectif est ainsi d'améliorer la satisfaction des patients et de leur famille.

Dans le parcours de soins, l'accueil est indissociable de l'information : il s'agit de renseigner, répondre, anticiper les questions du patient et de sa famille dans le respect du secret médical et de la confidentialité et des règles professionnelles, de façon loyale, adaptée et précise. Une attention sera particulièrement portée à l'implication du patient dans sa prise en charge au moyen d'actions d'information et d'éducation thérapeutique

La notion de parcours de soins permet ainsi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

Le précédent Projet de Soins 2009-2014 comportait déjà des objectifs centrés sur la personne soignée et sur l'organisation des soins comme : la connaissance de tous de la charte du personnel soignant, le développement de l'éducation thérapeutique, une communication satisfaisante et efficace entre les patients non francophones et les soignants ou l'accueil personnalisé et le respect de la confidentialité

Ces objectifs, qui pour certains n'ont pas été totalement atteints, seront donc poursuivis à travers la mise en œuvre de nouvelles actions déclinées afin d'« Améliorer le parcours de soins du patient »

Fiche action n°1.1 : Maintenir la qualité de l'accueil du patient

Fiche action n°1.2 : Faciliter le parcours du patient en situation précaire

Fiche action n°1.3 : Poursuivre l'accueil des patients non francophones

Fiche action n°1.4 : Améliorer l'accessibilité des patients, des visiteurs handicapés

Fiche action n°1.5 : Formaliser les parcours patient prévalent par pôle

Fiche action n°1.6 : Poursuivre et développer les programmes d'Education Thérapeutique du Patient

Fiche action n°1.7 : Informer et former à la réalisation de chemins cliniques

Fiche action n°1.8 : Généraliser la gestion des lits sur la structure

Fiche action n°1.9 : Anticiper la sortie des patients en lien avec le « Bed-Manager » : les sorties avant midi

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.1

Maintenir la qualité de l'accueil du patient

Responsable du projet

Nom : Olivier CRAS	Fonction : Cadre supérieur de santé kinésithérapeute
Acteurs concernés	Rôle et mission
Groupe de travail Personnel paramédical M. Bernard DORLAND, directeur des soins Direction de la clientèle et de la qualité Direction de la communication	Concerné par le projet Concerné par le projet Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Le livret d'accueil patient n'est plus distribué car les informations sont à réactualiser. Il est difficile dans sa forme actuelle de le remettre à jour.
Le livret d'accueil est la première impression que se font les patients de l'établissement.
Favoriser le bon déroulement de l'hospitalisation, c'est d'abord bien accueillir et informer.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Délivrer aux patients une information régulièrement réactualisée
Objectif n°2	Organiser la remise à jour annuelle du livret d'accueil
Objectif n°3	S'assurer de la diffusion et de l'affichage des chartes
Objectif n°4	Maintenir les compétences des soignants en situation d'accueil

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Mettre à jour le livret d'accueil et revoir sa forme Le proposer également en téléchargement (la version électronique est plus facilement actualisable)
Etape n°2	Collecter les informations nécessaires à la réactualisation annuelle du livret
Etape n°3	Audit sur la présence des chartes dans les services
Etape n°4	Formation régulière à l'accueil du patient

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Temps à consacrer à la collecte des informations.
- Temps à dégager pour former le personnel.
- Temps à consacrer au patient pour l'accueillir avec courtoisie et lui fournir toutes les informations dont il a besoin pour le bon déroulement de son parcours.
- Volume d'informations à collecter et d'origine très diverse.

Moyens humains					Moyens matériels et financiers															
Reprographie Direction de la communication et de la clientèle Paramédicaux					Reprographie Prêt d'ordinateur portable Coût de formation 2 sessions : 4000 €															
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Première mise à jour du livret d'accueil Nombre d'agents formés à l'accueil/service Présence des chartes dans les services										Augmentation du nombre d'agents formés/service Nouvelle présentation du livret										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Mise à jour livret d'accueil			X	X																
ETAPE 2 Recueil des nouvelles informations							X	X			X	X			X	X			X	X
ETAPE 3 Audit chartes		X	X																	
ETAPE 4 Formation à l'accueil patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée 																				

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.2

Faciliter le parcours du patient en situation précaire

Responsable du projet

Nom : CRAS Olivier

Fonction : Cadre supérieur de santé pilote du groupe 1

Acteurs concernés

Personnel médical, paramédical et administratif
Direction de la qualité
Service social des usagers

Rôle et mission

Acteurs
Conseil et orientations stratégiques
Conseil et orientations stratégiques

Diagnostic de la situation existante

Actuellement un patient sans sécurité sociale ou ayant un faible revenu, ne connaît pas toutes les démarches à effectuer pour sa prise en charge dans l'établissement et ne sait pas toujours à quel interlocuteur s'adresser.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Recenser les difficultés rencontrées et déterminer les différentes étapes de la prise en charge du patient « précaire »

Objectif n°2

Détecter précocement les patients dits « précaires »

Objectif n°3

Faciliter leur démarche et leur permettre de réactualiser leurs droits

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1

Réalisation d'un audit au niveau des cadres ou secrétaire hospitalière

Etape n°2

Sensibilisation, information et formation des acteurs aux problèmes de ces patients pour qu'ils soient repérés et que le service social soit informé rapidement

Etape n°3

Création d'un guide d'aide aux démarches en relation avec le service social, test et réajustement. Ce sera un document récapitulatif sur les différents parcours type que les soignants peuvent remettre au patient « précaire » (consultation, médicaments, examen de radiologie, de laboratoire...)

Identification des freins et des vigilances éventuels

Disponibilité des acteurs
Difficultés à identifier précocement un patient en situation précaire
Clarifier le rôle et missions du service social

Moyens humains					Moyens matériels et financiers																			
Service social Personnel paramédical Service administratif Pharmacie					Coût constant Reprographie																			
Eléments d'évaluation																								
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)												Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
Réalisation de l'audit Sensibilisation du personnel												Réalisation du guide d'aide aux démarches												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																								
	2015				2016				2017				2018				2019							
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
ETAPE 1 Audit			X	X	X																			
ETAPE 2 Information						X	X	X	X	X														
ETAPE 3 Réalisation support													X	X	X	X								
<i>T1 = Trimestre 1</i>																								
Références bibliographiques et réglementaires																								
<ul style="list-style-type: none"> - Loi N°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, JO N°175 du 31 juillet 1998 - CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions - Code de la santé publique : articles L.6112-1, L.6112-3, L.6112 -6 - Arrêté du 23 mars 2007 (application article D. 162-8 du Code de la sécurité sociale) Boisguérin B., et al., « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », Drees, Études et Résultats, 2008 : 645. - Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres. - Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde - Rapport 2012 - 210 pages 																								

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.3

Poursuivre l'accueil des patients non francophones

Responsable du projet

Nom : Olivier CRAS	Fonction : pilote du projet
Acteurs concernés	Rôle et mission
Personnel médical, paramédical et administratif Direction des soins Direction de la qualité Direction des ressources humaines / Service de la formation / Direction de la communication	Selon les étapes du projet Conseils et orientations stratégiques Conseils et orientations stratégiques Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Le Centre Hospitalier de Saint-Denis accueille des patients de plus de 105 nationalités différentes. Beaucoup de patients non francophones ont des difficultés à se repérer dans l'établissement, à comprendre et effectuer les démarches administratives nécessaires et à assimiler leur parcours de soins.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Poursuivre le développement de l'interprétariat externe à hôpital
Objectif n°2	Poursuivre le développement de l'interprétariat interne à hôpital
Objectif n°3	Communiquer et diffuser les supports d'information
Objectif n°4	Favoriser la communication en l'absence d'interprètes
Objectif n°5	Informers l'ensemble des personnels de l'existence de nouveaux outils et la mise en place de nouvelles pratiques

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Réactualiser le recensement des interprètes bénévoles au sein de l'hôpital
Etape n°2	Mise à disposition de l'ensemble des services d'un annuaire des interprètes bénévoles de l'établissement et d'un guide d'utilisation de la prestation externe d'interprétariat
Etape n°3	Elaboration d'un lexique en plusieurs langues des termes courants essentiels à la prise en charge tant médicale que paramédicale et administrative
Etape n°4	Information via l'encadrement des modalités de sollicitations à l'interprétariat externe et interne : Incorporation dans la GED de la procédure et de la note d'information
Etape n°5	Elaboration d'un kit de communication Développer les supports visuels (affiches, pictogrammes, vidéos...) et écrits (guide des termes courants traduits en anglais à destination des personnels, annuaire des interprètes bénévoles...), en lien avec les différents secteurs de l'hôpital

Etape n°6	Mise en place de la communication interne : publication d'un article dans le journal interne de l'hôpital, intervention au séminaire des cadres / cadres supérieurs pour assurer le relais de l'information auprès des équipes, évènement « Journée multi culturalité »...etc.																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
Disponibilité des acteurs Motivation des professionnels pour l'interprétariat Coût des interprètes Difficultés de trouver des volontaires Difficultés à dégager du temps pour les volontaires																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Professionnels volontaires Reprographie											Coût des prestataires extérieurs d'interprétariat Reprographie										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Annuaire réalisé et mis à disposition Information de l'encadrement											Lexique et Kit de communication réalisés										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 Recensement		X	X	X																	
ETAPE 2 Diffusion annuaire					X	X															
ETAPE 3 Lexique							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ETAPE 4 Information			X	X																	
ETAPE 5 Kit de communication							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ETAPE 6 Communications																					X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - Livret du projet de soins 2009 – 2014 (Centre Hospitalier de Saint-Denis) - Kit de communication AP-HP, à disposition des hôpitaux hors AP-HP : Support développé par l'AP-HP en collaboration avec des urgentistes, des professionnels du secteur sanitaire et médico-social et des associations représentant les personnes handicapées : http://handicap.aphp.fr/kit-de-communication-avec-les-patients - Livret de santé bilingue : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/939.pdf 																					

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.4

Améliorer l'accessibilité des patients, des visiteurs handicapés

Responsable du projet

Nom : Olivier CRAS

Fonction : pilote du projet

Acteurs concernés

Personnel paramédical (de rééducation)
Direction des soins
Direction des travaux
Direction de la communication
Cabinet de conseil en architecture
M. Victor TERRINE

Rôle et mission

Conseils et orientations stratégiques
Conseils et orientations stratégiques
Selon les étapes du projet
Selon les étapes du projet
Conseil et orientations stratégiques
Réfèrent « Mission Handicap »

Diagnostic de la situation existante

Cette fiche fait référence à une thématique qui figure dans le projet médical et qui s'inscrit dans une continuité d'amélioration de l'accessibilité de l'hôpital pour les patients ou les visiteurs handicapés.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Recenser les difficultés d'accessibilité rencontrées par les personnes souffrant d'un handicap
Objectif n°2	Lever ou corriger les difficultés d'accessibilité recensées
Objectif n°3	Suivre l'évolution des améliorations apportées et réajuster si nécessaire
Objectif n°4	Assurer les normes d'accessibilité pour les nouveaux aménagements

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Constitution d'un groupe pluriprofessionnel (dont ergothérapeute... etc) et désigner un référent «accessibilité» Réalisation d'un état des lieux d'accessibilité en partenariat avec le service technique Prioriser les aménagements à réaliser
Etape n°2	Réalisation des travaux et suivi des aménagements
Etape n°3	Organisation d'une réunion annuelle par service avec un ergothérapeute pour faire le bilan des actions réalisées.
Etape n°4	Requérir l'avis du référent «accessibilité» pour tous les nouveaux travaux

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Implication des personnels sur les diagnostics d'accessibilités Implication de la direction des travaux																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Prévoir du temps dédié d'ergothérapie Formaliser une mission dédiée pour un intervenant des Service techniques										Définir un budget annuel en lien avec l'état des lieux										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Groupe constitué Etat des lieux réalisé Réfèrent désigné										Travaux d'amélioration effectués Compte-rendu des réunions annuelles										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Etat des lieux			X	X	X	X	X	X												
ETAPE 2																				
Travaux et suivi					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3																				
Bilan annuel								X				X				X				X
ETAPE 4																				
Suivi du référent					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - L'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. - Le décret n°2009-546 du 14 mai 2009 (pris en application de l'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) 05 février 2009 : Examen par la CCEN : avis favorable à l'unanimité (Procès-verbal) 10 février 2009 : Examen par le Conseil d'Etat : avis favorable et sans réserve 16 mai 2009 : Le décret est publié (JORF n°0113 du 16 mai 2009 page 8245 texte n° 32) : décret. 29 octobre 2009 : L'arrêté est publié (JORF n° 0251 du 29 octobre 2009 page 18329 texte n° 31) : arrêté 10 juin 2014 : Lancement du Programme Accessibilité numérique piloté par la DISIC, comprenant la mise à jour du RGAA. - Complément au manuel d'accréditation de l'ANAES : Fédération hospitalière de France, Comité d'entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés : - www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436586/hopital-et-handicap 																				

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.5

Formaliser les parcours patient prévalent par pôle

Responsable du projet

Nom : CRAS Olivier

Fonction : Cadre supérieur de santé pilote du groupe 1

Acteurs concernés

Rôle et mission

Monsieur DORLAND, Directeur de Soins
Personnel médical et paramédical

Conseils et orientations stratégiques
Acteurs dans la réalisation des parcours patient prévalent
Selon les étapes du projet

La communication et la qualité

Diagnostic de la situation existante

Le parcours patient consiste en l'organisation d'une prise en charge globale, coordonnée et organisée par une équipe pluridisciplinaire tout au long de la prise en charge du patient dans l'établissement. C'est un ensemble et successions d'étapes adaptées que le patient va suivre en fonction de sa pathologie depuis son admission jusqu'à sa sortie (admission, réalisation des actes médicaux, paramédicaux et sociaux, devenir après l'hospitalisation, sortie). Dans l'établissement, ce parcours n'est pas toujours clairement défini et formalisé dans les différents services.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Identifier les pathologies prévalentes au sein de chaque pôle (les cinq principales par service)
Objectif n°2	Définir et formaliser un parcours patient prévalent type au sein d'un service dans un pôle pilote
Objectif n°3	Organiser la prise en charge du patient selon le parcours prévalent type dans le pôle afin d'améliorer l'organisation pluridisciplinaire autour du patient
Objectif n°4	Généraliser l'utilisation du parcours patient prévalent type à l'ensemble des pôles

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Faire un état des lieux sur les connaissances des soignants sur le parcours patient. Expliquer et redéfinir le parcours patient prévalent Recenser l'existant, les difficultés et les attentes des différents professionnels qui interviennent auprès du patient. Recueillir les données « PMSI pilot » fournies par le DIM (pathologies prévalentes dans le pôle)
Etape n°2	Rechercher de la documentation en lien avec le parcours patient. Réfléchir à comment informer le patient. Réaliser un parcours patient type clair, précis, complet, utilisable par tous les soignants, le mettre en forme, le soumettre à correction, le faire valider en CME, par la Direction des Soins, par la CSIRMT. Tester le parcours prévalent type dans le service pilote du pôle pilote et l'évaluer.
Etape n°3	Diffuser le parcours type à l'ensemble du pôle pilote et l'évaluer. Accompagner les équipes dans l'appropriation de l'outil. Assurer le suivi et l'évaluation

Etape n°4	Accompagner les équipes des autres pôles dans l'appropriation de l'outil. Assurer la mise en place, le suivi et l'évaluation.																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> - Coûts - L'implication de chacun - La barrière linguistique des patients - Le facteur temps 																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
<ul style="list-style-type: none"> - Le groupe - Le Département d'Information Médicale (DIM) - La communication - La reprographie 											Coût constant Financement du support La reprographie										
Éléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Réalisation d'un parcours patient prévalent par pôle											Réalisation de 5 parcours par pôle										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 Etat des lieux		X	X	X																	
ETAPE 2 Elaboration et validation					X	X	X	X	X	X											
ETAPE 3 Test et diffusion											X	X	X	X	X	X					
ETAPE 4 Suivi et évaluation																	X	X	X	X	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - Revue soins infirmiers n° 772 janvier/février 2013. - Parcours patient article sur internet : http://www.esti.com/fr/urgences - ARS, HAS (recommandations) - Lexique : les parcours de A à Z, Agence Régionale de Santé sur internet : http://www.ars.sante.fr 																					

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.6

Poursuivre et développer les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Responsable du projet

Nom : Olivier CRAS	Fonction : Cadre supérieur de santé kinésithérapeute
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Hélène LEOPOLD, Cadre de santé Mme Pascale BLADT, Cadre de santé M. Bernard DORLAND, directeur des soins Mme Hélène THIN, service de la documentation Membres groupe de travail «ETP» projet de soins 2009-14 Cadres de santé, paramédicaux et médecins Direction de la communication et de la clientèle Direction des Systèmes d'Information	Copilote Copilote Conseil et orientations stratégiques Aide à la recherche documentaire Selon les étapes du projet Concernés par un projet ou programme existant d'ETP Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un objectif partagé avec le Projet Médical 2013-2017 et concerne plusieurs Pôles de l'établissement (Pôle Médecine, Pôle Chirurgie, Pôle Femme-enfant, Pôle Neuro – MPR). L'ETP est une des nouvelles missions confiées à l'hôpital public et complète, sans s'y substituer, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

La constitution d'un groupe de travail pluri professionnel piloté par la Direction des Soins a permis la réflexion, la mise en commun de compétences et la modélisation de programmes d'ETP élaborés selon la méthodologie préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Fin 2010, l'Agence Régionale de Santé d'Île de France (ARS IdF) a autorisé pour 4 ans trois programmes d'ETP :

- « ETP des patients adultes diabétiques » en Hôpital de Semaine de Diabétologie-Endocrinologie,
- « ETP des patients adultes VIH » en Unité d'Hôpital de Jour ou en consultation de bilan du SMIT du Pôle de Médecine,
- « ETP des patients adultes atteints d'un syndrome drépanocytaire majeur » en Hôpital de Jour de Médecine

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Etablir un diagnostic de la situation existante en identifiant les nouveaux programmes d'ETP possibles et rencontrer les promoteurs des différents projets
Objectif n°2	Assurer le suivi des nouveaux dossiers d'ETP : Informer et soutenir méthodologiquement les nouveaux projets d'ETP dans l'établissement
Objectif n°3	Poursuivre le suivi, l'évaluation et l'amélioration des trois programmes d'ETP existants (Diabète, VIH, Drépanocytose)
Objectif n°4	Poursuivre les actions de sensibilisation à la démarche d'éducation thérapeutique déjà entamées auprès des soignants de l'établissement
Objectif n°5	Proposer des formations type « 40 heures » ou D.U. pour les promoteurs potentiels des futurs projets d'ETP

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Identification dans le Projet Médical des nouveaux programmes d'ETP envisagés, rencontre des promoteurs dans les différents pôles pour s'assurer de la faisabilité des projets
Etape n°2	Créer les supports méthodologiques et outils nécessaires au développement de l'information et de la formation sur la démarche d'ETP en se référant aux recommandations de l'HAS et de l'INPES
Etape n°3	Consolider le groupe de pilotage existant de l'ETP sur l'établissement et établir un suivi des trois programmes d'ETP existants en assurant la transposition des différents dossiers « papier » d'ETP dans le logiciel informatique « Crossway » de l'établissement
Etape n°4	Organisation d'actions d'information sur la démarche d'ETP au sein des pôles, lors des réunions cadres, au cours de la CSIRMT

Etape n°5	Identification des paramédicaux à former en lien avec le service de la Formation pour le Plan de Formation annuel (institutionnel et de pôle)																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - Coût de formation des coordonnateurs des projets d'ETP (Plan de formation institutionnel et de pôle) - Absence de financement par l'ARS IdF pour les nouveaux programmes d'ETP autorisés - Mise en œuvre des séances d'ETP chronophage en temps soignant et médical 																				
Moyens humains								Moyens matériels et financiers												
<ul style="list-style-type: none"> - Personnel paramédical (IDE, diététicienne ...) détaché pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes d'ETP (séances individuelles et collectives) - Coordonnateurs des programmes d'ETP (médecin, cadre de santé, soignant) 								<ul style="list-style-type: none"> - Locaux et équipements dédiés pour réaliser les séances d'ETP - Matériel informatique (ordinateur avec DVD) et de vidéo-projection - Supports pédagogiques (dépliants, livrets, affiches) - Coût de reprographie 												
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
Création d'un groupe de pilotage Réalisation support pédagogique et d'aide sur l'ETP 50% des pôles ont eu l'information sur la démarche d'ETP 50% des pôles ont au moins un référent formé 50% des pôles ont un programme d'ETP								100% des pôles ont eu l'information sur la démarche d'ETP 100% des pôles ont au moins un référent formé 100% des pôles ont un programme d'ETP												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Identification nouveaux programmes ETP			X	X	X	X														
ETAPE 2 Création supports méthodologiques						X	X	X	X											
ETAPE 3 Suivi 3 programmes ETP existants		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X
ETAPE 4 Actions d'information démarche ETP			X				X				X				X				X	
ETAPE 5 Formation DU dans plan de formation annuel			X				X				X				X				X	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Haute Autorité de santé (HAS), Recommandations : Education thérapeutique du patient – définition, finalités et organisation. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007 : 8 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf - Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007 : 112 p. En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programmededucation-therapeutique-du-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques - Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf - D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique (2e éd.). Paris : Maloine, coll. Education du patient, 2004 : 155 p. 																				

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours du patient

Fiche action n°1.7

Informer et former à la réalisation de chemins cliniques

Responsable du projet

Nom : CRAS Olivier

Fonction : Cadre supérieur de santé pilote du groupe 1

Acteurs concernés

Monsieur DORLAND, Directeur de Soins
Personnel médical et paramédical
La communication et la qualité
La reprographie

Rôle et mission

Conseils et orientations stratégiques
Acteurs dans la réalisation des chemins cliniques
Selon les étapes du projet
Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Quand nous parlons de « chemins cliniques » avec les professionnels (cadres, IDE, médecins), nous nous apercevons que les réponses divergent : soit le sujet est totalement inconnu, soit les réponses sont évasives, soit il y a confusion entre le parcours et les chemins cliniques. Les recherches documentaires nous permettent de ce fait de dire qu'il y a une méconnaissance du sujet dans l'établissement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Sensibiliser et former les professionnels à l'utilisation des chemins cliniques dans l'établissement

Objectif n°2

Formaliser un schéma clinique avec des volontaires d'un service dans un pôle

Objectif n°3

Etendre la réalisation des chemins cliniques à un par pôle

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1

Evaluer les connaissances des professionnels.
Informer et former ces professionnels à la réalisation et à l'utilisation des chemins cliniques.

Etape n°2

Rechercher de la documentation et des textes de lois.
Recenser les pathologies récurrentes dans chaque pôle.
Solliciter le corps médical pour sa participation à la réalisation du chemin clinique.
Réaliser et formaliser un document avec le chemin clinique dans le service du pôle retenu.
Le faire valider par la CME, la Direction des Soins, la Direction Qualité et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT).

Etape n°3

Tester et évaluer le document dans le service retenu.
Accompagner les équipes médicales et paramédicales dans l'appropriation de l'outil.
Assurer le suivi et réajuster.
Etendre la réalisation, l'utilisation et le suivi du chemin clinique à un dans chaque pôle.

Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																										
<ul style="list-style-type: none"> - L'implication consensuelle de chacun - La formation - Le facteur temps - Le choix des pathologies pour les chemins cliniques - Trouver les volontaires 																																																																																																										
Moyens humains	Moyens matériels et financiers																																																																																																									
Le groupe de travail La communication La direction qualité La CSIRMT Le personnel La reprographie L'informatique	Budget formation : 3 session : 3 600 € Reprographie L'informatique																																																																																																									
Eléments d'évaluation																																																																																																										
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																									
Réalisation d'1 chemin clinique dans l'établissement	Réalisation d'1 chemin clinique par pôle																																																																																																									
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th></th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 Evaluer et former</td> <td></td><td></td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 Réaliser et valider</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 Généraliser le chemin clinique</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </tbody> </table>		2015				2016				2017				2018				2019					T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 Evaluer et former			X	X	X	X	X	X													ETAPE 2 Réaliser et valider									X	X	X	X	X	X	X	X					ETAPE 3 Généraliser le chemin clinique																	X	X	X	X
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																									
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																						
ETAPE 1 Evaluer et former			X	X	X	X	X	X																																																																																																		
ETAPE 2 Réaliser et valider									X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																										
ETAPE 3 Généraliser le chemin clinique																	X	X	X	X																																																																																						
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																									
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																										
HAS Revue soins n°772 janvier /février 2013 : plan de soins type et chemin clinique																																																																																																										

Axe n° 1 Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

Fiche action n°1.8

Généraliser la gestion centralisée des lits sur la structure

Responsable du projet

Nom : Marc BOUIRI	Fonction : Cadre supérieur « Bed-Manager »
-------------------	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

M. Marc BOUIRI, Cadre de santé « Bed-Manager » M. Bernard DORLAND, directeur des soins Cadres de santé, paramédicaux et médecins Direction de la communication et de la clientèle Direction des Systèmes d'Information	Copilote Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet
--	--

Diagnostic de la situation existante

La gestion des lits était auparavant confiée au cadre de santé du service en lien avec l'équipe médicale. Le cloisonnement des services ne permettait pas de répondre au mieux à la multiplicité des demandes de lits d'hospitalisation, il est apparu nécessaire de centraliser cette gestion des Lits. L'objectif principal étant une optimisation de l'existant.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Partager en temps réel avec les services d'hospitalisation toute information pertinente quant à l'allocation de chaque lit d'hospitalisation, en temps réel.
Objectif n°2	Définir des règles d'hébergement au sein de chaque Service ou Unité Médicale, au sein de chaque Pôle pour permettre d'obtenir les solutions d'hébergement les plus adaptées dans les délais les plus courts. Cela nécessitera un complément de formation à dispenser par le corps médical pour permettre une prise en charge maximale des pathologies nouvelles par les équipes paramédicales.
Objectif n°3	Centraliser les demandes d'hospitalisation en provenance des différents services de soins (SAU, Réanimation, Consultations...) ainsi que de la médecine de ville.
Objectif n°4	Planifier les Entrées programmées de manière à ce que le programmé devienne la variable d'ajustement du non programmé et non l'inverse.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Appropriation par chaque service de soins de l'outil « planning d'hébergement » dans Crossway. La cellule de gestion des Lits se propose de former tous les personnels soignants des services de soins, relayée ensuite par les cadres de proximité.
Etape n°2	Obtenir, auprès de l'équipe médicale, dans les 48h qui suivent l'hospitalisation une Date prévisionnelle de sortie à renseigner dans les Champs « Date » et « Heure » Prévisionnelle de sortie de l'onglet « Exec. » du planning d'hébergement. Cette date prévisionnelle de sortie peut être réajustée à tout moment et doit donc être remise à jour dans le planning d'hébergement.
Etape n°3	Définitions des règles d'hébergement en tenant compte le plus possible des spécificités de chaque service.
Etape n°4	Toutes les demandes de mutations inter services doivent transiter par la cellule de gestion des lits qui se charge de mettre en relation les interlocuteurs concernés afin d'obtenir un accord médical.
Etape n°5	Les sorties se font informatiquement en temps réel (<15mn) après la remise à disposition d'un lit de sortant.
Etape n°6	La Cellule de Gestion des lits affecte dans les lits, en accord avec le cadre du service, chaque patient nécessitant une hospitalisation. Pour cela, la Cellule de Gestion des lits doit être informée des demandes de changement de lits, dans un même service.
Etape n°7	La Cellule de gestion des Lits affecte en priorité dans les lits les patients provenant de la réanimation, l'UHCD et les Urgences. Secondairement les patients programmés pourront être convoqués.
Etape n°8	Toutes les pré-admissions concernant des patients en provenance du domicile ou de la médecine de ville doivent transiter par la Cellule de Gestion des Lits au moyen d'un bon d'admission. La cellule de gestion des lits vérifie la cohérence des dates et du parcours et transmet régulièrement ces demandes au service des admissions en sorte que toute pré-admission puisse apparaître dans le planning d'hébergement de chaque service au moins 48h avant la date programmée d'hospitalisation.

Identification des freins et des vigilances éventuels

Conduite de changement qui mettra du temps à se mettre en place. Nécessite autant l'adhésion du corps médical que du corps paramédical.
L'outil informatique est essentiel, toute panne longue perturbera l'objectif d'ensemble, l'ensemble des objectifs ainsi que les Etapes 1, 2, 5, 6,7 et 8

Moyens humains

Cellule de Gestion des Lits 8h à 18h, tous les jours de la semaine hormis week-end et jours fériés.
Cette Cellule est composée de :
- Un cadre soignant à temps plein
- Un gestionnaire de lit pour chacun des 4 secteurs de déploiement

Moyens matériels et financiers

Coût constant

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- 50% des dates prévisionnelles de sorties sont renseignées dans les plannings d'hébergement sur Crossway et remises à jour quotidiennement
- 50% des sorties sont validées informatiquement dans le ¼ d'heure qui suit la fin de la désinfection et remise à disposition du lit et/ou de la chambre des patients sortants
- 50% des demandes de mutations inter services transitent téléphoniquement par la cellule de gestion des lits et sont validées par elle
- 50% des demandes de changement de lit sont validées en temps réel par appel à la cellule de gestion des lits.
- 50% des pré-admissions ont transité par la Cellule de gestion des lits et apparaissent sur les plannings d'hébergement au minimum 48h avant la date programmée

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Pour tout patient hospitalisé, dans les 48h de son admission, une date prévisionnelle de sortie est indiquée et remise à jour dans le planning d'hébergement de chaque service
- Toutes les sorties sont validées informatiquement dans le ¼ d'heure qui suit la fin de la désinfection et remise à disposition du lit et/ou de la chambre des patients sortants
- Toutes les demandes de mutations inter services transitent téléphoniquement par la cellule de gestion des lits et sont validées par elle.
- Toutes les demandes de changement de lit sont validées en temps réel par appel à la cellule de gestion des lits.
- Toutes les pré-admissions ont transité par la Cellule de gestion des lits et apparaissent sur les plannings d'hébergement au minimum 48h avant la date programmée

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Plan. Hébergement		X	X	X																
ETAPE 2 Date Prev. Sortie			X	X																
ETAPE 3 Règles Hébergement		X	X	X																
ETAPE 4 Demande Mut.Interne	X	X	X	X																
ETAPE 5 Sortie en tps Réel		X	X	X																
ETAPE 6 Affectation Patient		X	X	X																
ETAPE 7 Ordre Priorité Hospi			X	X																
ETAPE 8 Préadmissions	X	X	X	X																

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques (Bonnes pratiques organisationnelles & retour d'expérience) MeaH, Mai 2014
- Gestion des lits – Retour d'expérience, Anap, 2013

Axe n° 1 Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

Fiche action n°1.9

Anticiper la sortie des patients en lien avec le « Bed-Manager » : les Sorties avant midi

Responsable du projet

Nom : Marc BOUIRI	Fonction : Cadre supérieur « Bed-Manager »
Acteurs concernés	Rôle et mission
M. Bernard DORLAND, directeur des soins Cadres de santé, paramédicaux et médecins Direction de la communication et de la clientèle Direction des Systèmes d'Information	Copilote Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

La sortie avant midi est l'un des enjeux majeurs d'une bonne gestion des lits au sein d'un établissement de santé. L'heure de sortie du patient conditionne et peut perturber, si elle est trop tardive, l'ensemble des processus d'hospitalisation. Hors un patient informé par avance peut organiser sa sortie avec sa famille ou ses amis. Actuellement le temps de prise en charge aux urgences est rallongé systématiquement par un retard dans la mise à disposition des lits de sortants au niveau des services d'hospitalisation. Deux prérequis médicaux seront indispensables. D'une part la détermination et confirmation de la date prévisionnelle de sortie pour le lendemain et d'autre part, les documents de sorties anticipés la veille.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Obtenir la veille dans l'après-midi, une planification des sorties prévues et confirmées pour le lendemain matin.
Objectif n°2	Permettre que sauf contingence médicale toute sortie du jour puisse se faire avant midi.
Objectif n°3	Pouvoir accueillir dès la fin de matinée, des patients retenus aux urgences pour faute de place et en attente d'une place dans un lit sortant.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Information du patient le plus précocement possible sur sa date confirmée de sortie.
Etape n°2	- Au préalable réalisation d'un fichier permettant au patient, en cas de barrière de la langue, d'indiquer sa langue de lecture semble nécessaire. - Une affiche (pouvant être traduite en plusieurs langues) est encartée au dos de la porte de chaque chambre en prenant en compte la langue d'expression usuelle du patient et indiquant le règlement intérieur de chaque chambre comme cela se fait au dos des portes de chambres dans l'hôtellerie (consignes en cas d'incendie, horaires des repas, visites, et de l'heure de la sortie).
Etape n°3	Désinfection de la chambre et remise en état donc à disposition avant midi. Elle doit devenir une priorité de service. Une liste arrêtée la veille et confirmée tôt le matin doit servir de base à un planning de réfection de lits et de chambres.
Etape n°4	Mutualisation au sein du pôle d'une « équipe dédiée », ou dont la mission est à tour de rôle d'assurer la réfection de tous les lits sortants du pôle avant midi.

Etape n°5	La fin de la désinfection et de la remise en état d'un lit et son entourage ou d'une chambre doit conduire à une validation informatique de la sortie du patient et donc de la disponibilité du lit.																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
La mise en œuvre de l'Etape n°4 et des Etapes 5 et 6 qui en découlent, dépendent des prérequis médicaux. L'organisation des soins en service de soins nécessitera un changement de pratique et des redéfinitions de tâches.																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Services de soins Cadres sup et cadres de proximités des services et pôles Cellule de gestion des lits											Coût constant										
Éléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
50% de Taux de sorties réelles avant midi avec remise à disposition du lit avant midi.											100% sorties du jour sans impératif horaire médical sont effectives avec remise à disposition du lit et validation informatique avant midi.										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 Information patient		X	X	X																	
ETAPE 2 Affichage chambre		X	X	X																	
ETAPE 3 Réfection Chambre < 12h			X	X																	
ETAPE 4 Equipe dédiée				X																	
ETAPE 5 Validation informatique		X	X	X																	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques (Bonnes pratiques organisationnelles & retour d'expérience) MeaH, Mai 2014 - Gestion des lits – Retour d'expérience, Anap, 2013 																					

AXE 1 : AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

4.2. Thème 2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance » est un thème à part entière du projet de soins. Il fait référence aux valeurs humaniste et holistique du soin et permet de formaliser des actions permettant d'améliorer la prise en charge des patients.

Les actions proposées dans ce chapitre devraient favoriser une meilleure identification de nos pratiques à risque et particulièrement celle qui poussent à mener une réflexion sur la bientraitance.

Nous devons également améliorer la prise de conscience des soignants de l'attention qu'ils doivent porter à tous les instants du parcours de soins, afin de réduire les nuisances nociceptive et les souffrances qu'elles peuvent entraîner.

Enfin la prise en charge du patient décédé constitue une priorité absolue qui clôture notre action de soins dans l'accompagnement le plus adapté aux besoins des familles et à l'apaisement que requiert ce moment douloureux.

Ces objectifs, sont déclinés afin de «Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance » et la mise en œuvre de nouvelles actions :

Fiche action n°2.1 : La prise en charge du décès des patients adultes au sein des unités de soins

Fiche action n°2.2 : Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients

Fiche action n°2.3 : Optimiser les conditions de prise en charge du patient décédé

Fiche action n°2.4 : L'exigence de bientraitance favorisée par une prise de conscience de nos pratiques

Fiche action n°2.5 : Agir sur les phénomènes nociceptifs

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Fiche action n°2.1.

La prise en charge du décès des patients adultes au sein des unités de soins

Responsable du projet

Nom : BILOUS Valérie.	Fonction : Cadre Supérieur de Santé – Pôle Gériatrie
Acteurs concernés	Rôle et mission
Ricardina PALAVRA, Cadre de Santé. Brigitte REIDON. Bernard DORLAND, Coordonnateur Général des Soins	Cadre de Santé, Copilote et suppléant. Responsable de la chambre mortuaire. Supervision en orientations stratégiques (projet de soins)

Diagnostic de la situation existante

Une pratique de soins et de préparation du corps ne répondant pas aux exigences éthiques et aux recommandations professionnelles :

- Une procédure concernant la prise en charge du décès sur le Centre Hospitalier de Saint-Denis existe depuis de nombreuses années mais ne permet pas d'harmoniser les pratiques en matière de gestion administrative (formulaire) et de délivrance de soins (pratiques professionnelles) à apporter au corps du patient décédé.
- Une utilisation isolée par la présence de check-list dans différents services ne contribue pas à une prise en charge globale du patient. Le constat est réalisé sur une gestion des stocks en moyens matériels et en documents administratifs défaillant ou non disponible au moment de l'évènement.
- Une check-list manquante pour tracer la réalisation des soins délivrés au corps, à la préparation au transfert interne ou externe, à la transmission d'actes non réalisés auprès des professionnels de la chambre mortuaire.
- Une multitude de pratiques différentes d'une structure à l'autre (sites Delafontaine et Casanova) : utilisation de draps pour envelopper le corps du défunt, identification du corps réalisée selon les moyens du service, procédures de déclaration auprès de l'administration d'hébergement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer la prise en charge du décès au sein des unités de soins.
Objectif n°2	Uniformiser les pratiques de soins indirectes et directes en matière de prise en charge du patient décédé à l'hôpital.
Objectif n°3	Impulser une démarche éthique dans les pratiques de soins afin de limiter le nombre d'interventions soignantes auprès du patient décédé, dans le respect du temps de recueillement des familles.
Objectif n°4	Mettre en œuvre un outil commun de gestion et de traçabilité des actes réalisés sur le corps du patient au sein des services cliniques

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	<p>Diagnostiquer la situation existante et les moyens disponibles</p> <p>Analyser la dimension sociologique de la pratique soignante</p> <p>Recenser les attentes et les besoins professionnel, les évènements indésirables et les risques connus et les pratiques réalisées sur l'institution hospitalière (2 sites)</p> <p>Répertorier le matériel et les formulaires nécessaires</p> <p>Référer aux recommandations issues de la littérature professionnelle</p> <p>Référer aux pratiques culturelles et rituelles (origine ethnique du patient)</p> <p>Réaliser un benchmark auprès des institutions hospitalières du territoire (kit administratif existant en pédiatrie à Delafontaine)</p>
Etape n°2	<p>Lister le matériel nécessaire à la réalisation des soins directs et indirects</p> <p>Produire une check-list traçant le matériel et les activités réalisées</p> <p>Concerter le groupe sur un outil commun : le kit décès</p> <p>Identifier le secteur le plus adapté à la préparation des kits (centralisation)</p>

	Elaborer une fiche de tâche adaptée à la mission investie Déterminer un stock minimum pour l'hôpital Déterminer un stock minimum pour une unité hospitalière Définir les modalités logistiques de commande et réservation des kits Définir les modalités de délivrance et de récupération des kits Soumettre à la correction aux personnes qualifiées (externe et interne)																			
Etape n°3	Valider la procédure par la Direction des Soins Formaliser le document au regard des améliorations à apporter Informers les cadres paramédicaux et les professionnels Diffuser le document à l'ensemble du personnel concerné Informers les instances : CRUCQPC, CME, CSIRMT, Directoire																			
Etape n°4	Suivre le projet à échéances trimestrielles. Réaliser un bilan de satisfaction auprès des professionnels Analyser la survenue d'événements indésirables dans la mise en œuvre Procéder aux Evaluations des Pratiques Professionnels en interne Bilan à réaliser aux termes des 6 mois de mise en place et à 1 an																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> Assurer un stock minimum de sécurité pour faire face aux périodes critiques et aux situations de crise sanitaire Intégrer la gestion des stocks en kit dans la gestion logistique mensuelle des unités de soins Assurer une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles au long court Former le personnel en interne et intégrer la démarche dans le plan d'intégration des nouveaux arrivants Associer et sensibiliser les étudiants en soins paramédicaux à la démarche de mise en œuvre Accompagner le changement des pratiques (renforcement positif et motivationnel) 																				
Moyens humains								Moyens matériels et financiers												
Mobilisation liée à la recherche bibliographique. Temps consacré à la réflexion et à la rédaction.								Communication institutionnelle (coût constant). Communication intranet / internet (coût constant).												
Éléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
<ul style="list-style-type: none"> La satisfaction des usagers Diminution du nombre de réclamations 																				
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Diagnostic	X	X																		
ETAPE 2																				
Création d'outils			X	X	X	X	X	X												
ETAPE 3																				
Validation									X	X	X	X								
ETAPE 4																				
Suivi													X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Ouvrages et Guides :																				
DUPONT Marc, MACREZ Annick, 2013, <i>Le décès à l'hôpital</i> , Rennes : Presses de l'EHESP, 480 pages.																				
LALANDE Françoise, VEBER Olivier, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, <i>La mort à l'hôpital</i> , Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, RM2009-124P, 106 pages [disponible sur internet :																				
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_mort_a_l_hopital_-_lgas_-_Tome_1_-_janvier_2010_.pdf]																				

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Fiche action n°2.2

Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients

Responsable du projet

Nom : BILOUS Valérie.	Fonction : Cadre Supérieur de Santé – Pôle Gériatrie
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme. Ricardina PALAVRA, Cadre de Santé. Mr. Thierry COLLIN, Directeur des Soins Mr. Bernard DORLAND, Coordonnateur Général des Soins Me MENINAT, Directeur de l'Ehpad Me FABIGNON, agent administratif Casanova	Cadre de Santé, Copilote et suppléant. Supervision et Conseiller du groupe. Supervision en orientations stratégiques (projet de soins)

Diagnostic de la situation existante

Procédure inexistante ou non disponible sur intranet : sécurité des biens des patients (vierge)
Pratique non harmonisée entre l'hôpital Casanova et l'hôpital Delafontaine concernant le suivi des effets personnels biens et valeurs. Utilisation aléatoire des sacs vestiaires.
Pratique non satisfaisante sur Casanova. Certains services ont des coffres, et seule la cadre en détient le code. Des valeurs de patients décédés encombrant les coffres pendant des années.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients décédés
Objectif n°2	Sur Casa, centraliser les différents dépôts dans un seul et unique coffre. Nommer un régisseur de dépôt. Minimiser au maximum le stockage au sein des services
Objectif n°3	Harmoniser le transfert des valeurs de Casanova au trésor public, en s'appuyant sur l'organisation actuelle aux urgences de Delafontaine. (personne mandatée par le trésor public)

Description de l'action *(exprimée en étapes)*

Etape n°1	Réaliser un diagnostic de la situation existante à toutes les étapes sur Casanova et Delafontaine, au moyen d'une enquête qualitative / quantitative concernant la gestion des biens principalement
Etape n°2	Formaliser une procédure de gestion des biens et valeurs du patient de son admission à son décès. Définir les biens et valeurs. Préciser le cas de refus de dépôts des valeurs. Définir le champ d'intervention et la responsabilité de la régie (voir Mr Chesnel) Préciser les interlocuteurs donnant l'information (admission ?)
Etape n°3	Valider la procédure par la Direction des Soins Informers les cadres paramédicaux et les professionnels Diffuser et communiquer sur le document à l'ensemble du personnel concerné Informers les instances : CRUCQPC, CME, CSIRMT, Directoire, Direction des affaires médicales

Etape n°4	<p>Suivre le projet à échéances trimestrielles. Analyser la survenue d'évènements indésirables dans la mise en œuvre Réajuster en fonction des seuils critiques (définir les situations critiques) Procéder aux Evaluations des Pratiques Professionnels en interne Bilan à réaliser aux termes des 6 mois de mise en place et à 1 an Evaluer la baisse du taux des plaintes</p>																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> - La multiplicité des acteurs concernés - Les habitudes, le changement - L'ignorance de la législation (coffres à stupéfiants) - 2 sites - Législation floue 																					
Moyens humains								Moyens matériels et financiers													
Mobilisation liée à la recherche bibliographique. Temps consacré à la réflexion et à la rédaction. Du temps administratif								Communication institutionnelle (coût constant). Communication intranet / internet (coût constant).													
Éléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)													
								Nombre de dépôt adressé à la régie hebdomadairement venant de Casanova													
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1																					
Diagnostic de situation	X	X																			
ETAPE 2																					
Formaliser la procédure			X	X	X	X	X	X													
ETAPE 3																					
Validation et diffusion									X	X	X	X									
ETAPE 4																					
Bilan et évaluation													X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<p>Ouvrages et Guides :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DUPONT Marc, MACREZ Annick, 2013, <i>Le décès à l'hôpital</i>, Rennes : Presses de l'EHESP, 480 pages. - LALANDE Françoise, VEBER Olivier, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, <i>La mort à l'hôpital</i>, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, RM2009-124P, 106 pages [disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_mort_a_l_hopital_-_Igas_-_Tome_1_-_janvier_2010_.pdf] - Règlement intérieur - Gestion des biens et valeurs des patients hospitalisés a Bichat (2008) T Collin - Question pratiques, E Freneau, 2008, « le dépôt des biens et des valeurs à l'hôpital et en clinique » - Loi 92614 du 6 juillet 1992 Relatif aux biens et aux valeurs et aux régimes de responsabilité 																					

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Fiche action n°2.3

Optimiser les conditions de prise en charge du patient décédé

Responsable du projet

Nom : BILOUS Valérie	Fonction : Cadre Supérieur de Santé – Pôle Gériatrie
Acteurs concernés	Rôle et mission
Christine NEVEU Brigitte REIDON Nathalie MEMAIN	Copilote Personnes ressources

Diagnostic de la situation existante

Une procédure du transfert d'un patient décédé à la chambre mortuaire (2008) existe mais devrait être réactualisée. Celle-ci ne traite que du site de Delafontaine. Une procédure décès résumée existe pour le site Casanova (2012) Les pratiques sont différentes entre les deux sites, et apparaissent non harmonisées.

A Delafontaine, les brancardiers des urgences font les transferts de 17 H à 8 H. puis le relais est pris par les agents de la chambre mortuaire, alors que à Casanova, ce sont les soignants qui assurent les transferts, excepté en USP ou les pompes funèbres interviennent directement. En ce qui concerne les bébés ceux-ci ne sont pas transportés à la morgue immédiatement mais gardés dans un frigidaire alimentaire réservé uniquement à cet usage.

350 DC/ans dont 40% à Casanova. Sur le site de Casanova :

- L'hôpital a fait l'acquisition d'un chariot de transfert électrique de façon à optimiser le transfert.
- La présentation du corps aux familles à Casanova n'est possible qu'en chambre donc limitée dans le temps (2 à 4 h)
- La chambre mortuaire a été réaménagée permettant une présentation exceptionnelle avant mise en bière sur site.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Réactualiser et uniformiser la procédure de prise en charge du corps (protocoles : transport du corps, gestion des biens et des valeurs, kit décès, présentation selon les rites)
Objectif n°2	Optimiser le transfert et la présentation du corps aux familles
Objectif n°3	Décrire le processus DC (organisation par rapport à l'hygiène du caisson, température, l'entretien des chariots, transfert des corps, présentation des corps...). Préciser les responsabilités et les missions des intervenants

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Réaliser un diagnostic de la situation existante à toutes les étapes sur Casanova et Delafontaine, au moyen d'une enquête qualitative, Notifier et confirmer la prise en charge faite par les PFG (Les Joncherolles) Confronter les pratiques à la réglementation : Réajuster (suivi températures, contrôle chariot) Répertorier les besoins des familles en rapport aux pratiques culturelles (voir directives anticipées) Consulter le comité d'éthique sur les recommandations en matière de transfert, et de présentation des corps notamment concernant la pédiatrie.
Etape n°2	Réduire les délais de transferts de Casanova à Delafontaine
Etape n°3	Prévoir un chariot spécifique bébé pour le transfert à la chambre mortuaire (néonatalogie et maternité)

Etape n°4	Formaliser la procédure de prise en charge du patient décédé Faire valider par la DSI, le CRUQPC, CME, CSIRMT, la commission éthique et diffuser le document																			
Etape n°5	Suivre, Evaluer et réajuster l'atteinte des objectifs au moyen d'une enquête de satisfaction auprès des professionnels.																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - Le contexte géographique de la structure. Locaux inadaptés, - Ressources humaines inexistantes sur Casa (concernant le transport, présentation) - Le contexte économique et financier - Les évolutions réglementaires en matière de gestion des corps - Patients isolés 																				
Moyens humains								Moyens matériels et financiers												
<ul style="list-style-type: none"> - Temps consacré à la réflexion et à la réalisation de la fiche action, des enquêtes, de la production des documents, de la recherche documentaire. - Mutualisation des ressources humaines entre Delafontaine et Casanova afin d'adapter les ressources à l'activité (assurer une permanence d'un ETP sur le site de Casa) 								Coût constant <ul style="list-style-type: none"> - Négociation du contrat et du cahier des charges avec les «Joncherolles» (PFG) - Temps consacré à optimiser la gestion de la salle mortuaire du site de Casanova 												
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
								Réduction des délais de transfert Taux de satisfaction des usagers (familles) Taux de satisfaction des professionnels												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Diagnostic de l'existant	X	X	X	X																
ETAPE 2																				
Réduction des délais					X	X	X	X												
ETAPE 3																				
description									X	X	X	X								
ETAPE 4																				
Formaliser la procédure													X	X	X	X				
ETAPE 5																				
Evaluation																	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Ehesp : Marc Dupont et Annick Macrez « le décès à l'hôpital » 2013 - http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/1327-deces.aspx - http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/chambre_mortuaire.html - Circulaire DH/AF 1 n° 99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé 																				

Axe n°1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Groupe N°2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Fiche action n° 2.4

L'exigence de bientraitance favorisée par une prise de conscience de nos pratiques

Responsable du projet

Nom : BILOUS Valérie

Fonction : Cadre Supérieur de Santé – Pôle Gériatrie

Acteurs concernés

Cadres de santé
Psychologues
CRUQPC

Rôle et mission

Copilote
Comité de pilotage

Diagnostic de la situation existante

Il existe des formations, cependant certaines pratiques de groupe ou individuelles semblent non adaptées car automatisées, manque de réajustements des pratiques suites aux formations réalisées.
Peu de temps d'échanges liés aux pratiques.
Pratiques non harmonisées sur l'hôpital quant à l'utilisation des outils à disposition d'aide au développement de la bientraitance

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Définir le concept de bientraitance comme levier managérial,
Objectif n°2	Identifier les risques de maltraitance (risques psychologiques, physiques, environnementaux, sociaux) en lien avec les spécificités des services (se référer à la cartographie des risques),
Objectif n°3	Elaborer une stratégie institutionnelle de déploiement de la bientraitance
Objectif n°4	Mise en œuvre des actions identifiées préalablement Favoriser des espaces d'échanges et de réflexion interprofessionnels (groupes d'analyses de pratiques professionnelles (éthique et valeurs soignantes à reprendre avec les équipes. Retour sur pratique à partir d'un évènement ou à la demande des agents), groupes de paroles...
Objectif n°5	Accompagner la mise en place et l'appropriation d'outils de prévention Communiquer sur les actions menées avec les usagers et les soignants

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Assurer une gestion optimisée des RH : Définir le sens du travail : rôles de chacun, évolution des organisations en pôle, (responsabilités, délégation, mobilité, fiches de postes, projets de service) Définir un effectif seuil non négociable. Prévoir des plans de soins dégradés en cas d'absence Proposer des formations institutionnelles en lien avec la bientraitance et l'éthique
Etape n°2	Définir ce qu'est la bientraitance Poser le cadre à travers un rappel législatif : droits et devoirs, obligations en tant que témoins. Reprendre la charte de bientraitance
Etape n°3	Mener une étude permettant d'identifier les risques de maltraitance par service Préciser les risques spécifiques aux services à partir de la cartographie des risques Identifier les besoins des personnels à l'aide d'un questionnaire Evaluer les besoins des services par rapport à la mise en place des groupes d'analyse des pratiques
Etape n°4	Recenser les outils d'aide à la réflexion sur la bientraitance (charte, films, EPP), Cibler les outils les plus appropriés aux différents services et les accompagner dans leur utilisation.

Etape n°5	Proposer la mise en place de temps d'échanges : analyse de pratique et groupes de paroles. Identifier ou recruter des animateurs compétents. Planifier des réunions dans la durée Proposer des formations institutionnelles en lien avec la bientraitance et l'éthique Evaluer les actions mises en œuvre
------------------	---

Identification des freins et des vigilances éventuels

- La résistance au changement,
- Le Turn-over des soignants
- La pluri-culturalité des soignants et des patients accueillis
- L'usure professionnelle ou démotivation des agents cédant au plus facile :
- Contraintes économiques (temps et personnel en effectif suffisant)
- Le principe de participation volontaire à certains groupes
- Le manque de formation des agents
- Le soutien managérial

Moyens humains

Temps dégagé pour le personnel,
Animateur du groupe formé, extérieur au service,

Moyens matériels et financiers

Prestation d'animation et de groupe de parole
Formation institutionnelle
Formation spécifique gériatrie et médecine (8100 €)

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Taux de diffusion et utilisation des outils
Taux de questionnaires de satisfaction positifs
Formations réalisées

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Baisse des plaintes
Baisse de l'absentéisme
Groupes de paroles et d'analyses de pratiques en fonctionnement

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Définir les missions de chacun	x	x	x																	
ETAPE 2																				
Former à la bientraitance		x	x	x																
ETAPE 3																				
Mettre en place des outils					x	x	x	x	x											
ETAPE 4																				
Mise en place de temps de parole							x	x	x	x	x	x	x							
ETAPE 5																				
Création d'espace d'échange							x	x	x	x										

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Anesm : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
- HAS et FORAP : bientraitance : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance
- Promotion de la bientraitance, préparation de l'établissement à l'évaluation externe http://www.slideshare.net/fullscreen/HAS_Sante/bientraitance/26
- La bientraitance en management, point de vue d'un coach. Réf. 457237 SOINS. CADRES, n° 83, 2012/08, pages 20-21, 5 réf., ISSN 0183-2980, FRA . BOUSSUGE (Bruno) : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/457237/>
- Bientraitance et qualité de service : Atelier «Retour d'expérience», Avignon, 16 et 17 septembre 2011, Michel SCHMITT, Pilote de la mission ministérielle «Promouvoir la Bientraitance dans les établissements de santé» http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2011/PDF/Presentations/Ateliers_REX/Atelier4_SCHMITT_Michel.pdf

Axe n° 1 Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient
Thème N°2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

Fiche action n°2.5

Agir sur les phénomènes nociceptifs

Responsable du projet

Nom : BILOUS Valérie	Fonction : Cadre Supérieur de Santé – Pôle Gériatrie
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mr DUCHAMP, Responsable des travaux, Cadres de nuit Personnel soignant et administratif	Référents en matière d'écologie des bâtiments

Diagnostic de la situation existante

Le bruit a des effets non auditifs divers sur la santé physique et mentale des individus : des perturbations du sommeil constituent la plainte majeure des personnes exposées et chez les enfants des risques de détérioration des capacités cognitives de mémorisation et d'apprentissage.

L'éclairage non approprié la nuit tend à perturber le sommeil et les repères des usagers

Une amélioration des pratiques et des installations serait-elle pertinente ?

La qualité de l'air microbiologique mais aussi chimique est-elle étudiée ? La spécificité de l'activité de soins entraîne une gestion particulière des espaces au sein des établissements de santé, en particulier dans les espaces à risques tels que le service de stérilisation, les blocs opératoires ou encore les laboratoires. Cette problématique doit être considérée, en particulier au regard des personnels et des patients fragiles (patients immunodéprimés, prématurés, enfants, personnes âgées...)

Les ondes électromagnétiques se multiplient, les usagers et les professionnels sont de plus en plus exposés aux risques encourus pour la santé.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire un état de lieux de l'existant
Objectif n°2	Diminuer l'impact du bruit et réduire les nuisances sonores notamment la nuit au sein des services Réduire l'impact de l'éclairage nocturne dans les services
Objectif n°3	Réduire les rayonnements des champs électromagnétiques liés aux branchements électriques, Prévenir les pollutions de l'air à l'intérieur des bâtiments
Objectif n°4	Développer l'information et la formation des différents acteurs de la prévention environnementale dans l'hôpital

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un diagnostic des nuisances sonore au à l'aide d'audits - Réaliser un diagnostic des pratiques d'éclairage - Mesurer l'exposition aux ondes électromagnétiques dans différents - Mesurer la qualité de l'air par une étude dans les lieux clos ouverts au public
Etape n°2	<ul style="list-style-type: none"> - Entreprendre des actions collectives et individuelles visant à faire évoluer les pratiques, (insonorisation d'espaces, éclairage relié aux détecteurs de mouvements, veilleuses....). - Mener des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels en Collaborant avec les instances et à partir de travaux déjà existants

Etape n°3	- Si nécessaire, prendre les mesures de prévention et/ou protection contre les ondes électromagnétiques,																																																																																																																																																																																																																	
Etape n°4	- Assurer une évaluation des actions entreprises																																																																																																																																																																																																																	
Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																																																																																																																		
Freins budgétaires Freins politiques Développement de nouvelles technologies, Résistance au changement Moyens financiers																																																																																																																																																																																																																		
Eléments d'évaluation																																																																																																																																																																																																																		
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)																																																																																																																																																																																																																		
Nombre de professionnels sensibilisés																																																																																																																																																																																																																		
Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																																																																																																																		
Nombre de travaux réalisés, Taux de satisfaction des conditions de travail des soignants, taux de satisfaction des usagers en lien avec les phénomènes nociceptifs																																																																																																																																																																																																																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																																																																																																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Etat des lieux</td> <td>xx</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Actions individuelles et collectives</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Mesurer les pollutions magnétiques et la qualité de l'air</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>xx</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 4</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Formation et communication</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		2015				2016				2017				2018				2019				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1																					Etat des lieux	xx	x	x	x																	ETAPE 2																					Actions individuelles et collectives					x	x	x	x													ETAPE 3																					Mesurer les pollutions magnétiques et la qualité de l'air									xx	x	x	x									ETAPE 4																					Formation et communication													x	x	x	x				
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																																																																																																																																	
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																																																																																																																														
ETAPE 1																																																																																																																																																																																																																		
Etat des lieux	xx	x	x	x																																																																																																																																																																																																														
ETAPE 2																																																																																																																																																																																																																		
Actions individuelles et collectives					x	x	x	x																																																																																																																																																																																																										
ETAPE 3																																																																																																																																																																																																																		
Mesurer les pollutions magnétiques et la qualité de l'air									xx	x	x	x																																																																																																																																																																																																						
ETAPE 4																																																																																																																																																																																																																		
Formation et communication													x	x	x	x																																																																																																																																																																																																		
<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																																																																																																																																		
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																																																																																																																		
- PRSE 2 Plan Régional Santé Environnement Nord - Pas-de-Calais Ensemble, agissons pour notre santé sur notre environnement 2011 - 2014 http://www.nord-pas-de-calais.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/prse2.pdf - ADEME : http://www.ademe.fr/guides-fiches-pratiques - http://www.ecologs.org/energie/reduire-les-champs-electriques-et-electromagnetiques.html																																																																																																																																																																																																																		

AXE 2 : OPTIMISER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

4.3. Thème 3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins

L'axe 2 du projet de soins vise à « optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins ». Il ne peut se concevoir sans la poursuite de l'amélioration des supports écrits ou informatisés concernant le patient.

La première partie concerne l'évolution « qualitative » du dossier de soins du patient. Il faut poursuivre les actions mises en œuvre dans le précédent projet de soins : celles qui avaient permis l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité du support papier existant.

Cependant, la certification a identifié des zones de fragilité de nos dossiers de soins et l'amélioration nécessaire de la fiabilité des données. C'est pourquoi, il faut se préparer au mieux à l'informatisation et assurer une traçabilité sans faille des soins du patient

Prolongement paramédical du traditionnel dossier médical, le dossier de soins se doit d'être d'abord un outil de travail spécifique et partagé des paramédicaux, un élément de renseignements individuel complémentaire à celui des données administratives et médicales pouvant être utilisé au codage utilisé pour le PMSI et influençant les recettes de l'établissement.

Ce dossier a vu des évolutions régulières, au gré des besoins des soignants et des parutions de textes législatifs. Il faut donc poursuivre l'évolution de ce dossier de soins, tant par le contrôle de sa tenue que par les choix d'évolution liés à l'utilisation des diagnostics infirmiers, des transmissions ciblées et bien sûr mettre en œuvre et accompagner son informatisation.

Nous retrouvons donc trois actions dans ce chapitre :

Fiche action n°3.1 : Audit du dossier de soins

Fiche action n°3.2 : Renforcer et généraliser l'utilisation du diagnostic infirmier et des transmissions ciblées

Fiche action n°3.3 : Développer l'informatisation du dossier de soins

Axe n°2 : optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soin

Fiche action n° 3.1

Audit du dossier de soins

Responsable du projet

Nom : FERRY Jean-Jacques

Fonction : Cadre Supérieur de Santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme VIRLOUVET Michelle
Groupe de travail
Direction qualité

Copilote
Professionnels de santé paramédicaux

Diagnostic de la situation existante

- Dernier audit datant de 2010 mais audit partiel en 2012
- Actuellement dossier hybride papier et informatique

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Effectuer un audit de la tenue du dossier de soins papier
Objectif n°2	Effectuer un audit de la tenue du dossier de soins pour les items informatisés
Objectif n°3	Faire un bilan des conséquences, sur la tenue du dossier de soins, de l'avancée de l'informatisation dans les différents services.
Objectif n°4	Formaliser un plan d'action par service et par pôle

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Finaliser la grille d'évaluation adaptée aux deux supports
Etape n°2	Réaliser l'audit
Etape n°3	Analyser les résultats (assurer le traitement informatique)
Etape n°4	Présenter les résultats par pôle et par service
Etape n°5	Préparer des mesures correctives par pôle et par service
Etape n°6	Mettre en place les mesures correctives nécessaires par la formalisation d'un plan d'action par pôle et par service

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Temps
- Nombre d'auditeurs
- Compréhension partagée de la grille d'audit
- Situation hybride du dossier de soins

Moyens humains					Moyens matériels et financiers															
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail et volontaires - Direction qualité 					<ul style="list-style-type: none"> - Clés USB par auditeur - Ordinateurs portables en prêt pour auditions 															
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des audits 										<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des plans d'action 										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Finaliser la grille d'évaluation adaptée aux deux supports	X																			
ETAPE 2 Réaliser l'audit	X	X																		
ETAPE 3 Analyser les résultats		X	X																	
ETAPE 4 et 5 Présenter résultats / pôle			X	X																
ETAPE 6 Préparer mesures correctives par pôle			X	X																
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - ANAES : Juin 1994 Evaluation de la tenue du dossier soin. - Décret n° 93-221 du 16 Février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmières - Circulaire DGS/DH n° 92 du 30 Décembre 1994 relative à la traçabilité. - Guide du service de Soins infirmiers : Septembre 2001 normes de qualité réalisé par DHOS 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins

Fiche action n° 3.2

Renforcer et généraliser l'utilisation du diagnostic infirmier et des transmissions ciblées

Responsable du projet

Nom : JJ FERRY

Fonction : Cadre supérieur de Santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

Référents CROSWAY
Formateurs IFSI

Diagnostic de la situation existante

- Pas de formalisation des diagnostics infirmiers sur l'établissement
- Pas de formalisation des transmissions ciblées sur l'établissement
- Pas d'utilisation au quotidien des transmissions ciblées dans l'établissement hormis quelques tentatives disparates d'une partie des infirmières dans certains services
- Pas d'engagement formel de l'encadrement (au-delà des mots) pour déployer et conforter l'utilisation de l'outil dans leurs propres services
- Attentisme généralisé de la venue de l'informatisation du dossier de soin pour « passer à l'acte »

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Formaliser les diagnostics infirmiers
Objectif n°2	Formaliser les transmissions ciblées en pensant leur adaptation à l'outil informatique
Objectif n°3	Déployer sur les services pilotes, évaluer et apporter les éventuelles améliorations
Objectif n°4	Déployer sur l'établissement

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Recenser les diagnostics infirmiers
Etape n°2	Recenser les cibles propres à chaque service
Etape n°3	Elaborer un thésaurus en collaboration avec l'ensemble des acteurs de soin de l'établissement
Etape n°4	Tester l'ergonomie de l'outil (services pilotes)
Etape n°5	Prévoir l'intégration de l'évaluation de la tenue du dossier de soin lors de la création de l'outil informatique

Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> - temps - déploiement de tout ou partie par service - bien étudier les étapes du déploiement 																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
<ul style="list-style-type: none"> - référents CROSWAY - groupe - formateurs IFSI - direction des soins 											Formation 2 sessions 6 000 € Budget pluriannuel PPI « informatique »										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Mise en route du test sur les services pilotes											Déploiement généralisé										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 Recenser les diagnostics infirmiers	X																				
ETAPE 2 Recenser les cibles propres à chaque service	X																				
ETAPE 3 Elaboration thésaurus		X	X																		
ETAPE 4 Ergonomie outil							X	X													
ETAPE 5 Evaluation du dossier de soin et création de l'outil informatique		X	X	X	X	X															
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - Décret n° 2004-802 du 29/07/2004 article R.4311-1 code de la santé publique - BOISVERT Cécile- TERRE J.L. Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins, (Editeur Masson 2003 page 19) - Circulaire 15/09/1989 : dossier soins composante fondamentale dossier patients 																					

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soin

Fiche action n° 3.3

Développer l'informatisation du dossier de soins

Responsable du projet

Nom : JJ FERRY

Fonction : Cadre supérieur de Santé

Acteurs concernés

M. Franck LEBLANC
Groupe
DSI
DSSI

Rôle et mission

Expertise soignante et informatique
Mission de mise en adéquation des besoins soignants, juridiques et institutionnels avec les contraintes informatiques

Diagnostic de la situation existante

Informatisation partielle des services pour les prescriptions
Nécessité d'adapter les fiches papiers existantes au format informatique dans un objectif d'ergonomie et de fiabilité

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire un état des lieux des fiches existantes nécessaires à une prise en charge efficiente des patients
Objectif n°2	Créer des fiches adaptées à l'informatisation
Objectif n°3	Améliorer la traçabilité des recueils de données et des soins
Objectif n°4	Déployer l'informatisation à l'ensemble des unités de soins

Description de l'action

Etape n°1	Recenser les fiches papier indispensables à une prise en charge globale et efficiente des patients
Etape n°2	Adapter nos fiches aux contraintes informatiques
Etape n°3	Déployer les fiches informatisées du dossier de soins avant la « dead line » de 2016
Etape n°4	Déployer la formation du personnel en prévoyant l'accès aux vacataires

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins : temps ; moyens humains
Vigilances : évolution des organisations de service en fonction du déploiement ; temps de formation ET d'acquisition

Moyens humains		Moyens matériels et financiers																		
<ul style="list-style-type: none"> - Référent informatique : Franck LEBLANC - Groupe de travail - DSI - CGS 		Définis en commission informatique. Le déploiement est prévu dans le cadre du plan de financement pluriannuel																		
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)		Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																		
Déploiement complet du dossier dans les services pilotes		Déploiement complet sur l'établissement																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Etat des lieux	X																			
ETAPE 2																				
Formater les fiches		X	X	X																
ETAPE 3																				
Déployer les fiches informatisées					X	X	X	X												
ETAPE 4																				
Formation				X	X	X	X													
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Loi 78-17 du 06 Janvier 1978 Loi Informatique et Liberté. - DELIS (droits et liberté face à l'informatisation de la société) le dossier informatisé du patient - Décret 92-329 du 30 Mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information modifiant le code de la santé publique. - Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi : Vers l'informatisation des soins infirmiers. BO n°88/9 bis - Loi n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. - Loi n° 2000-230 du 13 Mars 2000 relative à la signature électronique 																				

AXE 2 : OPTIMISER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

4.4. Thème 4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur ; thème déjà développé dans le précédent projet de soins ; est un droit fondamental dans une prise en charge de qualité du patient.

Le texte législatif de 2002 précise que « Toute personne a le droit de recevoir des soins en visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

L'exigence de sa traçabilité répond avant tout à une nécessité de prise en charge de qualité. Elle est définie par la Haute Autorité de Santé comme une pratique exigible prioritaire pour la certification V2010 et nos derniers résultats de la mesure la traçabilité de l'évaluation de la douleur (indicateur IPAQSS) montre nos marges de progression

Les actions du projet de soins antérieur ont permis de modifier et de requalifier les supports. Des formations ont appuyé ce changement avec une présentation des supports utilisables suivant les secteurs d'activité.

Malheureusement les chiffres des indicateurs de qualité transmis aux tutelles en vue de la diffusion au public prouvent notre inefficience sur cette mission.

Les actions présentées dans ce chapitre montrent : la volonté d'une implication forte des référents douleur avec l'appui d'un infirmier « ressource douleur », celle d'analyser les freins à la traçabilité à travers une évaluation des pratiques professionnelles.

Les actions sont ainsi déclinées :

Fiche action n°4.1 : Mission et mise en place des référents douleurs

Fiche action n°4.2 : Développement du poste IDE ressource douleur de l'établissement

Fiche action n°4.3 : Communication – sensibilisation – pédagogie sur la douleur

Fiche action n°4.4 : Analyse des pratiques professionnelles sur la traçabilité de la douleur

Fiche action n°4.5 : Valoriser l'expertise dans la démarche palliative

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liées aux soins
Thème N°4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

Fiche action 4.1

Mission et mise en place des Référénts douleurs

Responsable du projet

Nom : M VIRLOUVET / M DIALLO / M ZAHAFI /
L BENNAZOUZ

CSS Médecine

Acteurs concernés

Rôle et mission

M VIRLOUVET et N BOYER
Référént IDE et AS
Cadre de santé
CLUD
Direction des soins

Pilote du groupe
Appui logistique et ressource

Reconnaissance IDE ressource
Validation et augmentation temps infirmier

Diagnostic de la situation existante

Il existe à ce jour des référents douleurs dans certains services mais leurs missions et rôles restent méconnus par tous. Pour les référents existants à ce jour, ils ne participent pas au CLUD et de ce fait, ne disposent pas des informations dont ils ont besoin pour agir au sein de leur service.

De plus, les actions menées sur la douleur dans les différents services ne remontent pas systématiquement vers le CLUD ce qui peut rendre opaque les actions du CLUD et incomplète toutes les actions sur la douleur existante dans l'établissement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Nommer des référents douleur dans tous les services en fonction des particularités de chaque pôle (Dans les services de soins l'idéal serait 1 IDE et 1 AS,...).
Objectif n°2	Définir les missions communes (institutionnelles) et spécifiques (de Pôle).
Objectif n°3	Potentialiser le rôle d'intermédiaire des référents douleur entre les services et le CLUD mais aussi entre le CLUD et les services.
Objectif n°4	Donner les outils adéquats aux référents douleur pour la réalisation de leur mission (temps détaché, reconnaissance par leur pair, autonomie d'action et de proposition...)
Objectif n°5	Pérenniser le fonctionnement des référents douleur dans l'établissement

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Définir les missions des référents
Etape n°2	Ecrire l'organisation intra-Pôle des référents douleur et l'encadrement de ceux-ci
Etape n°3	Validation avec le CLUD de la nouvelle organisation
Etape n°4	Choisir les référents douleur en fonction des besoins de chaque pôle sur la base du volontariat et de la motivation des équipes.

Etape n°5	Accompagner les référents dans cette organisation polaire et organiser la communication avec le CLUD et s'assurer qu'ils travaillent avec tous les outils nécessaires à la réalisation de leur mission. Avoir un fonctionnement pérenne																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> Nécessité rapide de mettre en place les référents douleurs Besoins d'adaptation des missions aux spécificités des différents services Difficulté d'avoir des agents de nuit volontaire pour être référent douleur Difficulté de diffusion et de transmission des informations relayées par le CLUD Manque de sensibilisation des équipes à la prise en charge de la douleur 																				
Moyens humains								Moyens matériels et financiers												
<ul style="list-style-type: none"> CLUD Cadre supérieur et cadre de santé et SF Groupe de travail de la FA Référents douleur 								<ul style="list-style-type: none"> Le temps de référent détaché Les moyens informatiques. Les outils divers créés par le CLUD 												
Éléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
La validation par le CLUD des missions des référents douleur et de l'organisation de ceux-ci dans les pôles								La pérennisation du fonctionnement des référents. Présence d'un référent par service												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 : Mission des Référents	x	x																		
ETAPE 2 : Organisations Intra-pôle			x	x																
ETAPE 3 : Validation					x															
ETAPE 4 : Choix des référents						x	x													
ETAPE 5 : Outil et pérennité du dispositif									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																			
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> Référentiel d'activité infirmière Ressource Douleur. Nov 2007 Evaluation du plan d'amélioration prise en charge de la douleur Rapport du Haut Conseil Santé Publique 2001.76-77 Infirmerie Santé Magazine 2007 ; Infirmerie référente douleur de Quarante O 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liées aux soins
Thème N°4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

Fiche action 4.2

Développement du poste IDE ressource douleur de l'établissement

Responsable du projet

Nom : J VALENCELLE / S BOISDENGHEIN

IDE pilote

Acteurs concernés

Mme VIRLOUVET et Mr BOYER
IDE ressource douleur
Référénts douleurs
Direction des soins
CLUD et médecins

Rôle et mission

Pilote et copilote groupe PDS
Acteur privilégié sur le terrain
Appui logistique pour infirmier ressource
Validation et augmentation temps infirmier
Reconnaissance IDE ressource

Diagnostic de la situation existante

Un poste d'IDE douleur ETP 50% est en théorie pourvu, cependant en raison de ressources humaines manquantes au bloc, la mission ne peut être assurée au temps de détachement prévu.
Il n'existe pas de poste IDE 100% ETP sur l'hôpital en dépit de réels besoins dans la dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur sur l'hôpital.
Par ailleurs, il est constaté un manque d'investissement des agents (tout type confondu) dans la PEC de la douleur faute d'émulation professionnelle et de référence de qualité.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer la PEC de la douleur en développant l'accessibilité de la personne ressource douleur de l'établissement.
Objectif n°2	Activité effective à 50% ETP de l'IDE ressource douleur pour l'ensemble de l'établissement.
Objectif n°3	Reconnaissance de l'IDE ressource douleur par ses pairs et le personnel médical

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Rédaction puis validation de la fiche de poste par la direction des soins et le CLUD
Etape n°2	Délocalisation de l'IDE ressource des locaux du bloc opératoire.
Etape n°3	Validation et mise en œuvre du 50% ETP et mise en place des missions
Etape n°4	Elaboration d'un plan d'action pour l'établissement et présentation de celui-ci aux instances.
Etape n°5	Bilan d'activité au bout d'un an effectif du 50% ETP pour réévaluation et actions correctrices et pérennisation en passage à 100% ETP.

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Connaissance et reconnaissance dans l'institution Détachement réel et effectif de l'IDE Soutien médical (réfèrent médical)																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
IDE 50%ETP 2ème IDE 50%ETP (24 000 €)										Locaux et moyens de communication Communication institutionnelle Formation continue										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
IDE 50%ETP en détachement réel du bloc opératoire										Poste pourvu à 100% ETP et bilan annuel										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 : Fiche de poste	X	X																		
ETAPE 2 : Délocalisation IDE		X																		
ETAPE 3 : Mise en place mission			X	X																
ETAPE 4 : Plan d'action et présentation				X	X	X	X													
ETAPE 5 : Bilan et action correctrice								X	X			X	X			X	X			X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Quarante o : l'infirmière référente douleur dévoilée (infirmière magazine 2007) -Référentiel activité Infirmier Ressource Douleur (SFETD 2007) - HAS Référence 26 - Rapport du haut conseil de la Santé Publique (HCSP) 2001 :76-77 - Germain M Que font les IRD ?: infirmière magazine 2007(228) :12 - Gervais c Infirmière ressource Soin (septembre 2008) 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liées aux soins
Thème N°4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

Fiche action 4.3

Communication – Sensibilisation – Pédagogie sur la douleur

Responsable du projet

Nom : Mr FAROTA ROMEJKO / Mme LECANTE	Pilote du groupe
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme VIRLOUVET et Mr BOYER Service de la Communication CLUD Cadres de santé Référénts douleur de chaque service	Pilote et copilote groupe PDS Mise en place des outils de communication Validation des outils communiqués Soutien des référents douleur Création et utilisation pérenne des outils
Diagnostic de la situation existante	
<p>Actuellement, il y a une méconnaissance des missions et des actions du CLUD au sein de l'établissement. Il y a très peu de participants aux réunions et peu d'implication de la part des médecins ; les formations ne sont pas toutes suivies. Il y a pas mal d'initiatives prises en local (service, Pôle) mais qui ne remontent pas vers le CLUD rendant parfois les actions de prise en charge de la douleur opaques. L'architecture de l'établissement mis sur 2 sites rend aussi difficile la communication. Et il semblerait même, que de plus en plus, la prise en charge de la douleur ne soit pas une priorité pour les étudiants. Enfin, les indicateurs de traçabilité de prise en charge de la douleur montrent à quel point les équipes manquent de sensibilisation sur le caractère essentiel de cette traçabilité</p>	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Rendre plus visible le CLUD et ses actions par la mise en place d'un bulletin d'informations systématique à chaque édition de la revue « Entrenous ».
Objectif n°2	Rendre le CLUD accessible en créant une adresse mail pour que tous les agents de l'établissement puissent poser leur question au CLUD
Objectif n°3	Création d'outils pédagogiques permettant de sensibiliser chacun au fonctionnement et actions du CLUD : glossaire, Charte, création de documents d'informations diverses...
Objectif n°4	Centraliser toutes les actions menées dans les services de jour comme de nuit sur la douleur par les remontées de l'encadrement et des référents douleurs des services. Faire connaître les initiatives menées par les pôles.
Objectif n°5	Générer la motivation des agents en créant un « concours traçabilité » annuel par service en contrepartie d'un prix (ex : dîner de service).
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Faire un planning de l'échéancier des actions qui vont être menées par le CLUD – Les communiquer au travers d'un premier bulletin d'informations dans « Entrenous » avec l'information sur l'adresse mail et son utilité.
Etape n°2	Créer l'équipe communication du CLUD et du groupe de travail sur le Projet de soins. Pérenniser les bulletins d'information à chaque publication de la revue « Entrenous »
Etape n°3	Créer un glossaire sur les termes les plus utilisés dans la prise en charge de la douleur.
Etape n°4	Créer une charte d'engagement sur la prise en charge de la douleur dans l'établissement et afficher à l'entrée de chaque unité de soins

Etape n°5	Créer un affichage sur les règles d'évaluation de la douleur en rapport avec les référents douleur des différents services																				
Etape n°6	Créer un Memo douleur mis en page de garde sur chaque dossier de soins papier (en rapport avec l'équipe sur le circuit du médicament) ou travail avec dossier informatique pour une alerte si non tracé dans une journée.																				
Etape n°7	Mise en place et communication du grand concours de Traçabilité																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<p>Difficulté d'avoir un référent douleur par service. Difficulté à l'investissement des cadres et des chefs de service Difficulté à pérenniser une communication efficace et régulière. Avoir une équipe au sein du CLUD qui s'occupe de la communication de manière constante. Participation de tous les acteurs pour centraliser les informations relevant du CLUD</p>																					
Moyens humains								Moyens matériels et financiers													
Besoin d'un référent douleur par service Besoin d'une équipe communication au CLUD Temps du service de communication								Adresse mail à créer. Affichage éventuel.													
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)													
Mise en place et diffusion de la charte PEC Douleur								Réalisation du concours et Diffusion (photos, affiche des gagnants) + Remise de prix. Mise en place d'action correctrice													
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 1 ^{er} communiqué et Mail	x																				
ETAPE 2 Communiqué régulier		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ETAPE 3 Glossaire				x									x								
ETAPE 4 Charte douleur					x	x	x	x									x				
ETAPE 5 Outil Evaluation douleur							x	x	x	x											
ETAPE 6 Mémo ou alerte										x	x	x									
ETAPE 7 Concours de Traçabilité													x	x	x	x				x	x
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
Bob Nelson et Peter Economy, 3 ^{ème} trimestre 2004, Le Management pour les nuls 2 ^{ème} édition, 342 pages. www.sante.gouv.fr/colloque dossier douleur, 17/10/2011																					

Axe n° 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

Fiche action 4.4

Analyse des pratiques sur la traçabilité de la douleur

Responsable du projet

Nom : Michelle VIRLOUVET / Nicolas BOYER	Pilote et copilote groupe PDS
Acteurs concernés	Rôle et mission
Tous les membres du groupe PDS IDE, AS de tous les services Equipe d'encadrement CLUD Directeur des soins	Groupe de travail Pour répondre à l'audit Communication et recherche de plan d'action Validation de la démarche Soutien dans la démarche
Diagnostic de la situation existante	
Mauvaise traçabilité de l'évaluation et réévaluation chiffrée par les indicateurs QUALHAS et IPAQSS. Mauvaise connaissance des supports, mauvaise communication IDE/AS Manque de professionnalisme Pas de vrai diagnostic sur les réels freins à la traçabilité de la douleur dans l'établissement	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Identifier les freins à la traçabilité par enquête au travers d'un questionnaire par les professionnels : cadre, ide, médecins
Objectif n°2	Objectiver le ressenti du patient par enquête.
Objectif n°3	Proposer des actions d'améliorations.
Objectif n°4	Optimiser l'accompagnement de la prise en charge de la douleur.
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Recherche documentaire, méthodologie en vue d'élaborer une analyse des pratiques professionnelles sur les freins à la traçabilité
Etape n°2	Etablir les deux grilles d'audits : patient et soignant
Etape n°3	Réaliser les audits et traitement des résultats
Etape n°4	Restitution de la première analyse aux référents douleurs et recherche de plans d'actions par les référents douleur auprès des professionnels
Etape n°5	Choix par le groupe de travail des actions prioritaires à mener sur l'établissement après le retour des référents douleur
Etape n°6	Validation par le CLUD et déploiement des actions par les référents
Etape n°7	Réévaluation par un 2 ^{ème} audit et traitement des résultats
Etape n°8	Action correctrice et pérennisation de la démarche

Identification des freins et des vigilances éventuels

Temps pour organiser une analyse des pratiques professionnelles
Rotation du personnel rendant difficile une action au long terme
Temps que les professionnels vont nous accorder pour faire l'audit
Implication des cadres pour motiver les personnels à répondre à l'audit
Traitement des résultats difficile vu l'ampleur de l'audit

Moyens humains

Mobiliser tout le personnel :
IDE, AS, Cadre, Médecin de jour comme de nuit

Moyens matériels et financiers

Coût constant
Informatique pour le traitement des résultats
Communication. Reprographie
Temps de secrétariat (créer et restitution du questionnaire)
Questionnement sur sujet de recherche

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Réalisation du 1^{er} audit

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Amélioration des indicateurs de qualité QUALHAS, IPAQSS

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 : Recherche documentaire	X	X	X	X																
ETAPE 2 : Création grilles audit				X	X	X														
ETAPE 3 : Audit et traitement résultat							X	X	X											
ETAPE 4 : Analyse par référent douleur et service de soins										X	X									
ETAPE 5 : Priorisation des actions à mener												X								
ETAPE 6 : Validation actions et déploiement													X	X	X	X				
ETAPE 7 : Réévaluation																	X	X		
ETAPE 8 : Action correctrice																			X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Réf 12a de la certification (PEP)
- Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire DHOS/E2 du 30Avril relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur
- Charte des droits aux patients, circulaire du 06 Mai 1995
- Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmières du 27 Juillet 2004

**Axe n°2 Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°4 : Optimiser la prise en charge de la douleur**

Fiche action n° 4.5

Valoriser l'expertise dans la démarche palliative

Responsable du projet

Nom : Mr FAROTA / Mme BENAZOUZ

Pilote Fiche action

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme VIRLOUVET et Mr BOYER
Cadres, soignants sages-femmes, puéricultrices
CLUD
Equipe mobile de soins palliatifs

Pilote et copilote groupe PDS
Groupe de travail
Validation
Groupe expert

Diagnostic de la situation existante

Au sein de l'établissement, il y a une méconnaissance des pratiques palliatives : maternité, néonatalogie, réanimation, médecine, SAMU.

Les pratiques concernant certains soins palliatifs peuvent être opaques.

De ce fait, il en découle un manque de transversalité et de partage de compétence au sein de l'établissement.

Enfin, l'expertise de l'équipe mobile n'est que peu reconnue.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Formaliser une démarche de prise en charge palliative sur l'établissement adaptée à la spécificité de chaque service
Objectif n°2	Favoriser la transparence des actions menées et les formaliser. Sensibiliser les équipes
Objectif n°3	Optimiser la prise en charge palliative et la développer
Objectif n°4	Utiliser les référents douleurs dans l'amélioration de la démarche palliative

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Recenser toutes les procédures existantes dans chaque service
Etape n°2	Formaliser et réactualiser les démarches
Etape n°3	Valider les procédures par les instances : CLUD, Qualité
Etape n°4	Informier, communiquer, sensibiliser au travers des référents douleurs
Etape n°5	Bilan et actions correctrices

Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> La multi culturalité des patients donne une approche très diverse de la mort L'approche palliative de la mort n'est pas encore dans la culture soignante Manque de ressources humaine pour un accompagnement global sur tout l'établissement demandant des référents difficile ont impliqué et trouvé Difficulté des médecins à accepter un abandon de traitement au profit d'une prise en charge palliative 																																																																																																																																																			
Moyens humains	Moyens matériels et financiers																																																																																																																																																		
Cadres impliqué Equipe mobile Médecins Référents douleurs dans leur temps détaché	Temps détaché des référents douleurs Formation pour les référents douleur (cf fiche action 4.1)																																																																																																																																																		
Eléments d'évaluation																																																																																																																																																			
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																																																		
Formalisation et validation des démarches par le CLUD (2 démarches)	Transversalité de l'équipe mobile avec intervention sur tous les secteurs visibles sur le bilan annuel																																																																																																																																																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 : Recensement</td> <td>X</td><td>X</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 : Formalisation</td> <td></td><td></td><td>X</td><td>X</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 : Validation</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>X</td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 4 : Diffusion</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 5 : Bilan et action correctrice</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>X</td><td>X</td><td></td><td></td> <td>X</td><td>X</td><td></td><td>X</td> </tr> </tbody> </table>		2015				2016				2017				2018				2019				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 : Recensement	X	X																			ETAPE 2 : Formalisation			X	X																	ETAPE 3 : Validation					X																ETAPE 4 : Diffusion						X	X	X	X	X	X										ETAPE 5 : Bilan et action correctrice													X	X			X	X		X
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																																																																		
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																																																															
ETAPE 1 : Recensement	X	X																																																																																																																																																	
ETAPE 2 : Formalisation			X	X																																																																																																																																															
ETAPE 3 : Validation					X																																																																																																																																														
ETAPE 4 : Diffusion						X	X	X	X	X	X																																																																																																																																								
ETAPE 5 : Bilan et action correctrice													X	X			X	X		X																																																																																																																															
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																																																																		
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																																																			
<ul style="list-style-type: none"> - Critère 13a de l'HAS - Loi n° 2005-30 du 22 Avril 2005 - Loi du 9 Juin 1999 officialise les droits aux soins palliatifs - Loi 12 mars 2002 conférence de consensus - Circulaire n°161 29 Mars 2004 DHOS relative à l'organisation en cancéro pédiatrique 																																																																																																																																																			

AXE 2 : OPTIMISER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

4.5. Thème 5 : Prévenir les risques liés aux soins

La gestion des risques liés aux soins reste une thématique majeure du projet de soins. Elle s'inscrit comme un des axes du projet global de l'établissement sur la prévention des risques, de la qualité et de la sécurité des Soins.

Plusieurs risques ont été identifiés par la cellule de gestion des risques et de la qualité dans le cadre du recueil des risques « a priori » réalisé dans tous les services. A ce titre, elle a participé à l'élaboration des actions proposées dont certaines sont communes avec le projet qualité. De plus, les soignants participent et travaillent en collaboration étroites avec les différentes commissions avec à l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient. Il s'agit entre autres du : CLIN, CLAN, Groupe Escarres, CSTH, Groupe « Urgences vitales », etc ...

Les thèmes présentés permettent de poursuivre des actions qui ont déjà fait l'objet d'un accompagnement étroit du précédent projet de soins, en particuliers concernant la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de l'arrêt cardiaque, la prévention du risque escarre.

Afin de traiter eau mieux ce sujet, des sous-groupes ont été formés. Ils ont été pilotés par les experts du domaine concernés. Par exemple, pour la lutte contre les infections nosocomiales, le cadre hygiéniste ou l'hémovigilant pour le risque transfusionnel.

11 fiches actions ont été rédigées permettant de travailler en lien avec les différentes commissions de l'établissement :

Fiche action n°5.1 : Poursuivre et développer les actions mises en œuvre pour la prise en charge des détresses vitales

Fiche action n°5.2 : développer les actions avec l'équipe de nuit pour la prise en charge des détresses vitales

Fiche action n°5.3 : Poursuivre et développer les actions à mettre en œuvre pour renforcer la sécurité transfusionnelle

Fiche action n°5.4 : Inciter à la déclaration d'évènements indésirables

Fiche action n°5.5 : Mettre en œuvre les bonnes pratiques de la contention

Fiche action n°5.6 : Prévenir les chutes

Fiche action n°5.7 : Améliorer la prise en charge du patient : précautions complémentaires contact et respiratoire

Fiche action n°5.8 : Respect des précautions standards : tenue professionnelle et hygiène des mains

Fiche action n°5.9 : Diminuer les Infections Associés aux Soins (IAS)

Fiche action n°5.10 : Améliorer la traçabilité de la prévention et de la prise en charge du risque « escarre » et de la dénutrition

Fiche action n°5.11 : Assurer la radio protection des patients

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.1

Poursuivre et développer les actions mises en œuvre pour la prise en charge des détresses vitales

Responsable du projet

Nom : Dr B. HENNEQUIN	Fonction Chef d'unité SMUR
Acteurs concernés	Rôle et mission
Aude VINCENTELLI J. BOUCHEZ ; O. KHOMRI ; N. LEROUX P. MARTINEZ ; H. NICOLET ; D. RISSER	Copilote Groupe de travail

Diagnostic de la situation existante

Le Comité Institutionnel Interdisciplinaire de Suivi des Urgences Intra Hospitalières (CIISUIH) a mis en œuvre et développé des actions pour une meilleure prise en charge des détresses vitales : formation du personnel, procédures de prise en charge du patient, équipement des chariots d'urgence. L'évaluation par les audits montre l'effet positif de ces actions mais la nécessité de les poursuivre et de les renforcer.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Mettre en œuvre un cycle de formation continue aux gestes d'urgence de tout le personnel concerné : médical, paramédical, médico-technique
Objectif n°2	Rendre ces formations incontournables aux yeux des soignants
Objectif n°3	Améliorer la vérification des chariots d'urgence et sa traçabilité
Objectif n°4	Tracer et analyser les interventions pour détresses vitales à Delafontaine et Casanova
Objectif n°5	Avoir une personne ressource dans les services dont les missions sont définies par le CIISUIH

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Adapter annuellement les procédures de prise en charge aux recommandations des sociétés savantes
Etape n°2	Organiser et réaliser la formation continue aux gestes et soins d'urgence ; y impliquer les cadres de santé et les médecins
Etape n°3	Evaluer les connaissances et les équipements par un audit annuel ; en extraire les actions correctives à mener
Etape n°4	Aller à la rencontre des soignants particulièrement ceux ayant pris en charge un patient en détresse vitale (mission du CIISUIH) ; retours d'expériences à Delafontaine et Casanova
Etape n°5	Définir au sein du CIISUIH les missions de la personne ressource
Etape n°6	Etablir un plan pluri annuel d'investissement pour l'équipement en chariot d'urgence, défibrillateurs semi automatiques (DSA), matériel pédagogique

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour identifier et tracer les interventions pour détresses vitales et donc pour analyser les éventuels dysfonctionnements pouvant amener des actions correctives - Difficulté pour établir le planning des personnels à former - Absentéisme lors des formations - Rester vigilant sur l'impact psychologique pour le soignant qui intervient pour une détresse vitale 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
<ul style="list-style-type: none"> - Groupe des formateurs aux soins d'urgence - CIISUIH - Direction des soins infirmiers - Service formation continue - CREX ; RMM 										Formation AFGSU des agents : budget par an : 14 500 € Formations continue des formateurs locaux : 9 900 € Equipements en chariots d'urgence et DSA : 35 000 € Equipements en matériels pédagogiques : 7 000 €										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue des personnels terminée en 2017 (1 400 personnes) - Audit 2017 : moins de 20% de traçabilités insuffisantes des vérifications des chariots - Audit 2017 : moins de 20% de connaissances insuffisantes des procédures et des matériels - 2017 : Moins de 10% d'événements indésirables concernant la prise en charge des détresses vitales par rapport au chiffre global de détresses vitales 										<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle session de formation continue des personnels terminée en 2019 (1 400 personnes) - Audit 2019 : moins de 10% de traçabilités insuffisantes des vérifications des chariots - Audit 2019 : moins de 10% de connaissances insuffisantes des procédures et des matériels - 2019 : Moins de 5% d'événements indésirables concernant la prise en charge des détresses vitales par rapport au chiffre global de détresses vitales 										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Actualiser procédures	X				X				X				X				X			
ETAPE 2 Formation continue		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Audit annuel		X				X				X				X				X		
ETAPE 4 Rencontre soignants		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 5 Achats équipements				X				X				X				X				X
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Recommandations pour la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières, conférence d'experts, SFAR 2004 - European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 - Procédures de prise en charge des urgences vitales au CH de St Denis, 2014 - Décisions du CIISUIH du CH de St Denis 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.2

Développer les actions avec l'équipe de nuit pour la prise en charge des détresses vitales

Responsable du projet

Nom : Aude VINCENTELLI	Fonction IDE SMUR
Acteurs concernés	Rôle et mission
Dr B. HENNEQUIN J. BOUCHEZ ; O. KHOMRI ; N. LEROUX ; P. MARTINEZ ; H. NICOLET ; D. RISSER	Copilote Groupe de travail

Diagnostic de la situation existante

Le Comité Institutionnel interdisciplinaire de Suivi des Urgences Vitales et le comité de sécurité transfusionnelle ont mis en œuvre et développé des actions pour une meilleure prise en charge des détresses vitales (formations, procédures, chariots d'urgences).

Il existe une spécificité du personnel de nuit. Il est, de fait, plus isolé (personnel restreint, absence de médecin). Il peut se retrouver plus en difficulté pour la prise en charge d'une détresse vitale ou pour la réalisation d'une transfusion sanguine. Par ailleurs, de par leur roulement, le personnel de nuit a moins accès aux formations organisées dans l'établissement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Mettre en œuvre un cycle de formation continue aux gestes d'urgence et aux procédures transfusionnelles pour le personnel de nuit tout en tenant compte de la spécificité du travail de nuit
Objectif n°2	Réserver la transfusion de nuit à l'urgence vitale
Objectif n°3	Organiser la vérification des chariots d'urgence et sa traçabilité par tout le personnel y compris celui de nuit
Objectif n°4	Tracer et analyser les interventions de nuit pour détresses vitales et les transfusions sanguines à Delafontaine et Casanova

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Construire et organiser un audit auprès du personnel de nuit sur les détresses vitales et la transfusion sanguine (connaissances, souhaits en matière de formation)
Etape n°2	Organiser et réaliser la formation continue aux gestes et soins d'urgence et aux procédures transfusionnelles pour le personnel de nuit et y impliquer les cadres de santé et les médecins
Etape n°3	Evaluer les connaissances et les équipements par un audit annuel ; en extraire les actions correctives à mener et réactualiser les procédures si besoin.
Etape n°4	Aller à la rencontre des soignants particulièrement ceux ayant pris en charge un patient en détresse vitale ou ayant nécessité une transfusion.
Etape n°5	Etablir un plan pluri annuel d'investissement pour l'équipement en chariot d'urgence, défibrillateurs semi automatiques (DSA), matériel pédagogique
Etape n°6	Sensibiliser les médecins en CME au respect des procédures (transfusion, détresses vitales)

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficulté pour identifier et tracer les interventions pour détresses vitales et donc pour analyser les éventuels dysfonctionnements pouvant amener des actions correctives
- Difficulté pour établir le planning des personnels à former
- Absentéisme lors des formations
- Rester vigilant sur l'impact psychologique pour le soignant qui intervient pour une détresse vitale

Moyens humains

- Groupe des formateurs aux soins d'urgence et à la sécurité transfusionnelle.
- CIISUIH
- Direction des soins infirmiers
- Service formation continue
- CREX ; RMM

Moyens matériels et financiers

Formations en traçant la participation du personnel de nuit
Equipements en chariots d'urgence et DSA :
Equipements en matériels pédagogiques
Coûts : cf fiche précédente 5.1

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Formation continue des personnels de nuit terminée en 2017
- Audit 2017 : plus de 50% de traçabilité de vérifications des chariots par le personnel de nuit
- Audit 2017 : moins de 20% de connaissances insuffisantes des procédures et des matériels
- 2017 : Moins de 10% d'événements indésirables concernant la prise en charge des détresses vitales par rapport au chiffre global de détresses vitales
- 2017 : Moins de 10% d'événements indésirables concernant la transfusion sanguine par rapport au chiffre global des transfusions effectuées

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nouvelle session de formation continue des personnels de nuit terminée en 2019
- Audit 2019 : plus de 80% de traçabilité de vérifications des chariots par le personnel de nuit
- Audit 2019 : moins de 10% de connaissances insuffisantes des procédures et des matériels
- 2019 : Moins de 5% d'événements indésirables concernant la prise en charge des détresses vitales par rapport au chiffre global de détresses vitales
- 2019 : Moins de 5% d'événements indésirables concernant la transfusion sanguine par rapport au chiffre global des transfusions effectuées

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Audit personnel de nuit	X				X				X				X				X			
ETAPE 2 Formation continue			X	X			X	X			X	X			X	X			X	X
ETAPE 3 Actualisation des procédures		X				X				X				X				X		
ETAPE 4 Rencontre soignants	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 5 Achats équipements				X				X				X				X				X

Références bibliographiques et réglementaires

- Recommandations pour la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières, conférence d'experts, SFAR 2004
- European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010
- Procédures de prise en charge des urgences vitales au CH de St Denis, 2014
- Décisions du CIISUIH du CH de St Denis

Fiche action n°5.3	
<i>Poursuivre et développer les actions à mettre en œuvre pour renforcer la sécurité transfusionnelle</i>	
Responsable du projet	
Nom : Danièle RISSER	Cadre du bloc opératoire et référent en hémovigilance
Acteurs concernés	Rôle et mission
Le praticien biologiste du dépôt de sang Le praticien hémovigilant et de sécurité transfusionnelle de l'établissement Le CS référent transfusion	Analyse des dysfonctionnements Mise en œuvre des actions et des formations
Diagnostic de la situation existante	
<p>Vu le contexte réglementaire sur la prévention des risques, le Csth a mis en œuvre et développé des actions pour répondre au respect des bonnes pratiques transfusionnelles et les procédures sont mises à jour régulièrement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation continue des professionnels IDE et SF dans un contexte de rotation importante des contrats des professionnels - Un ressenti difficile des professionnels de jour comme de nuit face à la sécurité des patients en matière de transfusion du fait d'un manque de formation - le taux d'événements indésirables en transfusion sanguine = FEIR - nombre de FEIR en 2014 - le nombre de produits perdus = les chiffres sont envoyés chaque mois au chef de service mais pas aux cadres - le taux de traçabilité des produits 	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Poursuivre les actions menées antérieurement en transfusion sanguine
Objectif n°2	Réduire à minima le nombre d'événements indésirables en transfusion dans les unités
Objectif n°3	Rassurer le personnel en renforçant leurs compétences par le biais de formation Améliorer la sécurité transfusionnelle par le développement de pratiques professionnelles performantes répondant aux textes réglementaires
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Mise à jour des procédures institutionnelles : version 7 proposée au Csth de décembre 2014 Mise à jour des formations institutionnelles
Etape n°2	Nommer un « référent transfusion » par service présent aux 3 Csth / an capable d'impulser une amélioration des pratiques au sein des unités
Etape n°3	Former les professionnels 3 fois/an sur les trimestres : 1, 2 et 4 (1ère formation 2015 le mardi 20 janvier) Former les professionnels de jour comme de nuit « obligatoirement » sur des cycles de 4 ans

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - la rotation importante des professionnels dans l'établissement nécessitant une formation continue - la présence obligatoire aux journées de formation du personnel de jour et de nuit - l'accumulation des formations obligatoires pour les soignants (incendie, AFGSU, radioprotection...) - les effectifs contraints qui empêchent IDE et SF de se présenter aux formations - les demandes de remplacement des absences pour formation - l'absence de motivation de certains professionnels - la diffusion des dates de formation - un quota insuffisant de professionnels inscrits 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Un référent transfusion par service										Une salle polyvalente Les différents matériels de projection et pour les ateliers Le remplacement dans les services des professionnels en formation										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
50% des sages-femmes et des IDE à raison de 100/ an formés Un référent transfusion désigné dans 50% des services Les résultats des audits répétés des dossiers transfusionnels de l'établissement Réduction de 5% des évènements indésirables en transfusion										100% des sages-femmes et les IDE à raison de 100/ an formés et 400/ 4 ans formés Un référent transfusion désigné dans 100% des services Le bilan et l'évaluation du nombre de FEIR Les résultats des audits répétés des dossiers transfusionnels de l'établissement Réduction de 10% des évènements indésirables en transfusion										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Mise à jour des procédures des formations	X																			
ETAPE 2 Obtenir un « référent transfusion »	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Former les professionnels 3 fois/an	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X		X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Articles L.1111-1 à L.1111-8 et R.666-12-1 à R. 666-12-26 du code de la santé publique. Arrêté du 20 juin 1990 modifiant l'arrêté du 3 novembre 1986 relatif aux prélèvements de sang. Arrêté du 3 décembre 1991 relatif à l'utilisation du plasma congelé Circulaire DH/DGS/3B/47 du 15 janvier 1992 relative aux suivis de la sécurité transfusionnelle entre les ETS et les établissements de soins Décret n°93-221 du 16 février 1993 et n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmières Circulaire DGS/DH n°92 du 30 décembre 1994 relative à la traçabilité Circulaire DGS/ DH/ AFS/ n° 97-57 du 31 janvier 1997 relative à la transfusion autologue en chirurgie Circulaire 98/231 du 9 avril 1998 relative à l'information du malade en matière de risques liés aux PSL et aux médicaments dérivés du sang Circulaire DGS/SQ3 n°99/14 du 12 janvier 1999 relative au respect de la réglementation en vigueur pour la détermination des groupes sanguins Décret n° 2002-94 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Loi n° 2002- 304 du 4 mars 2002 relative au nom patronyme. Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux bonnes pratiques de transport des PSL Arrêté du 26 avril 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale. Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 03/ 581 et 582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel. Circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé. Circulaire N° DGS/DHOS/SD3/2006/11 du 11 janvier 2006 abrogeant la circulaire DGS/DH n° 609 du 1er octobre 1996 relative aux analyses et des tests pratiqués sur des receveurs de PSL Décision AFSSAPS du 6 novembre 2006. Références bibliographiques : *, E.M.C. 04/98 36820 A. 10 // **, Médecine d'urgence S.F.A.R. 1997 p 61																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.4

**Inciter à la déclaration
d'évènements indésirables**

Responsable du projet

Nom : BOURSEAU Céline

Fonction : gestionnaire des risques

Acteurs concernés

Rôle et mission

BOUCHER Denis responsable qualité
Animateurs CREX ayant reçus une formation
Encadrement

Copilote
Présentation de la méthodologie CREX, animation de
CREX et diffusion des PV
Diffusion de l'information

Diagnostic de la situation existante

Points positifs : progression de 25% par an du nombre de déclarations d'évènements indésirables depuis 2 ans
progression du nombre d'analyses de causes réalisées
meilleure possibilité de suivi des déclarations grâce à l'outil informatique

points négatifs : proportion de déclarations papiers trop importante
résistance à la déclaration par crainte de représailles
méconnaissance du but, du circuit et donc de l'intérêt de la déclaration
manque de pertinence de certaines déclarations

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Lever les appréhensions liées à la déclaration d'EI

Objectif n°2

Expliquer la méthodologie de déclaration et d'analyse des EI

Objectif n°3

Organiser un retour d'expérience des analyses

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1

Sensibiliser le personnel médical à l'intérêt des déclarations (afin qu'ils ne freinent plus les déclarations)
Présenter l'outil intraqual dynamique (lors de séances de sensibilisation et avec remise de document « mode d'emploi », du circuit des déclarations).
Réaliser systématiquement des articles dans le journal de la qualité avec des exemples d'analyse de cause

Etape n°2

Rediffuser et afficher la charte d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables
Clarifier la méthodologie CREX avec les différents acteurs

Etape n°3

Multiplier les analyses de causes pour habituer les équipes à la méthodologie et recueillir leur adhésion à cette méthodologie non punitive
Présenter la méthodologie CREX aux services et formation si nécessaire de nouveaux animateurs

Etape n°4	Multiplier les CREX dans de nouveaux services Intégrer dans le livret d'accueil des agents, une information sur l'utilisation d'intraqual* Afficher les PV des CREX dans les services																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
Freins : Certains médecins réticents à la déclaration d'EI et créant une pression sur les agents Accessibilité à l'outil informatique (par le n° agent pour ceux n'ayant pas de session WINDOWS propre) Délai de mise en application des formations reçues par les animateurs CREX																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Disponibilité des agents pour les sessions de formation, d'information et de sensibilisation ainsi que pour participer aux Comités de Retour d'Expérience											Coût constant										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Présentation en CME de l'intérêt de la déclaration d'EI Affichage de la charte d'incitation à la déclaration d'EI											Progression du nombre de déclarations d'EI dans l'ensemble des pôles Progression du nombre de CREX										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 Sensibilisation information	X	X	X	X																	
ETAPE 2 rediffusion	X	X																			
ETAPE 3 Diffuser la méthodologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
ETAPE 4 Multiplier les CREX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - Article L.1413-14 du code de la santé publique - Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. - Circulaire DGOS/PF2 no 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé - Critères 1e, 1g et 8f de la certification V2010 																					

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.5

Mettre en œuvre les bonnes pratiques de la contention

Responsable du projet

Nom : Mme FUMAZ

Ergothérapeute

Acteurs concernés

Mme BELHABIB Amal
Mme BLADT Pascale
Mme FUMAZ Karelle
Mme MARTINEZ Patricia
Mme THÉPOT Corinne

Rôle et mission

IDE
Cadre
Ergothérapeute
Cadre
Cadre

Diagnostic de la situation existante

Certaines chutes de patients dans les services sont liées à un problème de contention mise ou non mise.
Plaintes de certaines familles.
Existence d'une prescription informatisée.
Pas de protocole médical sur la contention

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Identifier les différents types de contention existants au sein du CHSD.
Objectif n°2	Sensibiliser l'équipe soignante sur ce qu'est une contention, son utilité et son utilisation.
Objectif n°3	Uniformiser les moyens de contention en travaillant avec les équipes.
Objectif n°4	Optimiser la prise en charge de la contention.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Audit par un questionnaire de l'existant auprès des cadres des différents services.
Etape n°2	Information et formation du personnel.
Etape n°3	Travailler avec les équipes sur le matériel mis en place et retenu et former le personnel sur celui-ci.

Etape n°4	Nommer et « former » un référent des contentions sur chacun des deux sites Casanova et Delafontaine.																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<p>Résultats de l'audit en fonction de la disponibilité du personnel. Frein économique lié à l'achat de matériel (en fonction du marché) et formation effectuée par le fournisseur dans chaque service.</p>																				
Moyens humains									Moyens matériels et financiers											
<ul style="list-style-type: none"> - le fournisseur pour accompagner les équipes sur l'utilisation correcte du matériel. - un référent contention (idem que pour les chutes). 									<ul style="list-style-type: none"> - achat de matériel : (3 000 €) - cout constant pour formations institutionnelles. - formation par le fournisseur dans chaque service. 											
Éléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)									Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)											
<ul style="list-style-type: none"> - résultats de l'audit de l'existant. - nombre de personnels soignants formés. 									<ul style="list-style-type: none"> - réaliser un deuxième audit à distance pour évaluer à nouveau et ajuster. - informatisation d'une feuille de suivi de la contention (protocole) à l'usage de l'équipe soignante. 											
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Questionnaires	X	X	X																	
ETAPE 2 Information/formation du personnel				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Formation sur le matériel retenu						X	X	X	X	X										
ETAPE 4 Nommer/« former » des référents contention						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - ANAES, « Liberté d'aller et venir dans les Etablissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » version courte, novembre 2004, 24 pages. - ANAES, « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », juin 2006 - Recommandations AFSSAPS de 2004 relatives au risque d'écrasement de patient ou de personnel causé par les pédales de hauteur variable situées en pied de lit, et de 2006 concernant l'utilisation sécurisée des barrières de lits et le risque de piégeage et de décès du patient - Recommandations AFSSAPS de fév. 2011 Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.6

Prévenir les chutes

Responsable du projet

Nom : Mme FUMAZ

Ergothérapeute

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme BELHABIB Amal
Mme BLADT Pascale
Mme FUMAZ Karelle
Mme JOASSAINT Suzy
Mme MARTINEZ Patricia
Mme THÉPOT Corinne

IDE
Cadre
Ergothérapeute
AS
Cadre
Cadre

Diagnostic de la situation existante

15 chutes ont été déclarées sur l'année 2013 et 24 chutes en 2014.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Identifier les personnes et les situations à risques.

Objectif n°2

Sensibiliser le personnel aux risques de chute et à leur déclaration.

Objectif n°3

Sensibiliser les patients, les résidents et l'entourage aux risques de chute.

Objectif n°4

Optimiser la prise en charge des chutes et leur prévention.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1

Élaborer un questionnaire sur les personnes et les situations à risque et utiliser l'échelle de Norton (item de la mobilité) et la grille GIR.

Etape n°2

Formation et information du personnel notamment à l'aide de fiches, livrets, plaquettes.

Etape n°3

Information des patients, résidents et entourage (livret d'accueil).

Etape n°4

Nommer et « former » un référent des chutes sur chacun des deux sites Delafontaine et Casanova.

Identification des freins et des vigilances éventuels

Pour les questionnaires, leurs réponses dépendront de la disponibilité du personnel.
Le choix, l'installation et le financement du matériel comme les rampes et barres d'appui dépendront de l'architecture, des normes et des moyens financiers et humains.

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Des rééducateurs L'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie Des référents « chute »	Coût constant Reprographie notamment pour les réalisations d'affiches et l'édition du livret d'accueil. Matériels
Eléments d'évaluation	
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
Augmenter le nombre de déclarations de 20%	Améliorer la prise en charge et diminuer le nombre de chutes dites « graves » de 20%

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Questionnaires	X	X	X																	
ETAPE 2 Information/formation du personnel				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Information du patient/résidents et entourage								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 4 Nommer/ « former » des référents chute						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

« Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition » Synthèse des recommandations professionnelles – HAS – Société Française de Gériatrie et de Gérontologie- avril 2009

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.7

Améliorer la prise en charge du patient : précautions complémentaires contact et respiratoire

Responsable du projet

Nom : MARTINEZ Patricia

cadre hygiéniste

Acteurs concernés

Rôle et mission

Cadres de santé des services de soins
Cadres de santé du service d'Imagerie Médicale
Cadre de santé des consultations externes

Cadres et IDE

Diagnostic de la situation existante

Actuellement la DMS des patients en "isolement" augmente car retard dans la prise en charge au niveau des consultations et attente de chambre seule pour certains transferts

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire mieux connaître les protocoles sur les précautions complémentaires respiratoires et contact à tous les secteurs
Objectif n°2	Dédramatiser la notion de précautions complémentaires
Objectif n°3	Uniformiser la prise en charge des patients au sein des services
Objectif n°4	« Réactualiser les plages des consultations pour les patients mis en précautions complémentaires »

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Audit de l'existant... est ce que le protocole est présent et connu ?
Etape n°2	Information aux personnels sur les précautions complémentaires par rapport aux pathologies et formation
Etape n°3	Réalisation d'un document commun aux consultations
Etape n°4	Voir si possibilité de plages dédiées au niveau des consultations pour les patients mis en précautions complémentaires de type contact ou respiratoire

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Disponibilité du personnel Frein dans les changements de pratiques Architecture de l'établissement (pas assez de chambres seules)																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
<ul style="list-style-type: none"> - correspondants hygiènes, - cadres des différentes unités et des consultations externes - référents qualités 										Coût constant Affiches éventuelles Salle + vidéoprojecteur										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Amélioration de la DMS, meilleur prise en charge du patient Au niveau des consultations, nombre de personnels formés										Nombre de personnels formés										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
Audit	X	X																		
ETAPE 2																				
Information			X	X	X	X														
ETAPE 3																				
Réalisation d'un document							X	X												
ETAPE 4																				
Plages de consultation									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Manuel de certification V 2014 Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire AIR ou Gouttelette- SF2H- 2013 Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact –SF2H- 2009 Protocoles internes																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.8

Respect des précautions standards : tenue professionnelle et hygiène des mains

Responsable du projet

Nom : Mme MARTINEZ Patricia

Cadre hygiéniste

Acteurs concernés

Rôle et mission

Cadre hygiéniste
Cadres et cadres supérieurs
Correspondants en hygiène
Responsable de la Lingerie
Services Economiques

Responsable pédagogique et formateur

Relai de l'information au sein des unités de soins
Responsable de la production et de la distribution

Diagnostic de la situation existante

Audits réalisés en 2012- 2013 sur le port de bijoux et sur le respect de la tenue professionnelle qui révèlent que les protocoles existants sont partiellement respectés
Manque de connaissances du risque IAS (Infections Associées aux Soins)

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Faire respecter la tenue professionnelle (tunique et pantalon)

Objectif n°2

Faire respecter les prérequis à l'hygiène des mains et les précautions standards lors de soins mouillants et souillants

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1

Rédiger des règles avec la lingerie et les Services Economiques pour la composition de la dotation des tenues

Etape n°2

Sensibiliser le personnel par des formations aux différents gestes d'hygiène des mains et aux précautions standards en rappelant les bonnes pratiques et les prérequis
Mobiliser les cadres et cadres supérieurs pour faire respecter les règles
Impliquer le personnel soignant et les correspondants en hygiène à la préparation de la journée annuelle sur l'hygiène des mains (5 mai)

Identification des freins et des vigilances éventuels

Résistances au changement
Manque d'implication du personnel médical

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Temps de formation du cadre hygiéniste'

Cout constant
Caisson pédagogique et SHA de formation
Achat de tenues et autres vêtements

Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Amélioration des résultats de l'audit en 2015 Journée nationale d'hygiène des mains 100% d'agents ayant reçu le livret d'hygiène Existence d'un document de dotation vestimentaire										Poursuite de l'amélioration des résultats des audits sur les années suivantes Application du document réalisé										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Travail avec la lingerie et Services Economiques	X	X	X																	
ETAPE 2 Hygiène des mains et pré requis Travail pour la journée du 5 mai	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Précautions standard	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller et prévenir les Infections Associées aux Soins- HCSP- SF2H- 2010 - Recommandations pour l'hygiène des mains- SF2H- 2009 - Protocoles internes (intranet- GED) « tenue vestimentaire du personnel des services de soins », « lavage simple des mains » « Traitement hygiénique des mains par friction », « tenue vestimentaire au bloc opératoire » ... 																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.9

Diminuer les Infections Associées aux Soins (IAS)

Responsable du projet

Nom : Mme MARTINEZ Patricia

Cadre hygiéniste

Acteurs concernés

Rôle et mission

Cadre hygiéniste
Cadres et cadres supérieurs
Correspondants en hygiène
Médecin

Responsable pédagogique et formateur
Relai de l'information au sein des unités de soins
Relai de l'information au sein des unités de soins
Déclarant des événements

Diagnostic de la situation existante

Résultats de la surveillance des IAS au CLIN : 279 en 2013
Enquêtes INCISO : 8 infections du site opératoire
Concernant ICALIN nos résultats sont plutôt bons mais les efforts mis en œuvre doivent être poursuivis dans l'ensemble des champs couverts par la formation continue et l'accompagnement des équipes par l'EOHH

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer le respect des protocoles de soins (protocoles sur les cathéters, sur le sondage urinaire...)
Objectif n°2	Favoriser le développement du signalement des IAS
Objectif n°3	Réactualiser les connaissances sur les protocoles existants

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Obtenir une meilleure diffusion des protocoles d'hygiène (GED) Tracer la prise de connaissance grâce à la validation de chaque agent dans la GED Sensibiliser davantage les cadres de santé et leur équipe à ce respect avec l'accompagnement de l'EOHH
Etape n°2	Sensibilisation du personnel en diffusant les résultats des IAS/ service et incitation à la déclaration par voie informatique
Etape n°3	Actualisation des protocoles tous les 5 ans ou en fonction des nouvelles recommandations avec les équipes concernées

Identification des freins et des vigilances éventuels

Disponibilité des agents et des cadres de santé
Disponibilité du cadre hygiéniste
Résistance aux changements

Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Pharmacie Stérilisation Personnels par médicaux Correspondants d'hygiène Cellule qualité et gestion des risques Services Economiques										A coût constant : Reprographie Matériels et produits										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Nombre de protocoles actualisés Nombre de personnels formés lors de nouveaux protocoles Nombre de déclarations par intranet d'IAS Taux d'IAS/ site/ an										Nombre de protocoles actualisés Nombre de personnels formés lors de nouveaux protocoles Nombre de déclarations par intranet d'IAS Taux d'IAS/ site /an										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Diffusion et sensibilisation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 2 Diffusion et incitation à la déclaration des IAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 3 Actualisation des protocoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<p>Circulaire N° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013</p> <p>Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.</p> <p>Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.</p> <p>Plan stratégique national 2014-2018 en cours de préparation</p> <p>Recommandations des sociétés savantes (SF2H- recommandations CCLIN)</p> <p>Procédures validité dans la GED de l'établissement</p>																				

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.10

Améliorer la traçabilité de la prévention et de la prise en charge du risque « escarre » et de la dénutrition

Responsable du projet

Nom : L. BERTRAND et M. HEHN

Fonction : Pharmaciens

Acteurs concernés

Rôle et mission

Membres du « Groupe escarre »
Référénts escarres
Internes en pharmacie
CLAN

Production des protocoles des audits et des journées
Relais l'information
Lien avec la dénutrition

Diagnostic de la situation existante

Le groupe pluridisciplinaire « escarres » a été créé en 2006. Au sein du CH, les enquêtes de prévalences et de pratiques réalisées tous les 2 ans depuis 2010 ont révélé un manquement dans la traçabilité de la prévention et de la prise en charge du risque escarre. On note que la prévalence des porteurs d'escarres est de 10.9% en 2014. Le score IPAQSS sur la traçabilité du risque escarre est seulement de 26%.

De plus, dans le cadre du CLAN, l'enquête « un jour, un poids », réalisée en Juin 2014, a également montré un manque de traçabilité dans le suivi de la dénutrition. Le score IPAQSS pour la traçabilité du poids est de 24%.

La prise en charge adaptée des escarres s'inscrit dans le programme global de l'ARS qui a lancé en 2013 la campagne « sauve ma peau » à laquelle le centre hospitalier de Saint-Denis a participé (Services de Neurologie, LS1 et LS2).

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Mieux identifier le risque escarre et de dénutrition
Objectif n°2	Améliorer la traçabilité du suivi du risque escarre et dénutrition au cours de l'hospitalisation
Objectif n°3	Faciliter le remplissage des fiches de traçabilité du protocole escarre (prévention et prise en charge thérapeutique)
Objectif n°4	Optimiser l'utilisation des nouveaux outils de traçabilité.
Objectif n°5	Améliorer la disponibilité des documents de traçabilité et des outils de mesures associés

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des outils de traçabilité : Intégration des indicateurs de dépistage des troubles nutritionnels (Poids, taille, IMC) au dossier de soins et y mettre en valeur l'évaluation du risque escarres. Intégration d'outils simplifiés de suivi du risque dénutrition (Ingestat) et du risque escarre (Norton) dans les diagrammes de soins Simplification des fiches de traçabilité du protocole escarre - Initiation de l'informatisation
Etape n°2	Formation intégrée aux journées de sensibilisation annuelles. Elaboration de triptyques d'aide au suivi du risque escarres.

Etape n°3	Mise en place des nouveaux outils de traçabilité dans les unités de soins et mise à disposition des outils de mesures nécessaires (toises/balances/outil d'estimation de la taille)																				
Etape n°4	Evaluation par l'audit du dossier de soins																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
Manque de matériels de mesures (balances,...) Difficultés dues au changement des pratiques Turn-over du personnel																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Référénts escarres CLAN Groupe escarre											Achat de balances et de matériels pour évaluer l'IMC : (1 500 €) Outils informatiques										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants à la journée escarre - Nombre de référénts escarres - % patients pour lesquels le Norton est évalué (IPAQSS) - % patients pour lesquels l'IMC est suivi - % patients à risques pour lesquels la prévention est tracée - % patients porteurs pour lesquels la prise en charge est tracée 											- Poursuite de l'amélioration des indicateurs										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
		2015				2016				2017				2018				2019			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1	Elaboration des outils de traçabilité	X																			
	Informatisation	X	X	X	X	X	X	X	X												
ETAPE 2	Formation	X				X				X				X					X		
ETAPE 3	Mise en place		X																		
ETAPE 4	Evaluation (audit)						X	X							X	X					
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - ANAES. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. Paris, Novembre 2001, disponible sur www.has-sante.fr. - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide - Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2009. - European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention of pressure ulcers: Quick Reference Guide - Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2009. - IPAQSS 2014, dossier du patient. - Prévention et traitement des escarres. Centre hospitalier de St-Denis. Mars 2011. 																					

Axe n°2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins
Thème N°5 : Prévenir les risques liés aux soins

Fiche action n°5.11

Assurer la radio protection des patients

Responsable du projet

Nom : Mme MARTINEZ Patricia	Coordonne les actions et fixe les échéances
Acteurs concernés	Rôle et mission
M. QUIRINS Charles Les cadres de santé de l'Imagerie Médicale Les cadres des services de chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, de réanimation, de bloc-opératoire	Radiophysicien Assure la mise en œuvre des actions Relai d'information auprès des personnels

Diagnostic de la situation existante

Transversal :

- Défaut de recherche de l'état de grossesse chez la femme enceinte
- Absence de traçabilité des expositions patients pour la majorité des examens réalisés dans l'établissement. Non prise en compte de l'historique dosimétrique global par les prescripteurs
- Absence de calcul de « dose » cumulée pour un patient prenant en compte les examens itératifs
- Etude annuelle réalisée pour les NRD uniquement sur 2x30 patients sur 1 salle de radio et 1 scanner alors que 12000 examens sont réalisés au scanner par an et plusieurs dizaines de milliers de radio par an donc l'étude actuelle n'est pas représentative de l'exposition des patients et ne permet pas de déceler d'éventuelles failles dans les protocoles.

Bloc opératoire :

- Absence de protocoles radios formalisés selon modèle de la société française de radiologie (avec estimation de dose patient) pour les actes interventionnels au bloc opératoire
- Absence de Niveaux de références interventionnels pour les principaux actes utilisant les arceaux mobiles (ortho : clou gamma...uro : sondes JJ...)
- Les praticiens délivrant des rayonnements ionisants aux patients n'ont pas suivi de formations réglementaires à la radioprotection des patients.

Réanimation :

- Absence de protocoles radios formalisés selon modèle de la société française de radiologie (avec estimation de dose patient) pour les actes interventionnels.

Radiologie :

- L'indicateur de dose patient devrait être présent dans tout le compte rendu émis. Ils sont actuellement présent uniquement dans les comptes rendus de scanners.
- Vérification et/ou mise en place des alertes spécifiques de doses (alertes CTDI et PDL pour une acquisition) au scanner basée sur NRD nationaux et NRD internes.

Formation radioprotection patient peu suivi par le personnel autre que celui du service d'imagerie médicale.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Former l'ensemble du personnel travaillant sous les rayons X à la radioprotection patient.
Objectif n°2	Respecter les règles de radioprotection.
Objectif n°3	Diminuer l'exposition des patients.
Objectif n°4	Tracer les doses reçues par le patient et les inscrire dans les comptes rendus.
Objectif n°5	Sensibiliser les patients aux examens radiologiques.

Description de l'action (exprimée en étapes)																																																																																																																														
Etape n°1	Sensibiliser les cadres à cette formation. Affichage sur l'importance de la formation. Mettre en lien les cadres et la formation continue (connaissance du planning de formation)																																																																																																																													
Etape n°2	Sensibiliser les soignants à l'importance de vérifier les contres indications aux examens radiologiques (pour les patients en état de grossesse). Sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés (médecins réalisateurs et demandeurs, manipulateurs) à la prise en compte de la radioprotection pour toute prescription et/ou utilisation de rayonnements ionisants notamment autour des deux principes, la justification et l'optimisation sous forme de fiches de formation.																																																																																																																													
Etape n°3	Optimisation des protocoles d'acquisition.																																																																																																																													
Etape n°4	Inter phasage entre les modalités et les comptes rendus et acquisition d'un système d'archivage DACS (Dosimetry Archiving Communication System)																																																																																																																													
Etape n°5	Diffuser des triptyques expliquant le déroulement des examens.																																																																																																																													
Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																														
<ul style="list-style-type: none"> - Coût du projet d'acquisition DACS - Indisponibilité des agents (infirmières, chirurgiens) du bloc opératoire pour les formations 																																																																																																																														
Moyens humains	Moyens matériels et financiers																																																																																																																													
Les cadres des services de chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, de réanimation, de bloc-opératoire Temps cadres Temps physicien	Acquisition du DACS (serveur + application) budgété dans le plan d'équipement 43 000€																																																																																																																													
Eléments d'évaluation																																																																																																																														
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																													
Nombre de personnels formés. Choix et acquisition du DACS. Fiche de sensibilisation « radioprotection patient » (dont cas de la femme enceinte) rédigée. Nombre de protocoles radiologie, scanner et radio bloc opératoire rédigés.	100% du personnel formé au bloc opératoire. DACS installé Fiche de sensibilisation diffusée à tous les services																																																																																																																													
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 Nombre personnel formé</td> <td></td><td></td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 Protocoles rédigés</td> <td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 Fiche de sensibilisation rédigée et diffusée</td> <td>X</td><td>X</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Etape 4 DACS installé et doses inscrites dans les comptes rendus.</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> </tbody> </table>		2015				2016				2017				2018				2019				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 Nombre personnel formé			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	ETAPE 2 Protocoles rédigés		X	X	X	X	X	X	X													ETAPE 3 Fiche de sensibilisation rédigée et diffusée	X	X																			Etape 4 DACS installé et doses inscrites dans les comptes rendus.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																																													
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																																										
ETAPE 1 Nombre personnel formé			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																										
ETAPE 2 Protocoles rédigés		X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																						
ETAPE 3 Fiche de sensibilisation rédigée et diffusée	X	X																																																																																																																												
Etape 4 DACS installé et doses inscrites dans les comptes rendus.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																										
T1 = Trimestre 1																																																																																																																														
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																														
Guide HAS « radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé » (guide méthodologique nov. 2012)																																																																																																																														

AXE 3 : PILOTER ET ORGANISER LES COMPETENCES MANAGERIALES ET SOIGNANTES

4.6. Thème 6 : Renforcer les compétences managériales

La pratique du management est très hétérogène et encore plus dans le monde la santé ou durant ces dernières années le profil de ce métier a complètement changé. En plus des missions d'encadrement de proximité et de résolution des problèmes de terrain, d'autres missions se sont rajoutées telles que la gestion des projets, l'analyse de pratiques ou la gestion des risques et de la qualité des soins.

Le profil de ce métier a complètement changé. Cela nécessite pour les cadres de se remettre en question et de se former sur de nouveaux champs d'action. Le grand écart entre la proximité du soin et la conduite de projet est à l'origine de certaines difficultés des cadres. Il devient très compliqué d'organiser le temps entre toutes ses différentes missions.

Un manager performant guidera son équipe en créant une dynamique permettant des évolutions, des améliorations, la mise en place de nouveaux projets tout en assurant une qualité optimale des soins. Le bon équilibre face à toutes ses missions est difficile à trouver. Il faut savoir concilier, prioriser en tenant compte des contraintes permanentes

Il est primordiale de prendre le temps de réfléchir à la qualité de notre management et celui vers lequel nous souhaitons tendre.

La réflexion porte ici sur les différents moyens d'aide aux encadrants dans leurs pratiques quotidiennes. Elle propose de faire un état des lieux de nos modes de management et des difficultés de l'encadrement. C'est avant tout afin définir des actions d'amélioration et promouvoir le développement des projets au sein de l'hôpital. Il faut un management efficace et dynamique.

6 fiches actions se proposent de renforcer la dynamique et les compétences managériales:

Fiche action n°6.1 : Production d'outil d'aide à l'entretien d'évaluation annuelle

Fiche action n°6.2 : Mission et organisation de l'encadrement dans une organisation de pôle

Fiche action n°6.3 : Projet management de pôle - méthodologie

Fiche action n°6.4 : Analyse des compétences techniques et de savoir-être dans le soin

Fiche action n°6.5 : Analyse des pratiques managériales

Fiche action n°6.6 : Production de la charte du management

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action 6.1

***Production d'outil d'aide
à l'entretien d'évaluation annuel***

Responsable du projet

Marie AGBO et Delphine MOAL

Pilote Fiche action

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr BOYER et Mme FOURNIER
Cadre de santé (1/pôle)
Cadre supérieur de Pôle
Direction des soins et des ressources humaines

Pilote et copilote groupe PDS
Groupe de travail pour les outils pour les agents
Groupe de travail pour les outils pour l'encadrement
Validation

Diagnostic de la situation existante

Aujourd'hui, il n'y a pas une uniformité des pratiques de l'encadrement pour mener les entretiens d'évaluation annuel. Le groupe sur le projet social a prévu un travail sur les grilles d'évaluations institutionnelles au regard de la réglementation et la réflexion du support d'évaluation.

Il reste donc à créer un vrai support méthodologique de lecture de la fiche d'évaluation (en effet les items sont aujourd'hui sujets à l'interprétation individuel de chaque cadre) commun pour l'encadrement mais aussi de créer un support d'autoévaluation afin que chaque agent puisse se préparer au mieux à ce moment d'échange visant à aider l'agent à progresser dans son parcours professionnel.

Même si il existe des supports dans les différents secteurs, il y a des secteurs qui ne disposent d'aucun outil.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Uniformiser les pratiques méthodologiques de préparation de l'entretien d'évaluation par tout l'encadrement de l'établissement
Objectif n°2	Uniformiser et créer un support d'autoévaluation et la méthodologie quant à son utilisation dans les services
Objectif n°3	Mettre en valeur les outils créés en les valorisant et en les mettant à jour régulièrement si nécessaire.
Objectif n°4	Valoriser et promouvoir l'autoévaluation

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Mise en place d'un groupe de travail et préparation d'un audit sur la méthodologie actuelle et les besoins de l'encadrement
Etape n°2	Mise en place de l'audit et traitement des résultats
Etape n°3	Récupération de tous les outils utilisés dans l'établissement Benchmarking de ce qui est fait ailleurs
Etape n°4	Création de la version 1 de la feuille d'autoévaluation et écriture de la méthodologie de préparation et d'utilisation de la fiche d'auto-évaluation.
Etape n°5	Mise en place de la nouvelle grille en test
Etape n°6	Retour d'expérience et correction pour mise en place de la version 2

Etape n°7	Validation et information des instances de la grille d'auto-évaluation version 2																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> Le temps nécessaire par agent à la préparation de son entretien d'évaluation Difficulté d'harmonisation entre chaque service car chacun a ses spécificités Résistances aux changements des agents et de l'encadrement Harmonie dans le timing entre le groupe du projet social et celui du projet de soin L'incapacité que peut avoir un agent à s'autoévaluer correctement Considérer cette fiche d'autoévaluation autrement que comme un outil de discussion avec l'agent 																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Groupe de travail Encadrement											Formation : 4 sessions : 7 600 € Création d'un document support Mobilisation de temps à la recherche biblio Temps de rencontre inter-cadre sur le sujet Temps nécessaire à la rédaction des documents										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Réalisation complète de l'étape 4 c'est-à-dire la création de la version 1 de la grille d'auto-évaluation ainsi que son guide méthodologique Utilisation de la fiche à 50% lors de l'EE											Validation et utilisation pérenne du document lors des entretiens annuels Utilisation de la fiche à 100% lors de l'EE										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 : Groupe et préparation	X																				
ETAPE 2 : Audit		X	X	X																	
ETAPE 3 : Etat des lieux			X	X																	
ETAPE 4 : Document version 1					X	X															
ETAPE 5 : Test							X	X	X												
ETAPE 6 : Retour expérience et correction										X				X				X			
ETAPE 7 : Validation version 2											X	X		X	X			X	X		
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> Anap.fr/.../exemple-d'outils-detablisements-de-santé-sur-levaluation Guide Pratique de l'évaluateur pour l'entretien annuel (Poissy St Germain 2011) 																					

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action 6.2

Mission et organisation de l'encadrement dans une organisation de Pôle

Responsable du projet

Marie AGBO / Delphine MOAL / Léonie CHARTIER

Pilote fiche action

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr BOYER et Mme FOURNIER
Cadre de santé (1/pôle)
Cadre supérieur de Pôle
Direction des soins et des ressources humaines

Pilote et copilote groupe PDS
Groupe de travail
Groupe de travail
Validation

Diagnostic de la situation existante

Aujourd'hui, il y a une confusion des missions des cadres de pôle par méconnaissance des rôles et missions spécifique de chacun au sein du pôle et de l'institution. Le rôle du cadre a évolué au fur et à mesure des années sans pour autant que sa fiche de poste évolue.

Manque de communication et d'information sur les évolutions des organisations institutionnelles.

Déficit en accompagnement des nouveaux arrivants et des faisant fonction et complexité des pôles et leurs articulations

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Clarifier les rôles et missions des cadres

Objectif n°2

Connaitre et diffuser le rôle de chacun dans l'organisation managériale de pôle

Objectif n°3

Développer et promouvoir le travail inter-pôle de l'encadrement

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1

Définir les procédures de fonctionnement du pôle (livret d'accueil)

Etape n°2

Mettre en place des réunions de pôle régulièrement afin de

- Parler de projets communs
- Créer du lien dans le Pôle
- Formalisation du C-R des réunions
- Formalisation des délégations en cas d'absence de l'encadrement
- Mise en lien avec le projet managérial de Pôle

Etape n°3

Fiches de postes des cadres de proximité en utilisant analyse des pratiques professionnelles et le référentiel métier :

- La notion de pôle
- Le rôle de transversalité de chacun
- Le domaine de compétence de chacun
- La limite de gouvernance ou la marche de manœuvre de chacun

Etape n°4	Mettre en place des regroupements d'activité par pôle en développement des compétences managériales spécifique aux pôles : <ul style="list-style-type: none"> • Représentativité de pôle dans les commissions • Promouvoir le travail en transversalité avec d'autres pôles • Développer certaines compétences spécifiques et transversales 																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> • La vision actuelle par service • Résistance aux changements • Manques de temps de l'encadrement • Manques d'encadrant (poste vacant) 																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Cadre de pôle et cadre des différents services Direction des soins											A coût constant										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Procédure d'organisation définit 9 réunions d'encadrement tracé par pôle et par an											100% des FIF de l'encadrement réactualisé 1 cadre de chaque Pôle présent dans chaque commission										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 : Procédure	X	X	X																		
ETAPE 2 : Communication intra-Pôle			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ETAPE 3 : FIF										X	X	X	X								
ETAPE 4 : Transversalité																		X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> - Manager de proximité et hiérarchie : entre le cadre de proximité et le cadre paramédical de pôle – « Négociateur pour manager » mémoire 2014 Suzette Rodriguez - La place du cadre de santé au sein du pôle – soins cadres n°86 2013/05 – pagination 27-29 - Cadre Sage-Femme du pôle « mère enfant », un exercice singulier et particulier – soins cadres n°81 2012/02 – pagination 515-517 																					

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action n° 6.3

Projet Management de Pôle
Méthodologie

Responsable du projet

Nom : Nicolas BOYER et Marianne FOURNIER	Pilote Fiche action
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme FOURNIER CSS / DS (Copilote) Mme VIRLOUVET CSS/ Pôle Médecine Cadre supérieur de Pôle Direction des soins	Formaliser une méthodologie de réalisation du Projet Management de Pôle Groupe de travail Validation du document

Diagnostic de la situation existante

La Direction des Soins projette la formalisation d'un projet de management de pôle à intégrer dans les orientations du projet de soins et dans le cadre du projet d'établissement.
Il existe des projets mais pas de lisibilité du Management
L'encadrement de pôle soulève de nombreuses interrogations sur les enjeux et les perspectives du projet :

- Qu'est-ce qu'un projet management de pôle ? son contenu ?
- Quels sont les acteurs ?
- Quel intérêt ?
- Existence de documents de référence ?

Chaque étape de la réflexion préliminaire suscite un questionnement de type FOCA : « *Quels sont les Faits ? Quelle est votre Opinion ? Que faudrait-il Changer ? Quelles Actions doit-on entreprendre ? »*

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Renforcer la connaissance du Projet Médical, le Projet Social, le Projet de Soins, le Projet Qualité ? contrats de pôle, projets architecturaux, les objectifs RH et financiers par les cadres paramédicaux.
Objectif n°2	Orienter et prioriser les pratiques managériales du pôle en fonction de l'ensemble des projets et objectifs institutionnels
Objectif n°3	Décliner une « une stratégie d'encadrement de pôle » permettant la participation de l'encadrement aux instances, aux groupes de travail institutionnel et transversaux, l'identification des règles communes de gestion au sein des différentes unités du pôle, l'accompagnement des orientations soignantes et des missions d'encadrement spécifiques au pôle.
Objectif n°4	Avoir un outil de suivi et d'accompagnement à la mise en œuvre du projet managérial de pôle

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Brainstorming / audit au cours d'une réunion avec les CSS et CSSF
Etape n°2	Construction la méthodologie de construction du projet managérial de Pôle et sa feuille de suivi annuel par les 3 participants du groupe 6
Etape n°3	Présentation du document au sein de chaque pôle, retour de corrections éventuelles

Etape n°4	Présentation à la DS, Chef de Pôle et Direction, Commission des Pôles
Etape n°5	Formalisation du document final au sein de chaque Pôle
Etape n°6	Présentation annuel du bilan en fonction de la feuille de suivi à la commission des Pôle et au bureau de chaque Pôle

Identification des freins et des vigilances éventuels

Niveau de connaissance et de maîtrise des différents projets animés au sein de la structure de santé.
Niveau de motivation et d'implication pour formaliser un projet management (amorcer le changement dans les pratiques managériales). Le temps
Absence de CSS sur le pôle et de Projet de Pôle

Moyens humains

Les cadres de Pôle – Chef de Pôle
Mobilisation liée à la réalisation du diagnostic.
Temps consacré à la réflexion et à la rédaction.

Moyens matériels et financiers

Formation : pilotage du pôle 1 session : 2 000€
Communication institutionnelle (coût constant)
Communication intranet / internet (coût constant)
Informatisation par pôle

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Etape 3 terminée c'est-à-dire correction faite sur le guide méthodologique et la fiche de suivi.

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Projets management de pôle formalisés et bilan annuel en fonction de fiche de suivi

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 : Etat des lieux	X																			
ETAPE 2 : Construction	X	X																		
ETAPE 3 : Corrections		X	X																	
ETAPE 4 : Validation			X																	
ETAPE 5 : Formalisation				X																
ETAPE 6 : Bilan annuel et suivi					X				X				X				X			

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- D'IVERNIS J.F., 2003, *Enseignement sur la méthodologie à la recherche*, Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris en partenariat avec l'Université Paris Nord (Paris XIII, Bobigny).
- Thierry NOBRE, Patrick LAMBERT, Guy VALET, 2012, *Le management de pôle à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis*, Paris : Editions DUNOD, 256 pages [EAN13 : 9782100581887].
- Revue Hospitalière de France, 2011, *Le management hospitalier*, [article disponible à l'adresse : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>].

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action 6.4

***Analyse des compétences techniques
et de savoir être dans le soin***

Responsable du projet

Dina PALAVRA / Michèle ASTRE	Pilote Fiche action
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mr BOYER et Mme FOURNIER Direction des soins 1 cadre par Pôle + représentant soignant et médicaux technique	Pilote et copilote du groupe PDS Validation Groupe de travail
Diagnostic de la situation existante	
<p>Nous observons des pratiques différentes dans les services sur l'évaluation des compétences propres des agents. En effet comme il existe dans certain corps de métier une requalification (pilote de ligne, PNC...) dans notre monde médicale la certification des compétences propres est peu développée.</p> <p>En plus actuellement dans notre établissement, il n'existe pas de vrai support d'analyse des pratiques professionnelle ; cela entraine des évaluations basées sur la subjectivité de l'analyse du cadre sous remis en question par l'agent et rendant difficile la démarche d'accompagnement et de formation que peut avoir l'encadrement.</p>	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Améliorer les pratiques professionnelles et la prise en charge des patients en accompagnant de manière plus rapprochée les agents dans l'optimisation de leur compétence propre.
Objectif n°2	S'assurer que la qualité des soins proposée par l'agent est en adéquation avec les protocoles de soins validés dans l'établissement.
Objectif n°3	Définir avec chaque agent des pistes d'amélioration et d'identifier les besoins de chacun pour une optimisation de la qualité des soins.
Objectif n°4	Vérifier la bienveillance des patients au moment des soins en y intégrant l'évaluation savoir être lors du soin.
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Faire un état des lieux complet : Ressources déjà disponibles ou utiliser dans les différents services ; benchmarking existant sur des grilles similaires dans d'autres établissements ; choix des 7 premières grilles pilotes à réaliser
Etape n°2	Mise en place des 7 grilles pilotes sur le projet en incluant le savoir être attendu lors du soin par l'agent.
Etape n°3	Ecriture de la méthodologie d'utilisation des grilles d'analyse de compétences.
Etape n°4	Validation des grilles pilote par la direction des soins et diffusion à l'encadrement.
Etape n°5	Communication sur l'établissement et mise en pratique de l'analyse des compétences dans chaque service au moins 1 fois dans l'année pour chaque agent.

Etape n°6	Pérennisation du processus et création de 10 nouvelles grilles par an																																																																																																																																																																																						
Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																																																																																							
<p>Le premier frein sera la résistance à ce nouvel accompagnement de 2 manières différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les agents d'être évalué (un retour à un examen de passage) • Pour l'encadrement, rajouter cette action comme axe prioritaire de leur pratique quotidienne <p>Le deuxième frein est le temps que cela demandera à l'encadrement pour accompagner chacun de ses agents au moins une fois dans l'année.</p> <p>Le troisième frein sera qu'en avançant nous réaliserons la nécessité de mettre à jour certains protocoles, ce qui ralentira d'autant la mise en place des grilles d'analyse.</p>																																																																																																																																																																																							
Moyens humains								Moyens matériels et financiers																																																																																																																																																																															
Personnes impliquées dans le groupe de travail Encadrement pour la réalisation des analyses Agents eux même								A moyen constant Support papier de la grille d'analyse Temps nécessaire à l'encadrement pour réaliser ces analyses de compétences.																																																																																																																																																																															
Eléments d'évaluation																																																																																																																																																																																							
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																																																																															
Réalisation complète de l'étape 3 c'est-à-dire écriture de la méthodologie d'utilisation des grilles d'analyse.								Avoir au moins 20 grilles de compétences réalisées et que tous les agents puissent en bénéficier au moins une fois dans l'année																																																																																																																																																																															
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 : Etat des lieux</td> <td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 : Création des grilles pilote</td> <td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 : Ecriture de la méthodologie</td> <td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 4 : Validation grilles et méthodologie</td> <td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 5 : Mise en pratique</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td> </tr> <tr> <td>ETAPE 6 : Ecriture d'autres grilles</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																		2015				2016				2017				2018				2019				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 : Etat des lieux	x																				ETAPE 2 : Création des grilles pilote		x	x																		ETAPE 3 : Ecriture de la méthodologie			x	x																	ETAPE 4 : Validation grilles et méthodologie				x																	ETAPE 5 : Mise en pratique					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ETAPE 6 : Ecriture d'autres grilles					x	x			x	x			x	x			x	x		
	2015				2016				2017				2018					2019																																																																																																																																																																					
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																																																																																																			
ETAPE 1 : Etat des lieux	x																																																																																																																																																																																						
ETAPE 2 : Création des grilles pilote		x	x																																																																																																																																																																																				
ETAPE 3 : Ecriture de la méthodologie			x	x																																																																																																																																																																																			
ETAPE 4 : Validation grilles et méthodologie				x																																																																																																																																																																																			
ETAPE 5 : Mise en pratique					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																																																																																																																																																																			
ETAPE 6 : Ecriture d'autres grilles					x	x			x	x			x	x			x	x																																																																																																																																																																					
<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																																																																																																							
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																																																																																							

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action 6.5

Analyse des pratiques Managériales

Responsable du projet

Michèle VIRLOUVET/Marianne FOURNIER/N BOYER Pilote Fiche action

Acteurs concernés

Cadres supérieur
Groupe de cadre
Direction des soins

Rôle et mission

Groupe de travail
Groupe de travail
Validation

Diagnostic de la situation existante

Au sein du CHSD, chaque cadre gère à sa manière son service avec bien souvent des outils qui lui sont propres et sont plus ou moins adaptés aux différentes situations rencontrées mais aussi aux règles de gestion d'un service. Il n'y a donc pas une homogénéité dans la pratique managériale.
Certains cadres sont donc à l'aise et on la capacité d'accomplir les missions et les objectifs qui sont les leurs tandis que d'autres vont se retrouver en difficulté sur celles-ci par manque d'outils, de formation ou d'expérience.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Répondre aux critères managériaux de la HAS et du référentiel métier
Objectif n°2	Homogénéiser la pratique managériale au sein du CHSD
Objectif n°3	Optimiser les compétences du management
Objectif n°4	Identifier les outils performant déjà utilisé et les généralisés
Objectif n°5	Proposer des axes de formation nécessaire à l'ensemble de l'encadrement mais répondant aussi aux spécificités des différents pôles.

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Recherche bibliographique sur la pratique managériale de manière générale. Recensement et étude des outils de management déjà utilisé au sein de l'établissement.
Etape n°2	Mise en place de la méthodologie de l'Analyse des pratiques professionnelles sur le management en suivant les recommandations HAS.
Etape n°3	Première analyse auprès de l'encadrement et traitement des résultats
Etape n°4	Discussion en réunion plénière avec l'encadrement. Priorisation des actions à mener et validation par la direction Mise en place des mesures correctrices
Etape n°5	Réévaluation auprès de l'encadrement et traitement des résultats

Etape n°6	Mise en place d'axes de progressions et pérennisation des acquis																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<ul style="list-style-type: none"> Le temps pour réaliser cette analyse La diversité des modes de management Le turn-over de l'encadrement et de l'encadrement supérieur La capacité d'autoévaluation de l'encadrement Les moyens financiers pour mettre en place les axes d'améliorations Lien avec le service formation pour un budget de formation 																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Direction des soins Cadre supérieur Cadre pour évaluation											Temps de secrétariat pour traiter les résultats Financement pour la mise en place des axes d'amélioration. Manager le changement : 2 sessions : 6 600 € Analyse des pratiques : 2 sessions : 6 600 € Management interculturel : 1 session : 2 200 €										
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Réalisation de la première analyse des pratiques managériale											Action correctrice réévalué et mise en place d'actions de pérennisation des acquis.										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 : Bibliographie et état des lieux	X	X	X	X																	
ETAPE 2 : Méthodologie					X	X	X														
ETAPE 3 : Analyse et résultat									X	X											
ETAPE 4 : Discussion et action correctrice										X	X	X	X	X	X						
ETAPE 5 : Réévaluation																	X	X			
ETAPE 6 : Pérennisation des acquis																			X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> Ludovic MURA, Aout 2014, Soins cadre N°91, Le directeur des soins et l'innovation managériale, p36 à 39 Frédéric SOLER, Aout 2014, Soins cadre N°91, Management et intelligence émotionnelle, p40 à 42 Sébastien DAMART, Aout 2014, Soins cadre N°91, Pour un management intégratif, p43 à 46 Guide HAS, 2005, Guide pour autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé 																					

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°6 : Renforcer les compétences managériales

Fiche action 6.6

Production de la charte du management

Responsable du projet

M FOURNIER, G AZEVEDO et D PALAVRA

Pilote Fiche action

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr. DORLAND Bernard, directeur des soins.
Encadrement de tous les secteurs
Service communication

Conseil et orientations stratégiques.
Groupe de travail
Pour la mise en forme et diffusion

Diagnostic de la situation existante

Aucune charte du management n'a été produite au sein de la structure de santé.
Des besoins individuels et collectifs en management paramédical se font connaître sur l'uniformisation des pratiques et des conduites.
Les activités et les compétences des cadres paramédicaux réalisés au sein de la structure nécessitent une valorisation institutionnelle par un acte définissant la dimension éthique et professionnelle de la fonction d'encadrement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Décliner une politique de management en principes d'action, de valeurs et de normes centrées sur la relation de management (Une charte recherche l'intégration et définit un cadre de cohérence, elle donne du sens).

Objectif n°2

Développer la culture et le comportement managérial sur la structure de santé et éclairer la distribution des fonctions entre les niveaux hiérarchiques (Une charte est un outil de communication qui a priori n'a pas de visée de gestion individuelle).

Objectif n°3

Homogénéiser les cultures et les pratiques managériales transmises par l'histoire de la structure de santé, favoriser l'émergence d'une culture institutionnalisée et partagée de tous.

Objectif n°4

Impulser une dynamique de management éthique, intégratif, participatif et durable en guidant et en uniformisant les pratiques.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1

- Définir l'enjeu stratégique de la création de la charte de Management,
- Diagnostiquer la situation existante et analyser la dimension sociologique,
- Recenser les attentes des cadres et de l'équipe de direction,
- Rechercher la documentation (bench-marking).

Etape n°2

- Recueillir les informations nécessaires à la production de la charte,
- Mettre en forme le document,

Etape n°3

- Soumettre à la correction aux personnes qualifiées (externe et interne),
- Faire valider par la Direction des Soins.

Etape n°4	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le document Diffuser le document 																				
Identification des freins et des vigilances éventuels																					
<p>Une charte de management n'est pas un référentiel mais s'impose en complémentarité du référentiel de compétences et d'activités du cadre de santé paramédical. En conséquence, il appartient au cadres paramédicaux de ne pas confondre les référentiels et la charte.</p>																					
Moyens humains											Moyens matériels et financiers										
Mobilisation liée à la recherche bibliographique. Temps consacré à la réflexion et à la rédaction.											Communication institutionnelle (coût constant). Communication intranet / internet (coût constant).										
Éléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Ecriture de la charte											Diffusion de la charte à l'ensemble des cadres										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
	2015				2016				2017				2018				2019				
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
ETAPE 1 : Recherche	X	X	X	X																	
ETAPE 2 : Production					X	X	X	X													
ETAPE 3 : Correction									X	X	X	X									
ETAPE 4 : Diffusion													X	X	X	X					
	T1 = Trimestre 1																				
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> Chantal DE SINGLY, Septembre 2009, <i>Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers</i>, 125 pages. Communiqué de presse APM, 17 mars 2013, <i>Réforme de la formation de cadre de santé: les pistes du groupe de travail</i>, 2 pages. Document de travail, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), série statistiques, n°188, avril 2014, 124 pages. Dossier sur la réingénierie de la formation Cadres de santé, mai 2010, <i>L'universitarisation de la formation cadre de santé, un long fleuve tranquille ?</i>, INFO-CEFIEC n°21, 2 pages. Institut de Formation des Cadres de Santé, Projet de formation, 2013-2014, 62 pages [Document consultable sur l'adresse : http://www.google.fr/url?url=http://www.ch-sainte-anne.fr]. Philippe DOMY, février 2014, lettre à Mr. Jean DEBEAUPUIS, <i>formation des cadres de santé, préparation de la réingénierie</i>, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier, 2 pages. Rapport IGAS / IGAENR, juillet 2013, <i>Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD</i>, Tome 1 93 pages, Tome 2, 147 pages. Référentiel de compétences des directeurs des soins, décembre 2011, mise à jour en décembre 2013, Direction des Etudes, filière de formation des directeurs des soins, EHESP, 28 pages. Une Charte de l'encadrement pour les cadres paramédicaux / DEHAUDT, soins cadres n°86 – 2013/05 – pagination 47-49 Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. 																					

AXE 3 : PILOTER ET ORGANISER LES COMPETENCES MANAGERIALES ET SOIGNANTES

4.7. Thème 7 : Organiser la continuité des soins

La dynamique de l'hôpital public, dans son bassin de vie, se doit de proposer une offre de soins adaptée 24h/24.

Dans ce contexte, la direction des soins doit permettre aux soignants de prodiguer des soins de qualité aux patients dans un cadre sécuritaire que ce soit de nuit comme de jour.

Répondre à cet impératif, dans un environnement en constante évolution, signifie réévaluer en permanence l'organisation des soins, de jour et de nuit, avec pour objectif des réponses possibles, actualisées à certains questionnements de soignants :

- Qui joindre, à quel moment ?, pour quel motif ?, relatif aux soins ?
- Quel soignant ?, sur quel poste ?, quelles compétences ?...
- Quel outil fiable, accessible mettre à disposition ?
- Comment penser les futurs changements d'organisation ?...

Dans le précédent projet de soins la gestion des équipes de nuit a fait l'objet d'actions ciblées en particulier le passage de la gestion des plannings et des remplacements des cadres de nuit vers les cadres de jour. De plus, la gestion des remplacements a fait l'objet de la mise en place d'un logiciel spécifique. Un travail de perfectionnement de cet outil doit se mettre en œuvre en fiabilisant les données et leur exploitation pour tendre vers une gestion efficiente et optimisée.

Pour améliorer nos pratiques concernant ces thématiques de continuité des soins et dans un souci permanent de qualité et sécurité pour les patients et les soignants, 5 items ont été ciblés

Fiche action n°7.1 : Continuité des soins jour-nuit

Fiche action n°7.2 : Informatiser le cahier et le classeur de garde

Fiche action n°7.3 : Développer le professionnalisme et les compétences dans le pôle

Fiche action n°7.4 : Traçabilité des remplacements des personnels soignants jour/nuit

Fiche action n°7.5 : Organiser les soins sur les 24h avec des amplitudes horaires de 12h

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°7 : Organiser la continuité des soins

Fiche action n°7.1

Continuité des soins jour-nuit

Responsable du projet

Nom : FOURNIER Marianne	Fonction : cadre supérieur - Direction des soins
Acteurs concernés	Rôle et mission
DS – DSI – encadrement – pilote du groupe Projet de Soins Membres du groupe Projet de Soins : AGBO Marie, JANKOWSKI Sandrine, TIRERA Varilat, VANSTEENKISTE Nathalie.	Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Sentiment de manque de cohésion et de partage entre les équipes d'encadrement au détriment de la qualité et de la continuité des soins.
Nécessité de redéfinir le rôle et les missions des cadres de nuit, clarifier les missions des cadres des urgences lors des périodes de garde.
Scission entre les équipes de jour et nuit ne permettant pas l'investissement personnel nécessaire à la vie de service.
Pas ou peu d'implication individuelle dans une dynamique profitant au collectif
Problématique des équipes avec plusieurs horaires.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Redéfinir la fiche de poste et les missions des cadres de nuit
Objectif n°2	Formaliser l'organisation de l'encadrement au niveau institutionnel
Objectif n°3	Réaliser un état des lieux de l'existant et des attentes des cadres
Objectif n°4	Formaliser et optimiser l'organisation des équipes soignantes au sein des services
Objectif n°5	Organisation polaire de l'encadrement afin de rendre lisibles et transparentes les règles et les devoirs pour chaque agent

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	Mise à jour de la fiche de poste des cadres de nuit par la Direction des Soins
Etape n°2	Définir des référents cadre de nuit (secteurs à définir : pôle, géographique...) Définir des référents cadre de jour par pôle (par le cadre de pôle) Mise en place dès 7h d'une permanence d'encadrement nuit-jour au sein des pôles (tous cadres)
Etape n°3	Organiser une réunion d'échanges inter cadres afin de recueillir les difficultés et les attentes : côté RH, côté services (Brainstorming et/ou audit). Début octobre 2015.

Etape n°4	Document type (trame effectif jour/nuit et trame sur les tâches spécifiques jour/nuit) à remplir par le cadre de chaque service. Document à donner au moment du brainstorming d'octobre 2015 Mise en place de la délégation Organisation de temps de réunion favorisant la présence de toutes les équipes Pour que les équipes de nuit soient informées, les cadres doivent mettre en place des outils d'information (écrites ou orales)
Etape n°5	Création d'un outil permettant une meilleure communication entre les cadres de jour et les cadres de nuit = création d'un fichier informatique comportant tous les agents pour pouvoir préciser aux cadres de nuit les problèmes rencontrés avec tel ou tel agent. À inclure dans la fiche action « informatiser le cahier et le classeur de garde » (DSI)

Identification des freins et des vigilances éventuels

Travail effectif avec un fort taux de vacataires dû à un absentéisme croissant.
Turn-over des équipes de soins et d'encadrement
Résistance au changement
Difficulté à inclure les professionnels de nuit dans les groupes de travail

Moyens humains

DSI
Cadres

Moyens matériels et financiers

Temps de réflexion, de rencontre et de rédaction
A coût constant

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Formalisation de la continuité de l'encadrement H24 sur l'établissement

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Document type par pôle sur l'organisation des secteurs de soins jour-nuit (effectif-soins spécifiques...)

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape 1 (1)	x																			
Etape 2			x																	
Etape 3			x																	
Etape 4												x	x	x	x	x	x			
Etape 5																				

(1) Synthèse de l'intitulé émis dans le domaine « description de l'action »
T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Critère 18a : Continuité et coordination de la prise en charge des patients Certification V2010
- La charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle du 95-22 du 6 mai 1995
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°7 : Organiser la continuité des soins

Fiche action n°7.2

Informatiser le cahier et le classeur de garde

Responsable du projet

Nom : FOURNIER Marianne	Fonction cadre supérieur - Direction des soins
Acteurs concernés	Rôle et mission
Groupe de travail « permanence de l'encadrement » Direction informatique Membres du groupe projet de soins : BENHOUS Linda, JANKOWSKI Sandrine, LANCIEN Cécile, VANSTEENKISTE Nathalie.	Selon les étapes du projet
Diagnostic de la situation existante	
<p>Classeur trop petit, tout est mélangé. Difficulté pour trouver un document. Il manque des procédures. Certaines procédures ne sont plus à jour. La liste des numéros des vacataires et des agents faisant des heures supplémentaires n'est pas à jour. Les cadres de services n'ont pas toujours les informations passées durant les périodes de garde.</p>	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Réorganiser le classeur de garde afin de s'y retrouver plus facilement.
Objectif n°2	Remettre à jour les procédures existantes pour que le cadre ait un support pour les principales situations rencontrées lors des gardes
Objectif n°3	Remettre à jour la liste des numéros des vacataires et des agents faisant des heures supplémentaires ; afin de n'appeler que les agents validés par la DS et la cellule de remplacement.
Objectif n°4	Lister les procédures manquantes.
Objectif n°5	Utiliser un support informatique pour une diffusion large de l'information
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Créer un groupe de travail – compléter le groupe « permanence de l'encadrement »
Etape n°2	Diviser le classeur en deux : <ul style="list-style-type: none"> - Un classeur pour les ressources humaines - Un classeur pour les procédures
Etape n°3	Décider des référents qui remettent à jour les deux classeurs : <ul style="list-style-type: none"> - Classeur des ressources humaines : Mme FOURNIER - Classeur des procédures : BENHOUS Linda ; JANKOWSKI Sandrine ; LANCIEN Cécile ; VANSTEENKISTE Nathalie

Etape n°4	Décrire le contenu des deux classeurs : <ul style="list-style-type: none"> - Classeur ressources humaines : liste des cadres de garde, liste des internes de garde, liste des administrateurs de gardes, liste des cadres de santé de garde à Casanova, liste des numéros de téléphone des vacataires et des agents faisant des heures supplémentaires par métier - Classeur des procédures : créer les subdivisions 																			
Etape n°5	Décrire les situations où il faut prévenir l'administrateur de garde																			
Etape n°6	Mettre à disposition le classeur de garde sur le disque L et sur clef USB																			
Etape n°7	Mise à jour régulière du classeur de garde : une fois par trimestre (réunion)																			
Étape n°8	Informatiser le classeur de garde (DSI) pour diffusion large-ciblée-rapide de l'informatio																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Temps : avoir le temps pour se réunir, afin de d'effecteur les mises à jour régulières. Les différences de connaissances en informatique des cadres. Disponibilité des informaticiens, Date de mise en place d'un logiciel.																				
Moyens humains								Moyens matériels et financiers												
DS Cadres DSI								A coût constant Temps de réflexion, de rencontre et de rédaction Clef USB, Logiciel												
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)								Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
Mise à jour classeur garde papier RH et procédures sur clé USB et lecteur L								Informatisation avec la DS du classeur de garde												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape 1 (1)	x																			
Etape 2	x																			
Etape 3	x																			
Etape 4		x	x																	
Etape 5				x																
Etape 6					x	x														
Etape 7	x																			
Etape 8									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
(1) Synthèse de l'intitulé émis dans le domaine « description de l'action » T1 = Trimestre 1																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Textes et décrets régissant la fonction cadre, - Textes et décrets de compétence, - Guide administrateur APHP 2013 - ARS Franche Comté. 																				

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°7 : Organiser la continuité des soins

Fiche action n°7.3

Développer le professionnalisme et les compétences dans le Pôle

Responsable du projet

Nom : Marianne FOURNIER

Fonction CSS – Direction des Soins

Acteurs concernés

CS, CSF, CSS, CSSF
Membre du groupe projet de soins :
Marie AGBO et Sandra NOCENTINI

Rôle et mission

Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Cloisonnement des secteurs de soins dans les pôles.

Pas de projet concernant l'évolution de l'acquisition des compétences soignantes dans le pôle

La mobilité est imprévue et ne correspond pas à une anticipation de gestion des présences et absences et ne correspond pas à une opportunité d'acquisitions de compétences soignantes.

Pas de traçabilité d'acquisition de compétences lors de l'évaluation annuelle

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Promouvoir le parcours professionnalisant

Objectif n°2

Organiser la mobilité intra pôle

Objectif n°3

Formaliser et tracer l'acquisition des compétences

Objectif n°4

Définir la communication transversale des compétences

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1

Préparer par pôle les possibilités d'associations de spécialités pour les compétences IDE, AS (échange lors d'une réunion mensuelle avec la DS)

Etape n°2

Formaliser recrutement et intégration par pôle pour les IDE (mise à jour par les cadres)

Etape n°3

Formaliser les modalités de gestion des plannings (lors des réunions d'encadrement de pôle)

Etape n°4

Réaliser la Cartographie des compétences (outil Excel)

Identification des freins et des vigilances éventuels

Processus qui peut être long dans le temps si on part du recrutement

La vigilance du management du changement : envisager une bonne information, prévoir des réunions d'équipe dans les unités-pôles...

Evaluer le volontariat à la mobilité des soignants en poste

Moyens humains					Moyens matériels et financiers															
Groupe de travail élargi à l'encadrement CS et CSS pour appropriation de l'organisation polaire					A coût constant															
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Formalisation de la mobilité PNM et règles de gestion de planning par pôle										Mise en place Cartographie des compétences sur chaque pôle										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Règles mobilité par pôle	x																			
ETAPE 2 Fiches poste incluant mobilité		x																		
ETAPE 3 Formalisation règles gestion plannings par pôle		x																		
ETAPE 4 Cartographie des compétences par pôle			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> - Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales" de l'ARHIF juin 2008 ; - l'instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière 																				

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°7 : Organiser la continuité des soins

Fiche action n°7.4

Traçabilité des remplacements des personnels soignants jour/nuit

Responsable du projet

Nom : Marianne FOURNIER	Fonction CSS / DS
Acteurs concernés	Rôle et mission
Marianne FOURNIER Christel DUC Linda BENHOUS, Varilat TIRERA	Etat des lieux des outils existants auprès des cadres de jour et de nuit Déterminer pistes d'amélioration / Communiquer
Diagnostic de la situation existante	
<p>Contradictions d'informations entre le planning du fichier L et le planning d'E.planning Problèmes d'affectations du pool et vacataires en lien avec le manque d'informations sur les compétences ou manque de compétences. Manque de traçabilité des compétences Difficulté de la mobilité du pool</p>	
Objectifs et résultats attendus	
Objectif n°1	Faire un point sur l'organisation actuelle des remplacements et la gestion des vacataires.
Objectif n°2	Améliorer les outils actuels pour une traçabilité fiable des remplacements et éviter l'appel de vacataires au moment de la prise de poste à 19h/20h et 21h15
Objectif n°3	Connaitre les compétences du Pool et des vacataires et suivre leur évolution pour garantir la sécurité et la qualité des soins sur les deux sites.
Objectif n°4	Diffusion de l'information concernant l'absentéisme de dernière minute à l'interlocuteur dédié.
Description de l'action (exprimée en étapes)	
Etape n°1	Bilan de l'organisation actuelle : organisation des deux questionnaires sur les remplacements jour/nuit, règles de gestion des vacataires, mode de validation des prestations, recrutement des vacataires sur jour/nuit, les outils utilisés (Gestabs, Fichier L)
Etape n°2	Formaliser les pistes d'amélioration de l'organisation des remplacements et outils utilisés Diffusion à l'encadrement JOUR/NUIT
Etape n°3	Définir clairement l'intégration du Pool IDE et AS et améliorer le mode de validation des prestations.
Etape n°4	Avoir un listing à jour des cadres de proximité par pôle et par service afin de les avertir des arrêts inopinés et des éventuels remplacements effectués. Réaliser une procédure pour les cadres de nuit et de garde sur les remplacements de dernières minutes.

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Résistance au changement Processus long et permanent Turn over du Pool et des vacataires Outil informatique et niveau informatique des cadres Vigilance : mettre en lien avec les fermetures de lits et mobilité intra pôle sur ces périodes (règles...)																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Cellule de remplacement Encadrement										Temps d'informaticien et outils informatiques Développement informatique prévu dans le PPI										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Bilan organisation actuelle et formalisation/diffusion des pistes d'amélioration										Règles claires et connues des modalités de remplacement										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Bilan organisation actuelle	x																			
ETAPE 2 Pistes d'amélioration		x																		
ETAPE 3 Intégration Pool - vacataire			x																	
ETAPE 4 Procédure diffusée			x																	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				

Axe n°3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes
Thème N°7 : Organiser la continuité des soins

Fiche action n° 7.5

Organiser les soins sur les 24H avec des amplitudes de travail de 12H

Responsable du projet

Nom : Mme M FOURNIER	Fonction : CSS à la Direction des Soins
Acteurs concernés	Rôle et mission
M. FERRY Jean-Jacques Mme VANSTEENKISTE Nathalie Cadres des unités en 12h et/ou ayant projet de 12h	Manager le changement

Diagnostic de la situation existante

- Déficience de continuité paramédicale spontanée pour la prise en charge personnalisée des patients
- Soins « nobles » concentrés sur les équipes de jour
- Esprit des « veilleuses de nuit » encore bien ancré chez certaines équipes
- Déficit relationnel fréquent entre encadrement de jour et équipes de nuit et réciproquement
- Difficulté à considérer les collègues de nuit comme des membres de l'équipe de soin à part entière
- Défiance fréquente de l'entourage des patients vis-à-vis des équipes de nuit
- Difficulté à percevoir les besoins de changements organisationnels lors des évolutions d'amplitude horaire des personnels paramédicaux

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Créer un esprit de service (ou de pôle) indépendant des horaires de service
Objectif n°2	Faire un point des actes de soins directs et indirects et de leur distribution sur les 24H (prioriser les besoins du patient) et parvenir à un consensus organisationnel opposable
Objectif n°3	Prévoir une uniformisation des pratiques et des compétences entre jour et nuit (définir des temps et des stratégies de communication entre personnel de nuit et entourage des patients)
Objectif n°4	Favoriser l'autorité organisationnelle des cadres d'unité sur les équipes de nuit des services
Objectif n°5	Parvenir à un équilibre satisfaisant des effectifs jour/nuit, en fonction des charges de travail requises

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Lister les soins réalisés sur 24h par catégorie de personnel (cadre d'unité) par unité Fonction des besoins du patient – lié au circuit du patient Débuter par les services en projet de changement d'organisation horaire
Etape n°2	Mettre en place des réunions communes des paramédicaux de jour et de nuit afin de redistribuer de façon cohérente les soins sur les 24h

Etape n°3	S'assurer que les compétences soignantes soient en cohérence avec la nouvelle organisation																			
Etape n°4	Mettre à jour les fiches de poste du service																			
Etape n°5	Evaluer la pertinence de la nouvelle organisation																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Le Changement d'organisation des soins La difficulté de réunir les soignants et formaliser																				
Moyens humains		Moyens matériels et financiers																		
Un groupe de travail cadres – soignants <i>A décliner par pôle pour l'organisation des soins spécifiques sur les secteurs</i>		A coût constant																		
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)		Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																		
Mise en place de réunions PNM et CR formalisées sur le thème dans les pôles d'activité de soins		Fiches de poste à jour																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Formaliser organisation soins en 24h/unité		x	x	x																
ETAPE 2 Communication avec les équipes PNM			x	x	x	x	x	x												
ETAPE 3 Fiches de poste à jour – FO éventuelles			x	x	x	x	x	x												
ETAPE 4 Evaluation Nouvelle organisation			x	x	x	x	x	x												
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Communiqué de l'ADRHES/AFDS/Octobre 2014 - memorandum sur les horaires en 12h Décret n°2002.9 du 4 janvier 2002																				

AXE 4 : DEVELOPPER LES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FAVORISER LA RECHERCHE

4.8. Thème 8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Le précédent projet de soins 2009-2014, avait déjà permis d'initier les démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et de recherche, mais le bilan reste assez modeste :

Un groupe projet sur la recherche paramédicale a été formé. Les participants ont pu s'initier, appréhender les différents types de recherche et d'entreprendre une démarche de recherche en soins. Trois projets ont émergés des réflexions du groupe mais ce travail est resté trop confidentiel. Il n'a pas permis d'accompagner les paramédicaux volontaires aux diverses démarches de recherche et de conduire une première thématique de recherche, comme cela était souhaité.

Des actions de sensibilisation à la méthodologie et à démarche des EPP ont été réalisées auprès des cadres et à plusieurs instances comme la CSIRMT.

La recherche doit faire l'objet d'une plus grande implication des différents métiers via l'encadrement et les initiatives doivent être encouragées et accompagnées. Il faut déboucher sur des actions concrètes permettant la participation de l'hôpital à des appels à projet.

Enfin, l'encadrement de chaque pôle devra développer au moins une démarche d'EPP en lien avec son activité afin de mettre en œuvre cette modalité d'évaluation des soins.

7 actions sont prévues afin de mieux « développer les EPP et favoriser la recherche »

Fiche action n°8.1 : Recenser les thèmes d'EPP, les audits et des auditeurs dédiés à l'EPP

Fiche action n°8.2 : Poursuivre l'information et la formation à la démarche d'EPP dans le cadre du DPC

Fiche action n°8.3 : Développer une démarche EPP par pôle

Fiche action n°8.4 : Poursuivre la formation des professionnels à la méthodologie et à la démarche de recherche en soins

Fiche action n°8.5 : Susciter et aider au développement de plusieurs sujets de recherche médicale et paramédicale

Fiche action n°8.6 : Développer les réunions de retours d'expérience CREX RETEX REMED

Fiche action n°8.7 : Développer la gestion documentaire : Communiquer sur les protocoles soignants

Axe n°4 - Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n° 8.1

Recenser les thèmes d'EPP, les audits et des auditeurs dédiés à l'EPP

Responsable du projet

Nom : Mr LOPEZ	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
Sébastien SALLES Direction des soins Cadres et Cadres de pôle des services Les chefs de service La cellule qualité Sous-commission de la CME	Copilote Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet. Selon les étapes du projet. Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Nous savons que des EPP sont effectuées sur l'établissement à l'initiative des services, qu'elles soient médicales ou paramédicales.

Nous ne sommes malheureusement pas en mesure aujourd'hui de déterminer ni leurs thèmes, ni par qui elles sont initiées.

L'absence de recensement systématique des EPP est à l'origine d'une méconnaissance et d'un manque d'intérêt des soignants vis-à-vis des démarches d'EPP. Ce recensement est un prérequis de la fiche 8.2

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire connaître l'action de recensement des EPP Recenser les EPP de l'établissement
Objectif n°2	Trier les résultats obtenus
Objectif n°3	Recenser et former des auditeurs

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Communiquer sur le but de la recherche par mail et lors de réunions cadres. Contacter les cadres et cadres supérieurs de l'établissement, les chefs de service ainsi que la cellule qualité pour obtenir la liste des EPP réalisée dans chaque service.
Etape n°2	Trier la liste des EPP obtenues par thème et selon qu'elles soient médicales ou paramédicales pour en faciliter l'exploitation ainsi que leur avancement, si elles sont en cours
Etape n°3	Former les futurs auditeurs

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
L'identification des EPP La disponibilité des acteurs. La non réception ou la non lecture des mails. La non réponse aux mails. Le triage/listage des résultats obtenus La motivation des volontaires																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Membres du groupe Projet de Soins										Ordinateur, messagerie, accès aux différentes banques de données A coût constant										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
50% des services interrogés ont répondu										100% des services interrogés ont répondu Traitement des résultats										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape n°1 Recensement des EPP	X	X																		
Etape n°2 Valorisation des EPP existantes			X																	
Etape n°3 Former les auditeurs		X				X				X				X				X		
Références bibliographiques et réglementaires																				
Guide HAS sur L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis - Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles en établissement de santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456117/evaluation-et-amelioration-des-pratiques-professionnelles-en-etablissement-de-sante - Haute autorité de santé. Annexe, l'évaluation des pratiques professionnelles. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. 2013. [Page consultée le 12/11/2014]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_annexe_epp.pdf - CD-Rom EPP en médecine ambulatoire, 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736246/cd-rom-epp-en-medecine-ambulatoire-2008) - Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf - loi du 13/08/2004 renforcée par la loi HPST du 21/07/10 : <i>Partie intégrante du Développement Professionnel Continué (DPC). Point clef de la certification HAS V2010 des établissements de soins</i>																				

Axe n° 4 - Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.2

Poursuivre l'information et la formation à la démarche d'EPP dans le cadre du DPC

Responsable du projet

Nom : Mr LOPEZ	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
M. Jérôme DAUDE, Cadre de santé M. Olivier CRAS, Cadre supérieur de santé M. Bernard DORLAND, directeur des soins Cellule de la gestion des risques et de la qualité Mme Hélène THIN, service de la documentation Personnels formés à la démarche de l'EPP Cadres de santé, paramédicaux et médecins	Copilote Copilote Conseil et orientations stratégiques Conseil et orientations stratégiques Aide à la recherche documentaire Formation et accompagnement méthodologique Acteurs dans la réalisation des EPP

Diagnostic de la situation existante

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Développer une démarche d'EPP était un des objectifs centrés sur les compétences du précédent Projet de Soins 2009-2014. Le groupe de travail a réalisé en 2012 et 2013 :

- un diaporama sur la méthodologie pour réaliser une EPP (avec présentation aux cadres et à la CSIRMT).
- une fiche action : « Développer les EPP paramédicales » (avec comme objectifs de poursuivre la démarche d'évaluation continue des pratiques de soins, en lien avec la démarche qualité institutionnelle, d'initier des EPP et les conduire en partenariat avec les médecins).
- 2 réunions du groupe « Recherche et EPP » et une des cadres ont permis de présenter ces productions et l'accompagnement méthodologique à l'EPP.

Enfin une formation à la recherche documentaire et bibliographique en 2013 a été suivie par un groupe de cadre

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Créer un groupe de pilotage de suivi de l'EPP sur l'établissement
Objectif n°2	Réaliser un guide méthodologique et une trame sur la mise en place d'une EPP afin d'assurer une aide aux utilisateurs et faciliter la mise en place de la démarche
Objectif n°3	Informers les cadres et paramédicaux des pôles sur la démarche d'EPP
Objectif n°4	Former les paramédicaux référents et ressources afin d'assurer dans chaque pôle une aide à la construction et au suivi de la démarche d'EPP

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Constitution du groupe de pilotage
Etape n°2	Créer les supports pédagogiques et outils nécessaires au développement de l'information et de la formation sur la démarche d'EPP en se référant aux documents de l'HAS
Etape n°3	Organisation d'actions d'informations sur la démarche d'EPP au sein des pôles, lors des réunions cadres, au cours de la CSIRMT
Etape n°4	Organisation d'actions de formation à la démarche et méthodologie de l'EPP pour les paramédicaux référents des pôles

Identification des freins et des vigilances éventuels

Motiver les paramédicaux des pôles pour devenir référent de la démarche d'EPP
 Dégager suffisamment de temps aux paramédicaux référents
 Difficulté pour les soignants de s'approprier l'EPP et à l'intégrer dans le cadre de la démarche qualité
 Difficultés pour l'encadrement d'être suffisamment disponible car souvent engagé dans plusieurs groupes de travail
 Coordination indispensable avec la cellule de la gestion des risques et de la qualité
 Etre en mesure d'identifier et d'utiliser différentes méthodologies relevant de l'EPP
 Difficultés liées à la communication sur la démarche d'EPP et sur les actions mises en place après l'EPP

Moyens humains

- Formateur des paramédicaux référents «démarche EPP»
 - Temps dédié pour les membres du groupe de pilotage, pour les paramédicaux référents à la démarche EPP, pour les cadres et paramédicaux des pôles pour les actions d'informations
 -

Moyens matériels et financiers

- Formation des paramédicaux référents :
 1 session : 1 200 €
 - Communication via le portail intranet et le journal de l'hôpital sur les actions d'EPP
 - Reprographie des différents supports d'informations et de formations
 - Ordinateur portable et vidéoprojecteur

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Création du groupe de pilotage
 Réalisation d'un outil pédagogique et d'aide sur l'EPP
 50% des pôles ont eu l'information sur la démarche d'EPP
 50% des pôles ont un référent formé

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

100% des pôles ont eu l'information sur la démarche d'EPP
 100% des pôles ont un référent formé

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Groupe de pilotage		X	X																	
ETAPE 2 Outils nécessaires				X	X	X														
ETAPE 3 Actions d'information							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 4 Actions de formation							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Les fondamentaux de la démarche qualité (Roue de deming)
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288637/les-fondamentaux
- Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/methodes.pdf>
- Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux, mai 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf
- Audit clinique ciblé (ACC), 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf
- Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf
- Annexe - l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, mars 2013
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_annexe_epp.pdf
- Haute autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé.2005
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf

Axe n° 4 - Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.3

***Développer
une démarche EPP par pôle***

Responsable du projet

Nom : Mr LOPEZ

Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique

Acteurs concernés

Rôle et mission

Marie Christine NICOL
Cadres de pôle
Cadres de santé
Paramédicaux
Cellule de gestion des risques et de la qualité
Direction des soins
Sous-commission de la CME

Copilotes
Animateurs dans le pôle
Participants
Conseil et orientation stratégiques
Conseil et orientation stratégiques
Conseil et orientation stratégiques
Conseil et orientation stratégiques

Diagnostic de la situation existante

A ce jour, il n'y a pas eu de recensement exhaustif du nombre de paramédicaux ayant été formés à la démarche d'EPP, ni de recensement exhaustif des actions d'EPP (nombre et thématique) qui ont été menées dans les différents pôles. L'implication des pôles semble insuffisante dans certains secteurs et est à développer. L'étape : « état des lieux des EPP » figure dans la fiche 8.1 et ne sera pas reprise ici.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Développer les EPP sur la pertinence des soins après la formation du personnel

Objectif n°2

Etablir un bilan annuel des résultats d'EPP par pôle et les communiquer

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1

Cibler les services où les EPP sont inexistantes
Etablir un calendrier annuel des audits par pôle en collaboration avec la cellule qualité.

Etape n°2

Diffuser les résultats des EPP en collaboration avec le service qualité (peut-être dans le futur journal qualité)

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Dégager du temps aux agents
- Intérêt et motivation du personnel,
- Trouver des volontaires pour réaliser les audits
- Le planning des agents en 12h peu compatible avec un travail supplémentaire

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Formation continue
Cellule qualité
Référénts qualités
Volontaires pour s'investir dans la démarche d'EPP

A coût constant
Ordinateur portable pour audit

Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Mise en place des groupes d'EPP										2 EPP par pôle par an. Résultat annuel communiqués.										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1																				
calendrier annuel				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ETAPE 2																				
Diffuser les résultats des EPP								x								x				x
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<p>Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis La Plaine.</p> <p>- Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles en établissement de santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456117/evaluation-et-amelioration-des-pratiques-professionnelles-en-etablissement-de-sante</p> <p>- Haute autorité de santé. Annexe, l'évaluation des pratiques professionnelles. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. 2013. [Page consultée le 12/11/2014]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_annexe_epp.pdf</p> <p>- CD-Rom EPP en médecine ambulatoire, 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736246/cd-rom-epp-en-medecine-ambulatoire-2008)</p> <p>- Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf</p>																				

Axe n° 4 - Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.4

Poursuivre la formation des professionnels à la méthodologie et à la démarche de recherche en soins

Responsable du projet

Nom : M. LOPEZ	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
Marie Christine NICOL Formation Direction des soins Groupe recherche Cadres et Cadres sup Tous les professionnels	Copilote Conseil et orientations stratégiques Conseil et orientations stratégiques Promoteurs Relais auprès des professionnels Force de suggestion

Diagnostic de la situation existante

Lors du projet de soins précédent, un groupe projet sur la recherche paramédicale a été formé à la recherche et avait pour but de s'initier, d'en appréhender les différents types, d'entreprendre une recherche en soins, d'accompagner les paramédicaux volontaires aux diverses démarches de recherche et d'identifier et conduire une première thématique de recherche. Trois projets ont émergé des réflexions du groupe mais ce travail est resté trop peu diffusé auprès du personnel, l'accompagnement des paramédicaux est encore une tâche à accomplir et pour cela nécessite une communication élargie.

Il existe une méconnaissance de la part des soignants des recherches effectuées au sein de l'hôpital par les paramédicaux.

Il n'existe pas de recensement des travaux existants.

La méthode de recherche n'est pas connue de la part des soignants.

Nous pouvons constater un manque d'intérêt des soignants vis-à-vis des démarches d'EPP et de la recherche

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire connaître la démarche de recherche en soins
Objectif n°2	Renforcer le groupe recherche
Objectif n°3	Former les nouveaux volontaires

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Rédiger et diffuser un livret de présentation à la démarche de la recherche. Identifier un responsable de recherche paramédicale dans intranet.
Etape n°2	Faire appel à des volontaires au cours d'une réunion de cadres Demander aux cadres de répercuter l'information Ecrire un article et le publier dans le journal de l'hôpital.
Etape n°3	Formation par un expert extérieur

Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																										
Méconnaissance des bénéfices apportés aux soins par la recherche Temps de travail supplémentaire Idées reçues : « Ce sont les médecins qui font de la recherche »																																																																																																										
Moyens humains	Moyens matériels et financiers																																																																																																									
Groupe recherche pluridisciplinaire Formateurs	Coût de formation : 1 session de 3 jours : 3 600 € Salle de réunion Portable - rétroprojecteur																																																																																																									
Éléments d'évaluation																																																																																																										
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																									
Réalisation et diffusion d'un livret de présentation à la démarche Des volontaires se proposent et intègrent le groupe	Formation externe de nouveaux volontaires																																																																																																									
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th></th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> <th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 Livret de présentation</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 Renforts</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 Formation</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		2015				2016				2017				2018				2019					T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 Livret de présentation	x	x	x	x																	ETAPE 2 Renforts					x	x	x	x													ETAPE 3 Formation									x											
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																									
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																						
ETAPE 1 Livret de présentation	x	x	x	x																																																																																																						
ETAPE 2 Renforts					x	x	x	x																																																																																																		
ETAPE 3 Formation									x																																																																																																	
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																									
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																										
<ul style="list-style-type: none"> - La recherche paramédicale, reconnue depuis la loi hospitalière de 1991 - Instruction N° DGOS/PF4/2014/33 du 28 Janvier 2014 relative au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014 - Revue Hospitalière de France, (revue de la FHF, www.revue-hospitaliere.fr), Recherche infirmière et paramédicale, n°546, Mai-juin 2012, p.10-39. - Revue Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, Dossier; La recherche clinique et paramédicale, n°212, septembre 2012, p.9- 34 - Lecture critique et communication médicale scientifique : Comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologie. Louis Rachid Salmi Broché: 488 pages - Éditeur : Elsevier Masson; Édition: 3e édition revue et augmentée (4 avril 2012); ISBN-10: 2810101825 - ISBN-13: 978-2810101825 																																																																																																										

Axe n°4 - Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.5

Susciter et aider au développement de plusieurs sujets de recherche médicale et paramédicale.

Responsable du projet

Nom : Mr LOPEZ	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
Pascale BLADT, Paola CLEMENTE Sandrine JANKOWSKI. Direction des soins Encadrement Service communication	Copilotes Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes du projet Conseil et orientations stratégiques

Diagnostic de la situation existante

Lors du projet de soins précédent un groupe projet sur la recherche paramédicale a été formé à la recherche et avait pour but de s'initier, d'appréhender les différents types de recherche, d'entreprendre une recherche en soins, d'accompagner les paramédicaux volontaires aux diverses démarches de recherche et d'identifier et conduire une première thématique de recherche. Trois projets ont émergés des réflexions du groupe mais ce travail est resté trop confidentiel, l'accompagnement des paramédicaux est encore une tâche à accomplir et pour cela nécessite une communication élargie.

Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), soutient depuis 2010 le développement de la recherche sur des soins réalisés par les professionnels infirmiers et paramédicaux.

Il existe une méconnaissance de la part des soignants des recherches effectuées au sein de l'hôpital par les paramédicaux. Il n'existe pas de recensement des travaux existants. La méthode de recherche n'est pas connue de la part des soignants. On peut constater un manque d'intérêt des soignants vis-à-vis des démarches d'EPP et de la recherche

La Recherche Infirmière & Paramédicale a pour objet la validation ou la comparaison entre eux des actes innovants ou des stratégies de soins réalisés par les auxiliaires médicaux, afin de sélectionner les plus efficaces ou efficients. Les « soins » doivent être compris comme dépassant les seuls soins à visée curative pour intégrer les soins éducatifs et préventifs, la rééducation, la réadaptation, ainsi que les soins à visée palliative.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Susciter le questionnement des équipes afin de placer la recherche par rapport à la discipline et la profession.
Objectif n°2	Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux
Objectif n°3	Développer la recherche et les EPP
Objectif n°4	Développer un esprit de questionnement et avoir les outils et les moyens pour faire des recherches afin d'améliorer les compétences des soignants.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	La formation des équipes à la recherche est à développer et une aide méthodologique à la publication des travaux doit être structurée. Dans ce cadre, un travail de collaboration est à initier. Mieux identifier le groupe recherche et formaliser un document interne de proposition de recherche largement diffusé.
-----------	--

Etape n°2	Former des professionnels à répondre à des appels à projets et à élaborer des projets de recherche. Faire connaître et intégrer la démarche scientifique
Etape n°3	Diffuser largement les travaux des équipes qui conduisent des recherches paramédicales
Etape n°4	Organiser une journée sur la recherche infirmière et paramédicale institutionnelle par an pour partager les expériences des équipes
Etape n°5	Mettre en place des groupes de travail et de réflexion sur les thématiques de recherche.

Identification des freins et des vigilances éventuels

Le manque de temps.
Rechercher et trouver des thèmes de recherche.

Moyens humains

Des formateurs sur la méthode de recherche et la réalisation d'EPP.
Réunir des soignants de différentes professions

Moyens matériels et financiers

A coût constant : Salle de réunion, ordinateur, temps, accès aux différentes banques de données

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Un ou plusieurs sujets de recherche proposés et retenu

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Au moins un dossier complet est proposé

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape n°1 communication	x	x	x	x																
Etape n°2 formation volontaires					x	x	x	x	x	x	x	x								
Etape n°3 Diffusion les travaux					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°4 Organisation de journée recherche						x				x				x				x		
Etape n°5 groupes de réflexions			x	x	x	x	x													

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Instruction N° DGOS/PF4/2014/33 du 28 janvier 2014 relative au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014
- Revue Hospitalière de France, (revue de la FHF, www.revue-hospitaliere.fr), Recherche infirmière et paramédicale, n°546, Mai-juin 2012, p.10-39.
- Revue Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, Dossier: La recherche clinique et paramédicale, n°212, septembre 2012, p.9- 34
Lecture critique et communication médicale scientifique : [Comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologie](#). Louis Rachid Salmi Broché: 488 pages - Éditeur : Elsevier Masson; Édition : 3e édition revue et augmentée (4 avril 2012); ISBN-10: 2810101825 - ISBN-13: 978-2810101825

Axe n°4 – Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.6

***Développer les réunions de retours d'expérience
CREX RETEX REMED***

Responsable du projet

Nom : Patrick LOPEZ	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico-technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme CLEMENTE Paola Mme BLADT Pascale Mme BOURSEAU Céline M. BOUCHER Denis Cadres de l'établissement	Suppléante Suppléante Référents qualité conseil et orientation stratégique Référents qualité conseil et orientation stratégique

Diagnostic de la situation existante

CREX et REMED sont des méthodes d'amélioration de la qualité des soins par la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration. Cette démarche de gestion des risques rentre donc tout à fait dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) et s'inscrit dans l'évaluation des pratiques des professionnels de santé.

Très peu de réunions CREX et de REMED sont réalisés actuellement au sein de l'hôpital, pourtant elles peuvent être un vecteur pour développer une culture de sécurité des soins.

Les professionnels ne sont ni formés, ni informés pour la plupart de ces méthodes d'analyses d'évènements indésirables Cette activité est tantôt vécue comme une délation par le personnel, comme une perte de temps par certains et générateur de travaux supplémentaires par les équipes voir même par les cadres.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Développer une démarche qualité pérenne dans l'établissement par le développement des retours d'expérience.
Objectif n°2	Favoriser la démarche de déclaration des évènements indésirables dans le personnel
Objectif n°3	Créer des comités de retour d'expérience par pôle ou par service
Objectif n°4	Assurer le suivi de l'activité des CREX par le service qualité

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser les cadres à l'importance du développement de ces démarches qualité dans la qualité des soins • Former les cadres à la démarche DPC, CREX, REMED
Etape n°2	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser le personnel à l'intérêt de ces démarches qualité dans la qualité des soins.
Etape n°3	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les services pour lancer une première démarche de retour d'expérience • Identifier des responsables de cellules CREX par pôle ou par service
Etape n°4	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'évolution du nombre de réunions et de services touchés et relancer les services qui s'essoufflent.

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement par manque de motivation et de disponibilité des agents • Déclarations vues comme une délation • Perception de l'étude comme un travail supplémentaire non productif • Impact sur l'organisation du service • Temps agent à dégager pour réaliser l'étude et préparer les réunions • Pour les CREX, Choix de la personne responsable de la collecte et détentrice des noms des déclarants qui doit être reconnue par les autres agents comme digne de confiance 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Cellule qualité Formateur extérieur sur site Groupe volontaire pour former les autres Invitation à des réunions de retour d'expérience										A coût constant. Formation institutionnelle										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Cadres formés Sensibilisation des personnels réalisée										Tous les services ont démarré des groupes CREX ou réalisés des REMED										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Informers les cadres	x	x	x	x																
ETAPE 2 Informers le personnel		x	x	x	x															
ETAPE 3 Accompagner						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ETAPE 4 Suivre l'évolution									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
(T1 = Trimestre 1																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<p>-François P, et al. Le comité de retour d'expérience (CREX) : une méthode pour l'amélioration de la sécurité des soins. Rev Epidemiol Sante Publique (2013)</p> <p>- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Laborie H, Woynar S. Organisation et sécurisation du circuit du médicament. Approfondissement. Paris: MEAH; 2008.</p> <p>-Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers. Améliorer la sécurité des organisations de soins: exploiter les retours d'expériences. Paris: MEAH; 2008</p> <p>-Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011</p> <p>- Société française de pharmacie clinique. Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (REMED). Pessac: SFPC; 2008</p> <p>- Instruction n°DGOS/PF2/2012/352 du 18 septembre 2012</p> <p>- Méthodologie de retour d'expérience (DGS mars 2007)</p> <p>- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments (HAS Juillet 2011)</p>																				

Axe n°4 – Thème N°8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

Fiche action n°8.7

***Développer la gestion documentaire :
Communiquer sur les protocoles soignants***

Responsable du projet

Nom : M. LOPEZ Patrick	Fonction : Cadre supérieur du pôle médico technique
Acteurs concernés	Rôle et mission
Responsable sécurité des systèmes d'information Référénts qualités des services Médecins Cadres de santé IDE, AS, Manipulateurs radio, Techniciens de labo, ...	Copilote Copilote Participants Participants Participants

Diagnostic de la situation existante

Le système documentaire reflète l'organisation et la maîtrise du système de management de la qualité. L'outil « Intraqual doc » est un logiciel de gestion documentaire mis en place au CHSD. Ce logiciel permet d'organiser le système documentaire et de garantir la cohérence de l'information, il réduit les délais de diffusions et permet une traçabilité de la prise de connaissance. Actuellement, le logiciel est déployé au niveau du laboratoire, de la pharmacie, à l'administration, la cellule qualité, et dans la Gestion Electronique des Documents (GED) L'outil a récemment été présenté au pôle mère-enfant par la cellule qualité et gestion des risques de l'établissement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Etablir un état des lieux de l'existant par service
Objectif n°2	Identifier les processus du service afin de lister les besoins en termes de documents
Objectif n°3	Définition des droits par profil
Objectif n°4	Diffusion des protocoles soignants et autres documents et évaluation du système documentaire

Description de l'action (*exprimée en étapes*)

Etape n°1	1) Recensement de l'ensemble des documents existants et vérification que cet existant répond aux objectifs fixés (documents toujours applicables, révision des documents, ...) 2) Classification des documents existants par processus et thématique
Etape n°2	1) Former un groupe de travail multidisciplinaire afin d'identifier les processus du service et réaliser une arborescence documentaire en définissant un classement des documents par catégories / thématiques (secrétariat, prélèvement, soins, informatique, ...) 2) Identifier les documents à formaliser pour décrire les tâches, activités du service
Etape n°3	1) Formation des référents qualité des services à l'utilisation du logiciel et définition des profils administrateurs 2) Former les rédacteurs à l'aide de la procédure des procédures pour standardiser les méthodes de rédactions 3) Définir les personnes habilitées à vérifier et/ou valider les documents du service

Etape n°4	1) Insertion des documents validés dans le logiciel et définition de la liste de diffusion 2) S'assurer de la suffisance et de la pertinence de la documentation 3) Suivi des indicateurs de lecture des documents (administrateurs)																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> Vigilance sur la coordination de la production de documents : forme commune selon le type de documents, quel que soit le rédacteur, Indexation des documents : par type ou thématique Définition des droits : Rédacteur, Vérificateur, Valideur Diffusion des documents pour application par fonction : médecins, cadres, IDE, AS, ... Cas des changements de service et des vacataires intérimaires ? (Mise à jour de l'annuaire, diffusion pour information) Cycle de vie du document : utilisation, révision, modification, archivage 																				
Moyens humains									Moyens matériels et financiers											
Cellule qualité et gestion des risques Direction des systèmes d'informations Référents qualité Cadres									A coût constant Accès à un poste informatique Identification unique du personnel Adresse mail nominatives (suivi des informations)											
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)									Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)											
Suivi du taux de nouveaux documents insérés par service Suivi du taux de lecture									Bilan annuel du taux de lecture de documents (mesure la démarche d'implication de l'ensemble du personnel)											
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
ETAPE 1 Recensement et classification ETAPE 2 Création du groupe de travail/ et identification des documents ETAPE 3 Définition des profils Formation des référents ETAPE 4 Suivi des indicateurs	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	X	X	X	X																
	X	X	X	X																
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Norme NF EN ISO 9001 : Système de management de la qualité - Exigences																				

AXE 5 : CONTRIBUER A L'ENSEIGNEMENT ET A LA FORMATION

4.9. Thème 9 : Contribuer à l'enseignement et à la formation

Ce thème est en lien avec l'ensemble des réflexions menées sur l'intégration de tout nouveau professionnel arrivant. Il faut établir une politique d'accueil des futurs et nouveaux professionnels Cette politique renforcera l'attractivité de l'établissement et s'assurera de la fidélisation du personnel.

Cela concerne les compétences à acquérir pour produire des soins de qualité, mais également la capacité à encadrer et à évaluer ces compétences : et donc la fonction tutorale au sein des services.

De plus, les compétences de nos professionnels sont très dépendantes de leur formation initiale et l'accueil des étudiants doit être de très bonne qualité. Les ressources pédagogiques des terrains de stage doivent être mises en avant, les maîtres d'apprentissage et les professionnels encadrants formés et préparés. Le lien avec les structures de formation initiale doit être renforcé.

Malgré la mise en place de certaines actions liées au précédent projet de soins, les expériences partagées par l'encadrement et l'audit réalisé auprès des agents montrent la nécessité de mettre l'accent sur l'accueil des étudiants et la construction d'un plan d'intégration du nouvel arrivant.

Pour cela il faut décliner un suivi pédagogique clair, défini et encadré du stagiaire ; établir un accueil personnalisé et formalisé de l'agent nouvellement arrivé dans un service.

Des tuteurs formés, des compétences valorisées permettront de répondre aux exigences de la qualité des soins dispensés au patient.

Les actions de cet axe du projet de soins souligneront et compléteront celles de projet social 2014-2017 dont le projet de soins partage certains objectifs. Le binôme projet social/projet de soins doit permettre cette évolution. Une démonstration évidente de l'intérêt de ce sujet pour l'institution qui se décline en 4 fiches action

Fiche action n°9.1 : Intégrer les nouveaux professionnels au sein des pôles et des services

Fiche action n°9.2 : Renforcer l'attractivité et s'assurer de la fidélisation

Fiche action n°9.3 : Identifier la fonction tutorale au sein des services

Fiche action n°9.4 : Promouvoir l'accueil des étudiants

Axe n°5 – Thème N°9 : "Contribuer à l'enseignement et à la formation"

Fiche action n°9.1

Intégrer les nouveaux professionnels au sein des pôles et des services

Responsable du projet

Nom : C. LANCIEN

Fonction : Cadre paramédical de pôle

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme BILOUS
Mme JOLLY
Mme BENSALAH

Copilote
Membres de groupe de travail

Diagnostic de la situation existante

Intégration disparate au sein des pôles et des services. Pas de transparence sur les programmes d'intégration et d'adaptation aux postes basés sur les compétences déjà acquises des professionnels. Procédure d'accompagnement des nouveaux arrivants inexistante sur le CHSD.

Le projet social à travers la fiche 4.3 « Professionnaliser le tutorat et l'intégration des nouveaux arrivants » aborde déjà une réflexion sur ce thème et s'adresse à tous les corps de métier. Aussi, cette fiche valorisera les agents issus de formations de soins infirmiers.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Optimiser l'acquisition des compétences spécifiques au sein du service.
Objectif n°2	Harmoniser les processus d'intégration des nouveaux arrivants.
Objectif n°3	Déterminer la durée d'intégration des agents par catégories professionnelles et par service.
Objectif n°4	Evaluer le dispositif

Description de l'action

Etape n°1	- Audit et bilan des processus d'intégration dans les services
Etape n°2	- Identifier les incontournables : journée d'intégration, journée informatique... - Formaliser une procédure en s'appuyant sur le bilan et sur les personnes ressources. - Faire valider la procédure par les instances : DSSI, DRH, CTE, CHSCT, conseil de surveillance et directoire.
Etape n°3	- Communiquer et diffuser la procédure ; - Accompagner la mise en œuvre et tracer l'évolution.
Etape n°4	- Evaluer l'utilisation de la procédure. - Evaluer la satisfaction des bénéficiaires.

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'emploi du temps des intervenants pour la journée d'intégration. • Difficulté d'organisation : adéquation effectif/ charge de travail. • Communication ascendante, transversale et descendante. • Participation des cadres. 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
<ul style="list-style-type: none"> • Direction des soins, DRH • Cadre de pôle et de santé • Service de communication, de reprographie • Les instances hospitalières 										Coût constant										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
<ul style="list-style-type: none"> • 50% des services ont identifiés leurs problématiques fin 2016 ; • La procédure est créée et validée par le DSI. 										<ul style="list-style-type: none"> • 100% des services ont été audité. • La procédure est créée par le groupe, validée par le DSI, diffusée aux services (créer une traçabilité), évaluée et réajustée fin 2017 ; • La procédure est appliquée sur l'ensemble des pôles et service en 2019. • 100% des bénéficiaires sont satisfaits 										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Audit et bilan		X																		
ETAPE 2 Formalisation de la procédure										X										
ETAPE 3 Diffusion de la procédure															X					
ETAPE 4 Evaluation satisfaction des bénéficiaires																			X	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
Certification V2010 : partie 2 – management des ressources – critère 3.b p24 Plan de formation ministériel de la fonction publique hospitalière 2015																				

Axe n°5 – Thème N°9 : "Contribuer à l'enseignement et à la formation"

Fiche action n°9.2

Renforcer l'attractivité et s'assurer de la fidélisation

Responsable du projet

Nom : C. LANCIEN

Fonction : Cadre paramédical de pôle

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme LANCIEN
Mme BILOUS
Mme BIBI

Pilote
Copilote
Référente du groupe du projet social

Diagnostic de la situation existante

Implantation socio-géographique non valorisante. Méconnaissance sur les spécialités du CHSD et les compétences professionnelles. Professionnels exerçant des pratiques avancées telles que l'éducation thérapeutique, les soins palliatifs, la radioprotection, la dosimétrie, les plaies et les cicatrisation, etc.. ne sont pas identifiés.

Développement professionnel : DPC méconnu, référents à instaurer ou à valoriser.

Le turn over de personnels engendre des difficultés pour stabiliser les équipes et développer les compétences.

A travers le plan social 2014-2017, des actions ont déjà été mises en place sur l'attractivité qui seront reprises par le projet de soins 2015-2019.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Promouvoir l'image du centre hospitalier, la qualité des soins et le professionnalisme.
Objectif n°2	Valoriser les professionnels et les technicités.
Objectif n°3	Accompagner les agents dans leurs parcours professionnels et le développement de leurs compétences (D.U....).
Objectif n°4	Réfléchir sur les caractéristiques des environnements favorables aux pratiques professionnelles.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Assurer la représentation du CHSD dans des manifestations nationales.
Etape n°2	Réfléchir sur le contenu du site internet et les spécificités institutionnelles qui peuvent être valorisées.
Etape n°3	Mener une enquête qualitative auprès des nouveaux arrivants et de ceux qui restent.
Etape n°4	Mener une réflexion sur les acquis sociaux (prime de service, d'assiduité...).

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Faisabilité de l'enquête qualitative ;
- Limite de l'outil informatique : moyens humains, financiers et de temps ;
- Mobilisation des professionnels dans les représentations de l'hôpital ;
- Moyens permettant de faire du marketing.

Moyens humains

- Direction générale, les tutelles ;
- Services informatique, reprographie, communication ;
- Différentes catégories professionnelles.

Moyens matériels et financiers

- A moyen constant

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Début de mise à jour du site internet commencé ;
- Outil de l'enquête crée, validé et diffusé auprès des acteurs.

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Participation aux manifestations professionnelles et scientifiques ;
- Mise à jour du site internet en 2019 ;
- Résultat de l'enquête ;
- Diminution du turn over (CGSI).

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2015				2016				2017				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Représentation du CHSD		X				X				X				X				X		
ETAPE 2 Contenu du site internet												X	X							
ETAPE 3 Enquête qualitative										X										
ETAPE 4 Réflexions acquis sociaux									X	X	X	X								

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- « Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales. » ARHIF - juin 2008
- Mémoire ENSP – «Turn over des infirmières en île de France» de Corinne Sliwka

Axe n°5 – Thème N°9: « Contribuer à l'enseignement et à la formation »

Fiche action n°9.3

Identifier la fonction tutorale au sein des services

Responsable du projet

Nom : Mme LANCIEN	Fonction : Cadre paramédical de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme LANCIEN Mme BILOUS Mme JANKOWSKI Mme VANSTEENKISTE	Pilote Copilote Membre référent du groupe du projet social Membre référent du groupe du projet social

Diagnostic de la situation existante

Bilan de l'action du projet de soins antérieur : Une démarche d'intégration existe dans les services sans être formalisée. La trame du plan d'intégration n'est pas connue par les cadres ou non utilisé.

Constat : Pas d'encadrement formalisé pour le nouvel arrivant au sein des services du CHSD. Livret d'accueil personnalisé « pôle/services » inexistant. Fonction tuteur/tutoré non défini par la totalité des services, ni formalisé.

Le plan social 2014-2017 évoque l'intégration des nouveaux arrivants dans la fiche 4.3 qui sera reprise par le groupe du projet de soins. Ce dernier s'assurera de la réalisation des objectifs et la mise en application des actions énumérées.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Optimiser l'intégration du nouvel arrivant au sein de son service d'accueil et de l'établissement.
Objectif n°2	Définir et former les tuteurs dans chaque service (jour et nuit).
Objectif n°3	Définir un parcours pour le tutoré.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Elaborer un livret d'accueil spécifique type comportant : <ul style="list-style-type: none"> - Un tronc commun (présentation institutionnelle) ; - Les outils spécifiques aux services accueillant (informatique, administratifs, etc...) ; - La présentation des professionnels du service et des interactions entre services. - Plan d'intégration : bilan de compétences à acquérir.
Etape n°2	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et définir la fonction des tuteurs ; - Evaluer les besoins des tuteurs afin d'organiser leur formation ; - Créer un tronc commun pour le support « parcours du tutoré ».

Etape n°3	<ul style="list-style-type: none"> - Former les tuteurs ; - Réfléchir sur le circuit du tutorat du nouvel arrivant dans le service ; - Elaborer un échéancier type pour chaque service. - Mise en place d'un support « parcours du tuteuré » pour chaque service ; - Elaborer un questionnaire de satisfaction qui sera donné au tuteuré en fin d'intégration. 																																																																																																																												
Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																													
<ul style="list-style-type: none"> - Dégager du temps pour les tuteurs ; - Faire la mise à jour régulière des différents supports (livret d'accueil spécifique, « parcours du tuteuré », connaissances des outils informatiques, etc...) ; - Tuteurs définis sur la base du volontariat. 																																																																																																																													
Moyens humains											Moyens matériels et financiers																																																																																																																		
Groupe pluri-professionnel											A définir avec la direction des soins, le service de la formation et la direction de la communication.																																																																																																																		
Éléments d'évaluation																																																																																																																													
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)											Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																		
<ul style="list-style-type: none"> - 100% des services (jour/nuit) ont un tuteur identifié ; - 50% des services ont formalisé leur livret d'accueil spécifique ; - 50% des personnels nouvellement recrutés ont reçu le livret spécifique du service accueillant ; - 50% des personnels nouvellement recrutés ont suivi le parcours du tuteuré ; - + 50% des tuteurés sont très satisfaits de leur intégration ; - + 30% des tuteurés formés. 											<ul style="list-style-type: none"> - 100% des services ont formalisé leur livret d'accueil spécifique ; - 100% des personnels nouvellement recrutés ont reçu un livret spécifique au service accueillant ; - 100% des personnels nouvellement recrutés ont suivi le parcours du tuteuré ; - + 80% des tuteurés sont très satisfaits de leur intégration ; - + 50 % des tuteurs formés. 																																																																																																																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> <th>T1</th><th>T2</th><th>T3</th><th>T4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETAPE 1 Elaboration du livret d'accueil</td> <td></td><td></td><td style="text-align: center;">x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 2 Identification des tuteurs</td> <td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ETAPE 3 Formation des tuteurs et parcours du tuteuré</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																							2015				2016				2017				2018				2019				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	ETAPE 1 Elaboration du livret d'accueil			x																		ETAPE 2 Identification des tuteurs				x																	ETAPE 3 Formation des tuteurs et parcours du tuteuré												x								
	2015				2016				2017				2018				2019																																																																																																												
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4																																																																																																									
ETAPE 1 Elaboration du livret d'accueil			x																																																																																																																										
ETAPE 2 Identification des tuteurs				x																																																																																																																									
ETAPE 3 Formation des tuteurs et parcours du tuteuré												x																																																																																																																	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																																													
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																													

Axe n°5 – Thème N°9 : « Contribuer à l'enseignement et à la formation »

Fiche action n°9.4

Promouvoir l'accueil des étudiants

Responsable du projet

Nom : Mme LANCIEN

Fonction cadre paramédical de pôle

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mme DEHUT
Mme BOUSSOUIRA
Mme BROU-KABLAN
Mme CYSIQUE
Mme BIGNON
Mme BENSALAH

Infirmière, membre du groupe de travail
Infirmière, membre du groupe de travail
cadre de proximité, membre du groupe de travail
Infirmière, membre du groupe de travail
cadre formateur
Aide-soignante, membre du groupe de travail

Diagnostic de la situation existante

Bilan de l'action du projet de soins antérieur:

Un livret d'accueil créé pour les étudiants de l'IFSI n'est pas remis à jour par les services et l'identité des tuteurs de stage n'est pas connue par les instituts de formation.

La fiche action précédente n'a pas évoluée et reste à mettre en place.

Constat :

Persistance d'un sentiment d'accueil non réalisé par certains étudiants. Parcours professionnalisant non formalisé. Tuteurs, maîtres de stage et référents des services non identifiés par les instituts de formation.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Renforcer le partenariat entre les structures de soins et les instituts de formation.
Objectif n°2	Faciliter l'accueil des étudiants dans les services.
Objectif n°3	Accompagner les étudiants dans un parcours professionnalisant.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	<ul style="list-style-type: none"> - Définir le rôle et identifier les tuteurs, maîtres de stage et référents dans les services. - Communiquer la liste des tuteurs à la Coordination Générale des soins et la direction de l'IFSI : coordinatrice des stages. - Solliciter les formateurs sur la méthodologie du portfolio.
Etape n°2	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer et diffuser la trame du livret d'accueil à tous les cadres ; - Réactualiser le livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction. - Mettre les livrets d'accueil sur intranet et la GED
Etape n°3	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les compétences à acquérir dans chaque service et décliner les spécificités ; - Définir un parcours de stage au sein de chaque service. - Organiser un bilan de mi-stage en regard des objectifs institutionnels et personnels.

Identification des freins et des vigilances éventuels																																																																																																																																																																																																																													
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir des tuteurs volontaires et disponibles ; - Barrière linguistique des encadrants ; - Obligation d'encadrement ; - Vacation, turn-over. 																																																																																																																																																																																																																													
Moyens humains	Moyens matériels et financiers																																																																																																																																																																																																																												
Personnels encadrants Cadre de proximité et formateurs	A cout constant																																																																																																																																																																																																																												
Eléments d'évaluation																																																																																																																																																																																																																													
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																																																																																																																																																																																																																												
Les rôles et l'identité des tuteurs sont définis. Les questionnaires de satisfactions sont positifs. 50% des livrets d'accueil sont dans intranet et la GED.	Les livrets d'accueil sont remis à jour et délivrés aux étudiants ; Les tuteurs, maîtres de stage et référents sont identifiés par les instituts de formation et dans les services. Les questionnaires sont satisfaisants.																																																																																																																																																																																																																												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																																																																																																																																																																																																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">2015</th> <th colspan="4">2016</th> <th colspan="4">2017</th> <th colspan="4">2018</th> <th colspan="4">2019</th> </tr> <tr> <th>T</th><th>T</th><th>T</th><th>T</th> <th>T</th><th>T</th><th>T</th><th>T</th> <th>T</th><th>T</th><th>T</th><th>T</th> <th>T</th><th>T</th><th>T</th><th>T</th> <th>T</th><th>T</th><th>T</th><th>T</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">ETAPE 1</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Identification des tuteurs</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">ETAPE 2</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Réactualisation des livrets d'accueil</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">ETAPE 3</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Parcours de stage</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>	2015				2016				2017				2018				2019				T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	ETAPE 1																				Identification des tuteurs																																								ETAPE 2																				Réactualisation des livrets d'accueil																																								ETAPE 3																				Parcours de stage																			
2015				2016				2017				2018				2019																																																																																																																																																																																																													
T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T																																																																																																																																																																																																										
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																										
ETAPE 1																																																																																																																																																																																																																													
Identification des tuteurs																																																																																																																																																																																																																													
ETAPE 2																																																																																																																																																																																																																													
Réactualisation des livrets d'accueil																																																																																																																																																																																																																													
ETAPE 3																																																																																																																																																																																																																													
Parcours de stage																																																																																																																																																																																																																													
	<i>T1 = Trimestre 1</i>																																																																																																																																																																																																																												
Références bibliographiques et réglementaires																																																																																																																																																																																																																													
<ul style="list-style-type: none"> - Instructions N° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 annexe 12 - Décret de compétences infirmières n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : annexe – art. 15 - Rapport CEREQ « La mise en œuvre de l'alternance intégrative dans les formations du travail social – état des lieux de 3 régions » Février 2013 Klack, Labruyère, Mahlaoui, Rebeuh, Simon et Trautman 																																																																																																																																																																																																																													

5. Evaluation financière des actions du projet de soins 2015-2019

Thématiques	coût
Axe 1 AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	
Thème 1 : Améliorer le parcours du patient	
<i>Fiche action n°1.1 : Maintenir la qualité de l'accueil du patient</i>	4 000 €
<i>Fiche action n°1.2 : Faciliter le parcours du patient en situation précaire</i>	constant
<i>Fiche action n°1.3 : Poursuivre l'accueil des patients non francophones</i>	constant
<i>Fiche action n°1.4 : Améliorer l'accessibilité des patients, des visiteurs handicapés</i>	A définir
<i>Fiche action n°1.5 : Formaliser les parcours patient prévalent par pôle</i>	constant
<i>Fiche action n°1.6 : Poursuivre et développer les programmes d'Education Thérapeutique du Patient</i>	constant
<i>Fiche action n°1.7 : Informer et former à la réalisation de chemins cliniques</i>	3 600 €
<i>Fiche action n°1.8 : Généraliser la gestion centralisée des lits sur la structure</i>	constant
<i>Fiche action n°1.9 : Anticiper la sortie des patients en lien avec le « Bed-Manager »</i>	constant
Thème 2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance	
<i>Fiche action n°2.1 : La prise en charge du décès des patients adultes au sein des unités de soins</i>	constant
<i>Fiche action n°2.2 : Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients</i>	constant
<i>Fiche action n°2.3 : Optimiser les conditions de prise en charge du patient décédé</i>	constant
<i>Fiche action n°2.4 : L'exigence de bientraitance favorisée par une prise de conscience de nos pratiques</i>	8 100€
<i>Fiche action n°2.5 : Agir sur les phénomènes nociceptifs</i>	A définir
AXE 2 : OPTIMISER LA QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS	
Thème 3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins	
<i>Fiche action n°3.1 : Audit du dossier de soins</i>	constant
<i>Fiche action n°3.2 : Renforcer et généraliser l'utilisation du diagnostic infirmier et des transmissions ciblées</i>	6 000 €
<i>Fiche action n°3.3 : Développer l'informatisation du dossier de soins</i>	PPI informatique
Thème 4 : Optimiser la prise en charge de la douleur	
<i>Fiche action n°4.1 : Mission et mise en place des référents douleurs</i>	3 600 €
<i>Fiche action n°4.2 : Développement du poste IDE ressource douleur de l'établissement</i>	24 000 €
<i>Fiche action n°4.3 : Communication – sensibilisation – pédagogie sur la douleur</i>	constant
<i>Fiche action n°4.4 : Analyse des pratiques professionnelle sur la traçabilité de la douleur</i>	constant
<i>Fiche action n°4.5 : Valoriser l'expertise dans la démarche palliative</i>	constant
Thème 5 : Prévenir les risques liés aux soins	
<i>Fiche action n°5.1 : Poursuivre et développer les actions pour la prise en charge des détresses vitales</i>	66 400 €
<i>Fiche action n°5.2 : Développer les actions de prise en charge des détresses vitales avec l'équipe de nuit</i>	fiche 5.1
<i>Fiche action n°5.3 : Poursuivre et développer les actions pour renforcer la sécurité transfusionnelle</i>	constant
<i>Fiche action n°5.4 : Inciter à la déclaration d'évènements indésirables</i>	constant
<i>Fiche action n°5.5 : Mettre en œuvre les bonnes pratiques de la contention</i>	constant
<i>Fiche action n°5.6 : Prévenir les chutes</i>	constant

<i>Fiche action n°5.7 : Améliorer la prise en charge du patient : précautions complémentaires contact</i>	constant
<i>Fiche action n°5.8 : Respect des précautions standards : tenue professionnelle et hygiène des mains</i>	constant
<i>Fiche action n°5.9 : Diminuer les Infections Associés aux Soins (IAS)</i>	constant
<i>Fiche action n°5.10 : Améliorer la traçabilité de la prise en charge du risque «escarre» et de la dénutrition</i>	3 000 €
<i>Fiche action n°5.11 : Assurer la radio protection des patients</i>	43 000 €

AXE 3 : PILOTER ET ORGANISER LES COMPETENCES MANAGERIALES ET SOIGNANTES

Thème 6 : Renforcer les compétences managériales

<i>Fiche action n°6.1 : Production d'outil d'aide à l'entretien d'évaluation annuelle</i>	7 600 €
<i>Fiche action n°6.2 : Mission et organisation de l'encadrement dans une organisation de pôle</i>	constant
<i>Fiche action n°6.3 : Projet management de pôle et méthodologie</i>	2 000 €
<i>Fiche action n°6.4 : Analyse des compétences techniques et de savoir-être dans le soin</i>	constant
<i>Fiche action n°6.5 : Analyse des pratiques Managériales</i>	15 400 €
<i>Fiche action n°6.6 : Production de la charte du management</i>	constant

Thème 7 : Organiser la continuité des soins

<i>Fiche action n°7.1 : Continuité des soins jour-nuit</i>	constant
<i>Fiche action n°7.2 : Informatiser le cahier et le classeur de garde</i>	constant
<i>Fiche action n°7.3 : Développer le professionnalisme et les compétences dans le Pôle</i>	constant
<i>Fiche action n°7.4 : Traçabilité des remplacements des personnels soignants jour/nuit</i>	constant
<i>Fiche action n°7.5 : Organiser les soins sur les 24h avec des amplitudes horaires de 12h</i>	constant

AXE 4 : DEVELOPPER LES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FAVORISER LA RECHERCHE

Thème 8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

<i>Fiche action n°8.1 : Recenser les thèmes d'EPP, les audits et des auditeurs dédiés à l'EPP</i>	constant
<i>Fiche action n°8.2 : Poursuivre l'information et la formation à la démarche d'EPP dans le cadre du DPC</i>	1 200 €
<i>Fiche action n°8.3 : Développer une démarche EPP par pôle</i>	constant
<i>Fiche action n°8.4 : Poursuivre la formation des professionnels à la démarche de recherche en soins</i>	3 600 €
<i>Fiche action n°8.5 : Susciter et aider au développement de plusieurs sujets de recherche paramédicale</i>	constant
<i>Fiche action n°8.6 : Développer les réunions de retours d'expérience CREX RETEX REMED</i>	constant
<i>Fiche action n°8.7 : Développer la gestion documentaire : Communiquer sur les protocoles soignants</i>	constant

AXE 5 : CONTRIBUER A L'ENSEIGNEMENT ET A LA FORMATION

Thème 9 : Contribuer à l'enseignement et à la formation

<i>Fiche action n°9.1 : Intégrer les nouveaux professionnels au sein des pôles et des services</i>	constant
<i>Fiche action n°9.2 : Renforcer l'attractivité et s'assurer de la fidélisation</i>	constant
<i>Fiche action n°9.3 : Identifier la fonction tutorale au sein des services</i>	constant
<i>Fiche action n°9.4 : Promouvoir l'accueil des étudiants</i>	constant

Annexes

Annexe 1 : Les membres du comité de pilotage du projet de soins 2015-2019

- **Yolande Di Natale** (*Directrice générale*)
- **Dr François Lhote** (*Président du CME*)
- **Micheline Lapp** (*Représentant de la CRUCPC*)
- **Valérie Bilous** (*Cadre du pôle gériatrie*)
- **Nicolas Boyer** (*Cadre supérieur de santé du pôle mère-enfant*)
- **Denis Boucher** (*Responsable qualité*)
- **Cécile Lancien** (*Cadre du pôle Urgences Réanimation Exploration Cardio SMUR*)
- **Patrick Lopez** (*Cadre supérieur de santé du pôle médico-technique*)
- **Jean-Jacques Ferry** (*Cadre supérieur de santé du pôle Neuro-MPR*)
- **Marianne Fournier** (*Cadre supérieur de santé à la Direction des Soins*)
- **Michelle Virlovet** (*Cadre supérieur de santé du pôle Médecine*)
- **Brigitte Reidon** (*Cadre supérieur de santé de la Réanimation*)
- **Patricia Martinez** (*Cadre de santé du service Hygiène*)
- **Dr Brigitte Hennequin** (*SMUR*)
- **Ricardina Palavra** (*Cadre de Santé des Consultations Externes*)
- **Brigitte Marc** (*Aide-Soignante*)
- **Frédérique Jolly** (*Infirmière Coordinatrice aux prélèvements d'organes*)
- **Olivier Cras** (*Cadre supérieur de santé de Rééducation*)
- **Thierry Collin** (*Elève directeur à la Direction des Soins*) (*EHESP*)

Annexe 2 : Les membres des 9 groupes de travail

GROUPE 1 : Améliorer le parcours du patient

(Pilote : O. CRAS / suppléant P. LOPEZ)

Membres : Brigitte MARC, Pascale BLADT, Rosa ESCURE, Marc BOUIRI, Hélène LEOPOLD, Gerty VERDOL, Christiane LEVIEUX, Muriel MORI, Thérèse MONNIER.

GROUPE 2 : Promouvoir le respect des valeurs soignantes et la bientraitance

(Pilote : V. BILOUS / suppléant R. PALAVRA)

Membres : Léonie CHARTIER, Maryam ASBAAI, Mariame DIALLO, Valérie IBRIR, Sandrine DJERROUD, Martine SAINT JEAN, Hélène LEOPOLD, Labidi MOUNIR, Christine ABARNOU, Christine NEVEU, Françoise PLANESSE, Bénédicte PIERSON, Mustapha WAFIK, Marie Josée NIVELLES, Denise PATRICE, Viviane MAKENGO, Emma MANIS, GRAND Jeannine, DENISE Patrice.

GROUPE 3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins

(Pilote J.J. FERRY / suppléant M.VIRLOUVET)

Membres : Maria MESA, Béatrice MONNERIE, Pascale BLADT, Franck LEBLANC, Brigitte DEBRANCHE, Gerty VERDOL, Muguette LONDINIÈRE, Denis BOUCHER, Hatoumakan SAKO.

GROUPE 4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

(Pilote M. VIRLOUVET / suppléant N. BOYER)

Membres : Jérémy VALENCELLE, Mariame DIALLO, Michèle JOLY, Pascale MARCELLIN, Fazia SMAILI, Steeve BOISDENGHIEN, Leila BENZAOUZ, Magalie LEVASSEUR, Jade CIUONTI, Djamilia OUNOUH, Idriss FAROTA ROMEJKO, Elodie LECANTE, Messaouda ZAHAFI, Oussa TRAM.

GROUPE 5 : Prévenir les risques liés aux soins

(Pilote P. MARTINEZ / suppléant D. BOUCHER)

Membres : Corinne THEPOT, Annick MARTINEZ, Pascale BLADT, Amel BELHABIB, Manel ABADI, Céline BOURSEAU, Jade CIMONTI, Chafika CHEBOUKH, Ouassila KHOMRI, Maimouna DJIRE, ERGO Casa, Karelle FUMAZ, Danièle RISSER, Nathalie LEROUX, Brigitte HENNEQUIN, Hélène NICOLET, Michèle HEHN, Sandrine JANKOWSKI, Sébastien SALLES, Florence SKINAZI, Laurence BERTRAND, Aude VINCENTELLI, Jérémy BOUCHEZ, Youssef SIAD.

GROUPE 6 : Renforcer les compétences managériales

(Pilote N. BOYER / suppléant M. FOURNIER)

Membres : Ricardina PALAVRA, Mariame DIALLO, Karima LABSSIR, Gracia AZEVEDO, Emilie LACQUEMENT, Delphine MOAL, Marie AGBO, Léonie CHARTIER, Michelle VIRLOUVET, Michelle ASTRE.

GROUPE 7 : Organiser la continuité des soins

(Pilote M. FOURNIER / suppléant C. LANCIEN)

Membres : Varilat TIRERA, Linda BEHNOUS, Nathalie VANSTEENKISTE, Sandrine JANKOWSKI, Sandra NOCENTINI, Marie AGBO, Jean-Jacques FERRY, Christel DUC, Fazia MALEK.

GROUPE 8 : Développer les EPP et favoriser la recherche

(Pilote P. LOPEZ / suppléant O. CRAS)

Membres : Jasmine JOURDAIN, Christophe VANDENEYCKEN, Brigitte REIDON, Pascale BLADT, Sandrine JANKOWSKI, Sébastien SALLES, Jérôme DAUDE, Marie-Christine NICOL, Sylvie DIAZ, Nabila TAKALI, Sophie MENEUVRIER, Paola CLEMENTE, Soukaina NACH.

GROUPE 9 : Contribuer à l'enseignement et à la formation

(Pilote C. LANCIEN / V. BILOUS)

Membres : Josiane DORESTANT, Véronique BIGNON, Hélène THIN, Colette BROU-KABLAN, Manel ABADI, Véronique DEHUT, Lionel PARDIN, Fatiha BENSALAH, Tiphonie CYSIQUE, Fadila BOUSSOUIRA.

Annexe 3 : Glossaire

EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ARS	Agence régionale de santé
CLAN	Comité de liaison alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT	Commission de soins Infirmiers, de rééducation et médicotechniques
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRH	Direction des ressources humaines
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
FHF	Fédération hospitalière de France
GDR	Gestion des risques
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IGEQSI	Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
ICALIN	Indicateur composite des activités de lutte contre les Infections Nosocomiales
PEP	Pratique Exigible Prioritaire (certification V2010)
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

Annexe 4 : Textes réglementaires

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Etablissements publics

Article L6143-2

- Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 17](#)

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article [L. 6142-3](#) du présent code et à l'article [L. 713-4](#) du code de l'éducation. **Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.** Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article [L. 6321-1](#) et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Etablissements privés

Section 2 : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

Article D6161-4 Modifié par [Décret n°2010-535 du 20 mai 2010 - art. 1](#)

L'organe délibérant de l'organisme sans but lucratif gestionnaire d'un ou de plusieurs établissements de santé privés d'intérêt collectif délibère, après avis de la conférence médicale et de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge des établissements de santé, sur un projet institutionnel.

Ce projet institutionnel définit :

1° la politique générale du ou des établissements de santé sur la base notamment d'un projet d'établissement, **du projet médical** et des objectifs du schéma régional d'organisation des soins pour chacun d'entre eux ; **le projet institutionnel comporte également un projet relatif à l'évolution des prises en charge des patients**, en cohérence, le cas échéant, avec les activités sociales et médico-sociales gérées par la personne morale ;

2° les actions et les projets de coopération mentionnés au titre III du livre Ier de la sixième partie du présent code, les actions et les projets de coopération mentionnés au chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles, ainsi que ceux qu'il réalise avec les professionnels de santé assurant des soins de premier recours ;

3° l'engagement de l'établissement de santé dans **des actions de prévention et les programmes de santé publique** qui s'y rapportent, en cohérence avec les activités de soins développées et, le cas échéant, avec les activités sociales et médico-sociales gérées par la personne morale ;

4° la politique générale relative au système d'information de la personne morale gestionnaire, celle de chacun des établissements de santé qu'elle gère ainsi que le programme de déploiement de la télémédecine ; le projet institutionnel identifie les moyens et équipements sanitaires de toute nature et **les personnels** nécessaires à sa mise en œuvre ;

5° les modalités selon lesquelles les usagers et leurs associations représentatives sont associés par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques définies par le projet institutionnel.

Le projet institutionnel est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé à tout moment.

Le projet institutionnel est transmis au directeur général de l'Agence régionale de santé. Il en est de même des modifications qui sont apportées au projet institutionnel ultérieurement à la transmission initiale.

Article R6161-18

Le contrat est accompagné d'un cahier des charges particulier qui fixe notamment, compte tenu des dispositions des articles L. 6112-1 et L. 6112-2, les obligations ou les missions qui incombent à l'établissement ainsi **que les caractéristiques essentielles d'organisation et de fonctionnement du ou des services, disciplines, activités de soins** ou structures de soins de l'établissement faisant l'objet de la concession.

Le cahier des charges détermine également, le cas échéant, les conditions d'évaluation périodique des services, disciplines, activités de soins ou structures de soins faisant l'objet de la concession, ainsi que les conditions dans lesquelles l'établissement fait connaître à l'autorité compétente les prévisions d'activité mentionnées à l'article L. 6161-2.

PROJET DE SOINS :

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Article 4

L'article 4 du même décret est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 4.-I. - Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, sous l'autorité du directeur d'établissement, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques. Il est membre de l'équipe de direction.

« II.- Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« III.- Sous l'autorité du directeur d'établissement :

« 1° Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;

« 2° Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

« **3° Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical**, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 4° Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;

« 5° Il contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ;

« 6° Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ;

« 7° Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ;

« 8° Il propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation, met en œuvre et évalue cette politique. Il est membre de droit des conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

« 9° Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques;

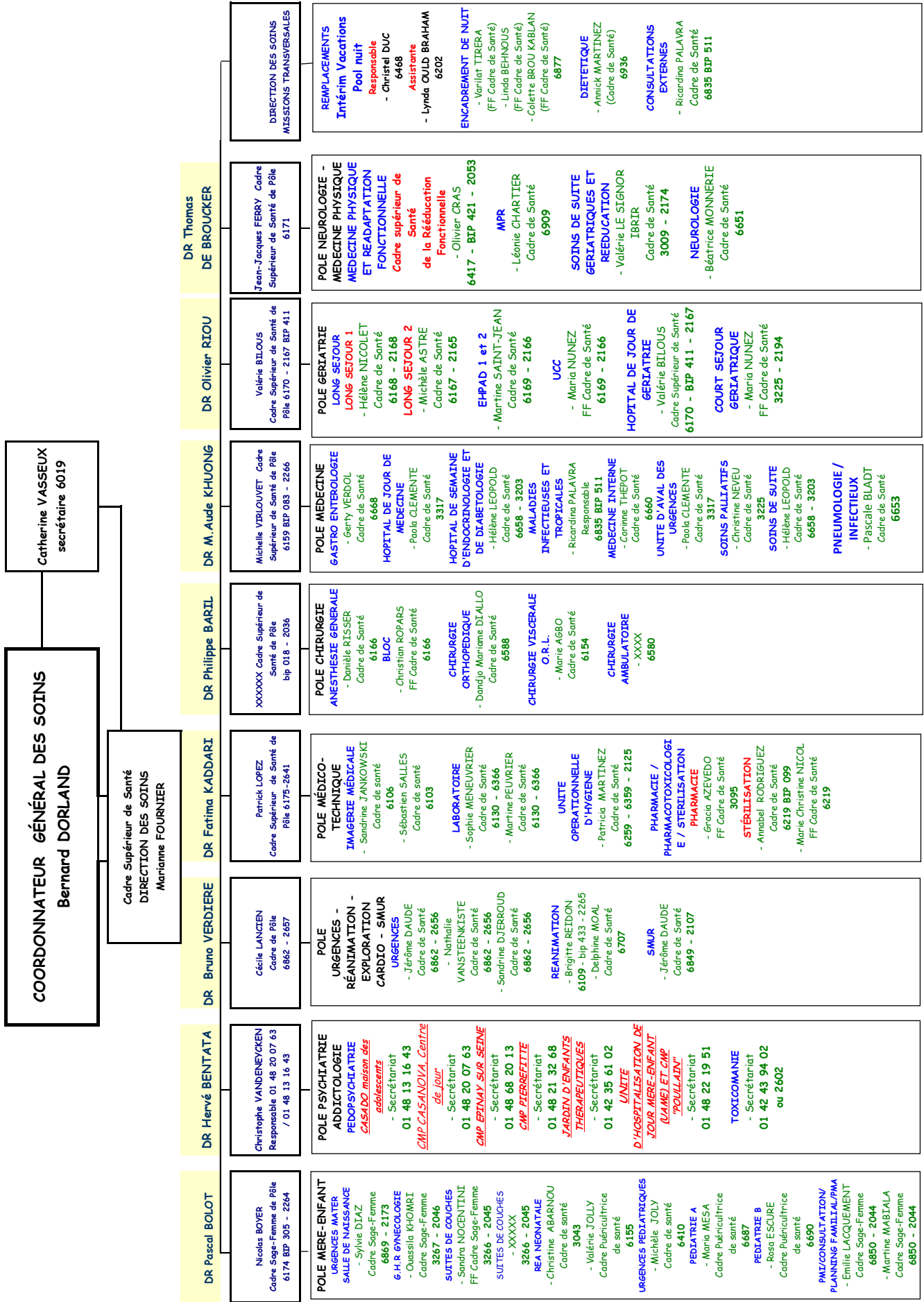
« 10° Il remet au directeur d'établissement un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

COMPETENCES DE LA CME :

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

Art.R. 6144-1.-La commission médicale d'établissement est consultée sur les matières suivantes : (...) 8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Annexe 5 : Organigramme des pôles et de la direction des soins



Rédaction

Les responsables des groupes

Coordination - synthèse

La direction des soins

Mise en page

Marc Boulenaz– Anissa Taleb

Photographies

Marc Boulenaz

Impression

Service interne de reprographie du CHSD

Tirage

1 000 exemplaires



Centre Hospitalier de Saint-Denis
2, rue du Docteur Delafontaine
93200 Saint-Denis
www.ch-stdenis.fr
Tél. : 01 42 35 61 40 (standard)
Facebook : Hôpital Delafontaine (page officielle)

