

Projet qualité et sécurité des soins 2024-2028

Centre hospitalier de Saint-Denis

Site Delafontaine

Site Casanova



Groupement Hospitalier de Territoire

Saint-Denis  Gonesse
Plaine de France

Septembre 2024

Sommaire

Sommaire	2
1 Introduction	4
Notre politique qualité	5
1 Nos axes stratégiques	6
2 Nos objectifs qualité	7
Nos indicateurs qualité.....	8
1 L'exploitation de nos indicateurs	9
2 Nos indicateurs qualité par objectifs	10
Notre système de management par la qualité	15
1 Notre amélioration continue	16
2 Nos plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	17
3 Notre pilotage	18
3.1 Le bureau qualité.....	22
3.2 Le COPIL qualité.....	22
3.3 Les instances, comités et groupes de travail.....	22
3.4 Les référents.....	22
3.5 Les réunions qualité	22
4 Les moyens mis en œuvre.....	23
4.1 Notre logiciel Intraqual.....	23
4.2 Nos formations qualité.....	23
4.3 Notre communication	23
5 Nos évaluations.....	24
Pour mesurer notre niveau de qualité, nous nous évaluons en interne et sommes évalués en externe par les organismes accréditeurs et certificateurs.	24
5.1 Les évaluations internes	24
5.1.1 L'évaluation de la pertinence des pratiques.....	24
5.1.2 Le recueil de l'expérience patient.....	24
5.2 Les évaluations externes	24
5.2.1 Les indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS)	24
5.2.2 L'Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou activité à risque	25
5.2.3 Les visites externes	25
Notre organisation fonctionnelle	26
1 Nous planifions	27

1.1	Nous formalisons nos orientations stratégiques dans notre projet qualité.....	27
1.2	Nous structurons la mise en œuvre	27
1.3	Structurer le suivi de l'atteinte des objectifs.....	28
2	Nous mettons en œuvre nos plans d'actions.....	28
2.1	Nous suivons nos PAQSS	28
2.2	Nous nous formons	29
2.3	3.Nous traitons les évènements indésirables.....	29
2.4	Nous coordonnons nos vigilances	30
2.5	Nous gérons nos risques a priori	30
2.6	Nous gérons nos documents	31
2.7	Nous communiquons et développons la culture qualité.....	31
2.8	Nous gérons les crises	31
3	Nous évaluons nos pratiques et écoutons l'expérience de nos patients	32
3.1	Nous exploitons nos indicateurs	32
3.2	Nous évaluons l'expérience de nos patients.....	33
3.3	Nous évaluons nos pratiques	33
4	Nous nous ajustons et nous nous améliorons	34
5	Conclusion.....	35
6	Glossaire des sigles et acronymes.....	36
7	Annexes.....	36

1 Introduction

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients constitue une priorité pour le Centre Hospitalier de Saint-Denis.

L'objectif de l'établissement est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des usagers et à leur entourage dans un contexte de sécurité optimale et d'amélioration continue de la prise en charge.

Le projet qualité a pour objet de décrire la politique qualité et le système de management mis en place au Centre Hospitalier de Saint-Denis (CHSD) afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, de développer la culture qualité et sécurité des soins auprès de nos professionnels et d'accroître la satisfaction de nos usagers.

Le présent projet qualité est établi pour la période 2024-2028. Son élaboration sous l'égide de la Direction et de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) a été menée en cohérence avec le projet médical et le projet de soins et s'appuie sur :

- ❖ Le bilan du précédent projet Qualité Gestion des risques (2020-2023)
- ❖ Les bilans des indicateurs de l'année 2022 et 2023 (Bilan des événements indésirables, bilan de l'expérience patient, bilan des indicateurs qualité nationaux, bilan des résultats des traceurs et audits internes...)
- ❖ Le contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM)
- ❖ Les différents rapports d'évaluation des tutelles (HAS, ARS, ASN...)

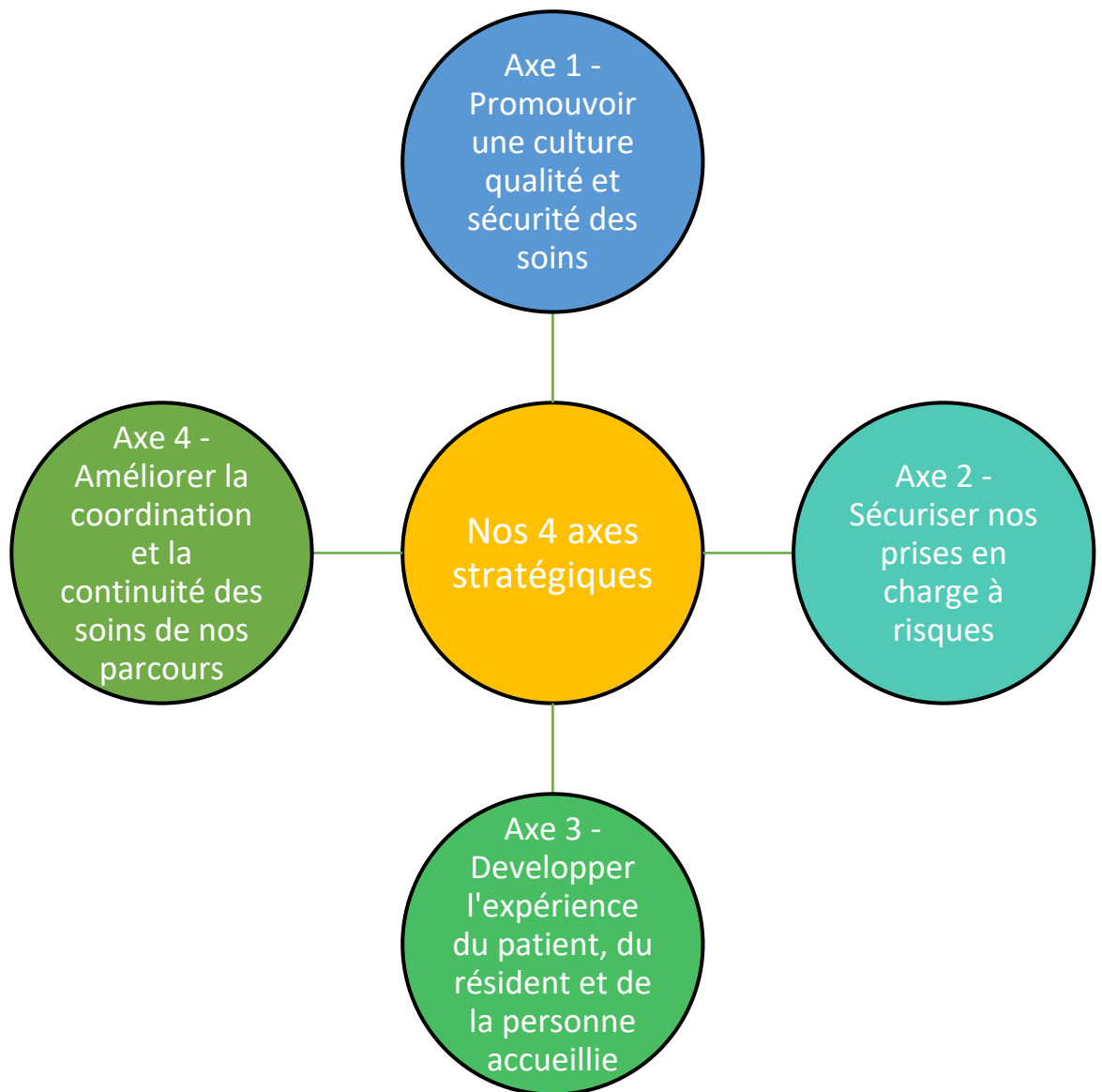
Il concerne les deux sites du Centre Hospitalier : le site Delafontaine et le site Casanova.

Le projet qualité est commun au secteur sanitaire et au secteur médico-social.

Ce document a vocation à être diffusé en interne à l'ensemble du personnel via notre logiciel de gestion documentaire et en externe à toute personne ou organisme en faisant la demande.

Notre politique qualité

Notre politique qualité et sécurité des soins repose sur quatre axes stratégiques et prioritaires.



2 Nos objectifs qualité

Les quatre axes de notre politique qualité et gestion des risques sont déclinés en objectifs atteignables.

Axe 1 : Promouvoir une culture qualité et sécurité des soins

- **Objectif 1 : Améliorer la structuration du pilotage et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**
- **Objectif 2 : Sensibiliser et former nos professionnels**
- **Objectif 3 : Promouvoir une culture du signalement et de l'analyse des évènements indésirables**
- **Objectif 4 : Améliorer la coordination des vigilances**
- **Objectif 5: Améliorer l'organisation des dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles**
- **Objectif 6 : Structurer un système de gestion documentaire efficace**
- **Objectif 7 : Développer l'évaluation des pratiques et la culture du résultat**

Axe 2 : Sécuriser nos prise en charge à risques

- **Objectif 1 : Sécuriser le circuit du médicament**
- **Objectif 2: Améliorer la prise en charge de la douleur**
- **Objectif 3: Maitriser le risque infectieux**
- **Objectif 4 : Pérenniser une gestion des risques au sein des secteurs à risques**

Axe 3 : Développer l'expérience du patient, du résident et de la personne accueillie

- **Objectif 1 : Receuillir et prendre en compte « l'expérience patient »**
- **Objectif 2 : Développer l'implication des représentants des usagers et des associations dans notre amélioration continue de la qualité**
- **Objectif 3 : Promouvoir l'implication du patient dans sa prise en charge et la préservation de son autonomie**
- **Objectifs 4 : Développer l'appel à l'expertise des patients**

Axe 4 : Améliorer la coordination et la continuité des soins de nos parcours

- **Objectif 1 : Améliorer l'organisation des parcours (consultation, urgences, ambulatoire, hospitalisation)**
- **Objectif 2 : Améliorer la qualité du dossier patient**
- **Objectif 3: Faciliter l'accès aux soins des populations spécifiques et vulnérables**
- **Objectif 4 : Promouvoir la collaboration ville-hopital sur le territoire**

Nos indicateurs qualité

Chacun de nos objectifs est traduit en indicateur qualité pour lequel une cible a été définie. Le suivi de ces indicateurs nous permet de suivre l'atteinte des objectifs. Tout indicateur dont la cible n'est pas atteinte donne lieu à des actions d'amélioration.

Nos indicateurs sont colligés par le service qualité-gestion des risques. Ils sont présentés et exploités à trois niveaux :

❖ *Au niveau institutionnel*

Annuellement, au 1^{er} trimestre, le service qualité-gestion des risques présente les indicateurs institutionnels. Le bureau qualité exploite l'ensemble des résultats. Le bureau qualité veille aussi à ce que l'ensemble des indicateurs soient exploités par les comités et instances pour les thématiques qu'ils pilotent. Le bureau s'assure que le PAQSS institutionnel est bien mis à jour avec les actions décidées. Le bureau suit ainsi l'atteinte des objectifs grâce au tableau de bord des indicateurs institutionnels accessible par la gouvernance dans le canal *TEAMS - Management qualité institutionnel*.

❖ *Au niveau des pôles*

Le service qualité-gestion des risques présente annuellement les indicateurs à chaque pôle lors des réunions de dialogue de gestion du pôle. Ces indicateurs font partis des indicateurs des contrats de pôle.

❖ *Au niveau des services de soins*

Annuellement, au 1^{er} trimestre, le service qualité-gestion des risques présente à chaque service leurs indicateurs en réunion qualité Q1. Les équipes exploitent le bilan de leurs indicateurs. Cette exploitation permet la définition d'axes de progrès formalisés dans le PAQSS du service. Les résultats des indicateurs du service sont affichés sur le tableau d'affichage des informations qualité du service. Ils sont accessibles dans le canal *TEAMS – Copil Qualité* dans le dossier du service.

2 Nos indicateurs qualité par objectifs

Axe 1 : Renforcer la culture qualité et sécurité des soins

Objectif 1 : Améliorer la structuration du pilotage et la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de comités qui se sont réunis en conformité avec leur règlement intérieur	Interne	Institutionnel	80%
Taux des PAQSS institutionnels mis à jour/total PAQSS institutionnels	Interne	Institutionnel	80%
Taux des PAQSS des services mis à jour/ total PAQSS services	Interne	Institutionnel	80%
Taux de réalisation des réunions qualité des services	Interne	Institutionnel	80%

Objectif 2 : Sensibiliser et former nos professionnels

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de formations qualité-risques proposées	Interne	Institutionnel	+10%
Taux de réalisation du programme de formation qualité-sécurité des soins	Interne	Institutionnel	60%
Nombre d'évènements de sensibilisation/formation organisés	Interne	Institutionnel	3

Objectif 3 : Promouvoir une culture du signalement et de l'analyse des évènements indésirables

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux d'EIAS / total EI	Interne	Institutionnel	60%
Taux EI clôturé/ total EI	Interne	Institutionnel	80%
Taux EIG clôturés/total EI	Interne	Institutionnel	100%
Taux EI ayant été analysés par l'équipe/ total EI nécessitant une analyse (EI C3)	Interne	Institutionnel	80%
Taux de professionnels formés à gestion des évènements indésirables	Interne	Institutionnel	+20%
Réalisation de l'enquête sécurité des soins	Interne	Institutionnel	1/secteur
Taux de tenu des comités d'analyses	Interne	Institutionnel	80%

Objectif 4 : Améliorer la coordination des vigilances

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de tenue du COVIRIS	Interne	Institutionnel	2
Taux de tenue du comité pour chaque vigilance en conformité avec le règlement intérieur	Interne	Institutionnel	80%
Réactovigilance			
Taux alertes avec impact patient	Interne	Institutionnel	100%
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Nb lot de réactifs impactés détruits et remplacés	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Matérovigilance			
Taux alertes nous concernant	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux d'alertes déclarés graves	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Taux alertes fournisseurs			
Pharmacovigilance			
Taux alertes nous concernant	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux alertes traités	Interne	Institutionnel	100%
Taux d'alertes avec Retrait de lots	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Hémovigilance			
Taux d'erreurs identité bloquantes	Interne	Institutionnel	En baisse
Taux de destructions PSL	Interne	Institutionnel	En baisse
Taux de conformité de la traçabilité	Interne	Institutionnel	100%

Taux de personnels formés	Interne	Institutionnel	80%
Radioprotection			
Bilan dosimétrique	Interne	Institutionnel	Conforme
Taux de personnels formés	Interne	Institutionnel	80%
Identitovigilance			
<i>Indicateurs de la cellule identitovigilance à insérer</i>			

Objectif 5 : Améliorer l'organisation des dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de personnes formées à la gestion de crise	Interne	Institutionnel	+20%
Réalisation d'un exercice de crise	Interne	Institutionnel	1
Mise à jour des volets du plan blanc	Interne	Institutionnel	1

Objectif 6 : Structurer un système de gestion documentaire efficace

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de documents périmés	Interne	Institutionnel	< à 20%
Taux de consultation sur Intraqual	Interne	Institutionnel	En hausse
Taux de professionnels formés à la gestion documentaire	Interne	Institutionnel	+20%

Objectif 7 : Développer l'évaluation des pratiques et la culture du résultat

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de participation aux campagnes nationales obligatoires des IQSS	Interne	Institutionnel	100%
Nombre d'évaluation internes réalisés (audits, traceurs...)	Interne	Institutionnel	1/secteur
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les services	Interne	Institutionnel	80%/pole
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les pôles	Interne	Institutionnel	80%/site
Taux de réalisation des exploitations des indicateurs par les instances	Interne	Institutionnel	80%/site
Résultat de certification de l'établissement	HAS	Institutionnel	Certifié
Taux de conformité audit interne critères impératifs	Interne	Institutionnel	100%/site
Nombre de structures accrédités, certifiés ou labellisés	Interne	Institutionnel	Constant ou hausse
Réception d'une dotation financière dans le cadre d'IFAQ	Interne	Institutionnel	oui
Taux de projets médicaux incluant des indicateurs qualité/projets	Interne	Institutionnel	hausse

Axe 2 : Sécuriser nos prise en charge à risques

Objectif 1 : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotiques inférieure ou égal à 7 jours, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse (ATBIR)	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Taux de Revues des Erreurs liées aux médicaments	Interne	Institutionnel	80%

Objectif 2 : Améliorer la prise en charge de la douleur

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Evaluation et prise en charge de la douleur	IQSS	Institutionnel Pôle	80%

Objectif 3 : Maitriser le risque infectieux

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Taux d'infections du site opératoire	Interne	Institutionnel	Selon littérature
Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de genou	IQSS	Institutionnel	Conforme
Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche	IQSS	Institutionnel	Conforme
Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques	IQSS	Institutionnel	100%
Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact	IQSS	Institutionnel	80%
Couverture vaccinale	IQSS	Institutionnel	Hausse

Objectif 4 : Pérenniser une gestion des risques au sein des secteurs à risques

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Mise à jour annuelle de la cartographie des risques du secteur	Interne	Secteur à risques	80%
Taux de conformité audit check-list	Interne	Secteur interventionnels	80%
Taux RMM réalisés/EI nécessitant une RMM	Interne	Secteur à risques	80%
Nombre de visite de risques	Interne	Institutionnel	1 / 4 ans

Axe 3 : Développer l'expérience du patient, du résident et de la personne accueillie

Objectif 1 : Evaluer et prendre en compte « l'expérience patient »

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Tenue du bureau expérience patient	Interne	Institutionnel	4
Nombre d'enquêtes expérience patient réalisées	Interne	Institutionnel	1
Taux de satisfaction global des patients	Esatis Interne	Institutionnel	80%
Taux de retour des enquêtes	Esatis Interne	Institutionnel Pôle	20%
Taux de réclamation et plaintes	Interne	Institutionnel Pôle	<10%
Tenu d'une réunion EHPAD avec les familles	interne	EHPAD	2 par an

Objectif 2 : Développer l'implication des représentants des usagers et des associations dans notre amélioration continue de la qualité

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de réunions de la CDU	Interne	Institutionnel	3
Nombre de réunions de la CVS	Interne	EHPAD	3
Taux de comités où les RU participent	Interne	Institutionnel	50%
Taux de participation des RU à nos évaluations internes	Interne	Institutionnel	+20%
Taux de passage des usagers au sein de la maison des usagers	Interne	Institutionnel	+10%

Objectif 3 : Promouvoir l'implication du patient dans sa prise en charge et la préservation de son autonomie

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Traçabilité de l'information projet de soins /projet de vie	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Tenue du dossier patient	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Nombre de projet d'autonomisation du patient développés	Interne	Institutionnel	+20%
Taux de conformité audit traçabilité personnes de confiance/à prévenir	Interne	Institutionnel	80%
Taux de conformité audit traçabilité directives anticipées	Interne	Institutionnel	80%

Objectifs 4 : mobiliser les actions d'expertise des patients

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Nombre de formations ETP réalisées / an	Interne	Institutionnel	+20%
Nombre de nouveaux programmes d'ETP mis en place	Interne	Institutionnel	+20%
Nombre de patient ressources/experts	Interne	Institutionnel	+20%
Taux d'EIG où le patient a été impliqué dans l'analyse	Interne	Institutionnel	+10%

Axe 4 : Améliorer la coordination et la continuité des soins de nos parcours

Objectif 1 : Améliorer l'organisation des parcours

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible annuelle
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Taux de réhospitalisations toutes causes et toutes racines de GHM confondues à 3 jours	IQSS	Institutionnel Pôle	<10%
Taux de réhospitalisations toutes causes et toutes racines de GHM confondues à 30 jours	IQSS	Institutionnel Pôle	<10%
Parcours patient en HAD	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
PEC initiale AVC	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent en soins médicaux et de réadaptation	IQSS	Institutionnel Pôle	80%

Objectif 2 : Faciliter l'accès aux soins des populations spécifiques et vulnérables

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de demandes d'interprétiats	Interne	Institutionnel	En hausse
Nombre de patients suivis par le service social	Interne	Institutionnel	Pour suivi
Taux de conformité d'accessibilité de l'établissement aux personnes porteurs d'handicap	Interne	Institutionnel	100%

Objectif 3 : Améliorer la qualité du dossier patient

Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Qualité de la lettre de liaison à la sortie	IQSS	Institutionnel Pôle	80%
Taux Dossier médical partagé	Interne	Institutionnel	En hausse

Objectif 4 : Promouvoir la collaboration ville-hôpital sur le territoire

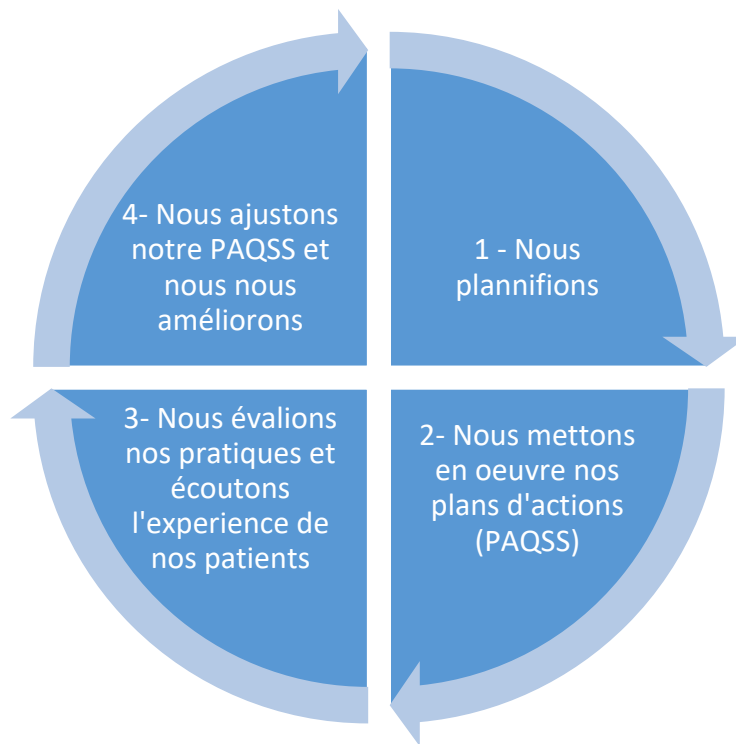
Indicateurs de suivi	Type	Périmètre	Cible
Nombre de partenariats/conventions formalisés avec les structures extérieures	Interne	Institutionnel	+10%
Nombre de parcours sur le territoire formalisés	Interne	Institutionnel	+10%
Taux de participation aux CPTS	Interne	Institutionnel	100%

Notre système de management par la qualité

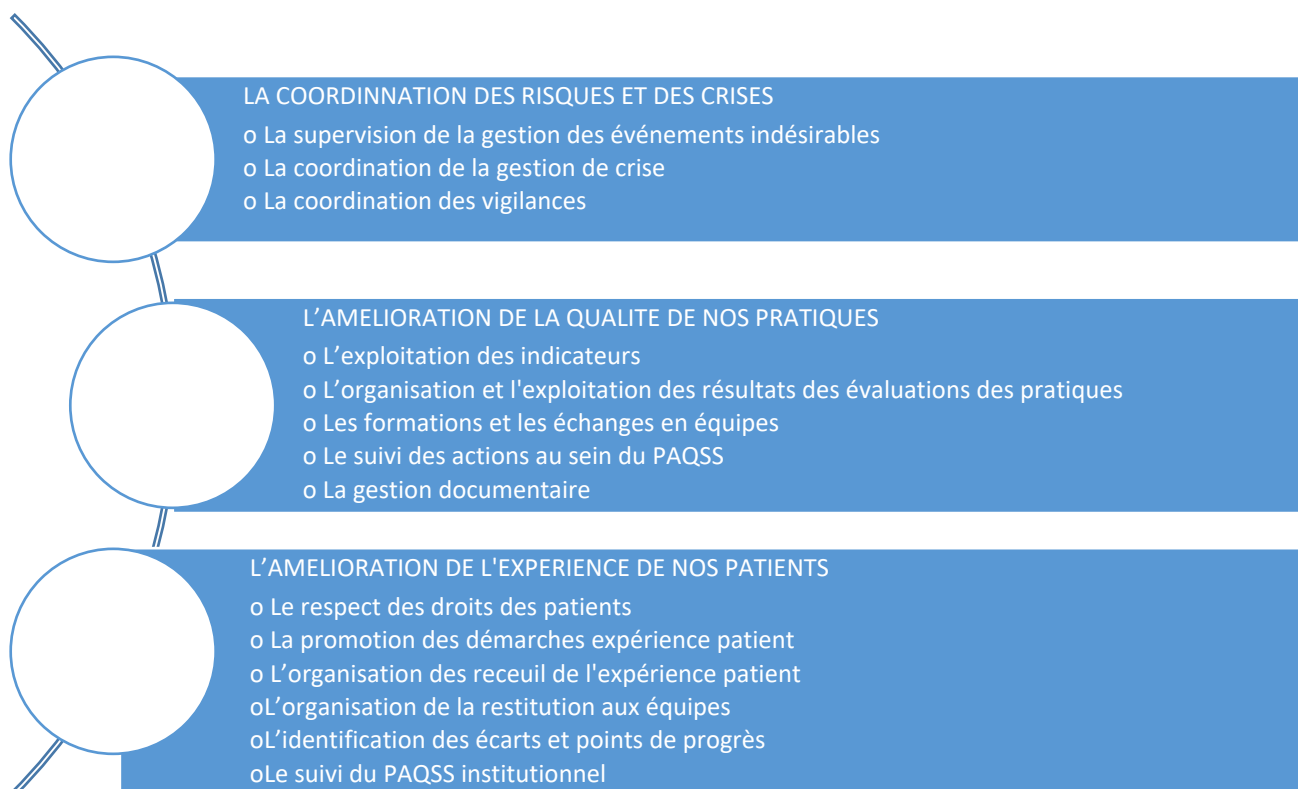
1 Notre amélioration continue

Notre management par la qualité

s'appuie sur une démarche en quatre temps, symbolisée par la Roue de Deming,



est structuré en trois volets.



Pour atteindre nos objectifs, nous identifions des actions d'améliorations.

Ces actions sont formalisées dans nos plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Les actions sont définies à partir :

- Des résultats des évaluations des pratiques internes : EPP, traceurs, audits...
- Des résultats de nos indicateurs internes et nationaux
- Des évènements indésirables
- Des risques prioritaires identifiés dans nos cartographies des risques
- Des résultats des évaluations de l'expérience de nos patients
- Des résultats des enquêtes réalisées auprès de nos professionnels
- Des actions identifiées dans le cadre des réclamations et des plaintes des usagers
- Des résultats des certifications, des inspections et des audits externes
- Des exigences réglementaires

Nous avons un PAQSS structuré en deux niveaux :

❖ *Au niveau institutionnel*

Le PAQSS institutionnel est composé des thématiques transversales. Il est formalisé et suivi par les instances, groupes de travaux, comités ou équipes référentes portant une thématique. Ils forment le PAQSS institutionnel qui est supervisé par le bureau qualité.

Le PAQSS institutionnel est centralisé et accessible par la gouvernance et les pilotes de thématiques dans le canal *TEAMS - Management qualité institutionnel*.

Une fois par semestre, pour partager l'information avec l'ensemble des responsables médicaux et paramédicaux, le PAQSS institutionnel est présenté en COPIL qualité.

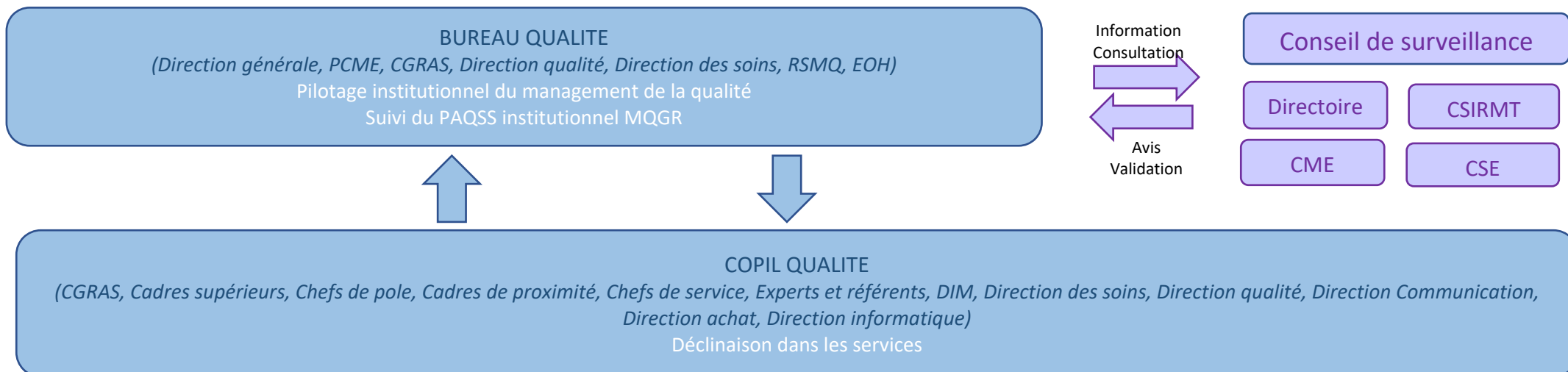
❖ *Au niveau des services*

Tous les services de soins et médico-sociaux formalisent leurs actions d'amélioration dans le PAQSS du service.

Chaque PAQSS de service est piloté par le chef de service et le cadre de santé de l'unité et s'appuie sur les experts des thématiques et les interventions méthodologiques du service qualité-gestion des risques et de la Direction des soins. Un ingénieur qualité référent du service apporte une aide méthodologique au service en réunion qualité quant au suivi du PAQSS.

Les PAQSS des services sont accessibles dans le canal *TEAMS – Copil Qualité* dans le dossier du service. La version actualisée est affichée sur le tableau d'affichage des informations qualité du service.

3 Notre pilotage



COPIQ QUALITE

(CGRAS, Cadres supérieurs, Chefs de pôle, Cadres de proximité, Chefs de service, Experts et référents, Direction des soins, Direction qualité, Direction Communication, Direction achat, Direction informatique, DIM)

Déclinaison dans les services

COORDINATION DES RISQUES ET DES CRISES

GRUPE SSE

Comité des vigilances et des risques

COMITE D'ANALYSE
EI/Réclamations/Contentieux

COMITE IDENTITOVIGILANCE

COMITE HEMOVIGILANCE

AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES

GRUPE DOSSIER PATIENT

GRUPE URGENCES VITALES

GRUPE ENDOSCOPIE

SOUS-COMMISSION ATTRACTIVITE

SOUS-COMMISSION DEVELOPPEMENT DURABLE

COMITE ETHIQUE

COMITE BIENTRAITANCE

GRUPE TRANSPORT INTRA-HOSPITALIER

CLIN

GRUPE Bloc et hygiene

CAI

CLAN

CLUD

COMEDIMS

GRUPE CIRCUIT DU MEDICAMENT

Comité d'évaluation de la pertinence des pratiques professionnelles

AMELIORATION DE L'EXPERIENCE DE NOS PATIENTS

CVS

CDU

Bureau représentants des usagers

COMITE EXPERIENCE PATIENT

Services de soins

INSTANCES ET GROUPES DE TRAVAIL

COFIL QUALITE

(CGRAS, Cadres supérieurs, Chefs de pôle, Cadres de proximité, Chefs de service, Experts et référents, Direction des soins, Direction qualité, Direction Communication, Direction achat, Direction informatique, Médecin DIM)

Déclinaison dans les services

COORDINATION DES RISQUES ET DES CRISES

Référent SSE

Responsable Sécurité

Cellule
identitovigilance

Cybervigilance

Reactivigilant

Responsable de la
sécurité des Systèmes
d'information GHT

Biovigilant

Délégué à la protection
des données GHT

Materiovigilant

Hémovigilant

Référent qualité DSI

Pharmacovigilant

Référent Intraqual EI

Cellule radioprotection

Ingénieurs qualité référent par secteur

AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRATIQUES

Ingénieurs qualité référent par secteur

Cadre expert en soins

Cadre formatrice qualité

Chargé du développement durable GHT

Equipe opérationnelle d'hygiène

Référent Intraqual GED

RSMQ

AMELIORATION DE L'EXPERIENCE DE NOS PATIENTS

Patient expert

Unité d'éducation
thérapeutique

Chargé des dossiers médicaux

Chargé des relations avec les usagers
(gestion des réclamations et des
contentieux)

Responsable des affaires juridiques

Services de soins

EXPERTS ET REFERENTS

EXPLOITATION DES INDICATEURS

IQSS, indicateurs internes

TRAITEMENT DES EIAS

Analyse systémique
Retour d'expérience aux équipes

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELS

Réalisation d'audit interne, patient traceur,
autoévaluation...

EVALUATION DE L'EXPERIENCE PATIENT

Projet de promotion de l'expérience patient, enquête
de satisfaction et expérience patient...

SERVICES : cadre de proximité et chef de service



REUNIONS QUALITES

En équipe,
Exploitation des indicateurs
Exploitation des résultats
des évaluations des
pratiques
Exploitation des résultats de
l'expérience patient
Exploitation du bilan du
traitement des EI
Mise à jour PAQSS Service

FORMATIONS ET COMMUNICATION

Formation dans les
services
Café qualité
Affichage qualité
Courrier interne
Réunion intercadre

REUNIONS DE DIALOGUE DE GESTION

Présentation et Exploitation des indicateurs

POLES : cadre de pole et chef de pole

3.1 Le bureau qualité

Le bureau qualité se réunit avant chaque COPIL qualité et regroupe la direction générale, le président de CME, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, la direction qualité et la direction des soins. Les principales missions du bureau sont :

- ❖ D'élaborer et de suivre de la politique qualité
- ❖ D'identifier les priorités et de mettre en œuvre et de suivre du PAQSS management de la qualité et de gestion des risques
- ❖ D'exploiter les indicateurs institutionnels
- ❖ D'identifier une stratégie pour développer une culture qualité sécurité dans l'établissement
- ❖ De suivre le calendrier des visites de certifications et d'accréditations
- ❖ D'élaborer l'ordre du jour des copil qualité
- ❖ D'avoir une vue centralisée de l'ensemble des thématiques pilotés par les comités, instances et groupes de travail

Des points réguliers sont effectués par le bureau qualité : au Directoire, à la commission médicale d'établissement, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, au comité social d'établissement, à la commission des usagers et à la commission de vie sociale.

3.2 Le COPIL qualité

Le COPIL se réunit tous les deux mois et regroupe l'ensemble de la direction, des référents et pilotes des encadrants médicaux et paramédicaux des services et des pôles. La principale mission du COPIL qualité est de décliner sur le terrain les actions décidées par le bureau qualité et les comités institutionnels.

3.3 Les instances, comités et groupes de travail

Des comités, instances et groupes de travail ont pour mission d'améliorer des thématiques en transversal sur le site. Ils déploient les actions formalisées sur le PAQSS.

Un règlement intérieur formalise la composition et les missions de chaque comité.

3.4 Les référents

Des personnes ressources expert ou référent d'une thématique sont identifiés sur notre structure. Une fiche de poste ou de mission formalise les missions de chaque référent.

3.5 Les réunions qualité

Au sein des services, les professionnels sont rencontrés. L'ingénieur qualité référent du service organise avec l'encadrement des réunions qualité trimestrielles (Réunion Q1, Q2, Q3 et Q4) afin de communiquer et d'échanger sur l'ensemble des données de mesure de la qualité et de la sécurité des soins : les indicateurs, la gestion des évènements indésirables ... Le PAQSS du service est mis à jour.

Au sein des pôles, en réunion de dialogue de gestion, les indicateurs qualité sont exploités.

4.1 Notre logiciel Intraqual

Le logiciel Intraqual est notre logiciel de gestion documentaire et de gestion des événements indésirables.

Il est administré par le service qualité et gestion des risques.

4.2 Nos formations qualité

➤ Les formations institutionnelles

L'articulation entre la Direction Qualité et le service de formation continue est effective.

La Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, la Direction Qualité en lien avec les commissions, comités, responsables médicaux de pôle, cadre paramédical de pôle, les référents qualité risque de pôle et les pilotes de thématique déterminent les besoins en matière de formation à partir :

- Des circulaires et/ou des décrets d'application, nouvelles recommandations HAS ou de l'ANESM
- Des résultats des évaluations
- De la nécessité de maîtriser des nouvelles méthodes à appliquer dans le cadre du management par la qualité
- Du programme d'actions Qualité.

➤ Les formations au sein des services

Les experts et référents sont amenés à réaliser des formations au sein des services de soins concernant leur thématique.

La cadre formatrice de la Direction qualité réalise des formations qualité au sein de tous les services à raison de deux formations par an pour les équipes, les contre-équipes et les équipes de nuit.

4.3 Notre communication

Afin d'entretenir une culture qualité auprès des professionnels des établissements, il est nécessaire de réaliser des actions de communication et de sensibilisation régulières.

Les actions de communication portent sur les priorités identifiées au niveau national, régional, sur les objectifs institutionnels ainsi que sur les thèmes choisis par les secteurs d'activité.

Les différents outils de communication existant au sein du groupement sont utilisés :

- Les mails en diffusion générale
- Le site internet
- Le site intranet
- La diffusion de vidéo
- Le courrier interne disponible dans les courriers de fiches de paie
- L'affichage dans les services : panneau d'affichage informations patients et Panneau d'affichage Qualité
- Les événements et rencontres avec les professionnels : forums, Rencontres inter-cadres...
- Les présentations aux instances, commissions et autres groupes de travail.
- La réunion inter-cadres (RIC)

Pour mesurer notre niveau de qualité, nous nous évaluons en interne et sommes évalués en externe par les organismes accréditeurs et certificateurs.

5.1 Les évaluations internes

5.1.1 L'évaluation de la pertinence des pratiques

Le CH de Saint-Denis promeut une culture de l'évaluation de la pertinence des pratiques. Des évaluations des pratiques sont menées de manière régulière au sein des services.

La cadre experte en soins apporte son aide méthodologique aux encadrants des services pour évaluer leurs pratiques. De plus, des outils d'évaluations des pratiques sont proposées toutes les semaines par la cadre expert en soins au sein des services.

Le service qualité et gestion des risques organise une campagne de traceurs au sein des services chaque automne à l'échelle institutionnelle.

Plusieurs modes d'évaluations des pratiques sont déployés et utilisés par nos professionnels :

- Les patients traceurs
- Les parcours traceurs
- Les traceurs ciblés
- Les grilles d'observation
- Les audits système
- Les évaluations des Pratiques Professionnelles
- Les Audit internes
- Les Enquêtes
- Les indicateurs internes

5.1.2 Le recueil de l'expérience patient

Notre établissement participe au recueil e-satis, les résultats sont consultables sur internet et sont affichés dans les services.

Un questionnaire de satisfaction patient déposé avec le livret d'accueil est proposé aux patients depuis Novembre 2024. Des questionnaires de satisfaction spécifiques par secteurs sont aussi déployés.

Un questionnaire expérience patient est déployé par nos élèves infirmiers au sein de tous les services.

Des enquêtes ponctuelles sont menées annuellement sur des thématiques spécifiques comme la restauration.

5.2 Les évaluations externes

5.2.1 Les indicateurs nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS)

Le service qualité et gestion des risques organisent les évaluations obligatoires dans tous les secteurs concernés. Il communique également en interne et en externe sur les résultats de ces évaluations et les présenter aux diverses instances et groupes de travail concernés.

L'analyse des résultats donne lieu à la définition d'actions d'amélioration.

5.2.2 L'Accréditation des médecins exerçant une spécialité ou activité à risque

Suivant le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, la gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales.

5.2.3 Les visites externes

- ❖ La Certification HAS de l'établissement
- ❖ Les évaluations externes des structures médico-sociales
- ❖ L'évaluation externe du Prélèvement Multi-Organes par l'Agence de Bio-Médecine (ABM)
- ❖ L'accréditations ISO 15189 des laboratoires d'analyse de biologie médicale
- ❖ Les inspections de l'ARS
- ❖ Les inspections de l'ASN
- ❖ Les audits menés par les compagnies d'assurance

Notre organisation fonctionnelle

1.1 Nous formalisons nos orientations stratégiques dans notre projet qualité

Au niveau institutionnel

- ❖ La directrice qualité, la coordonnatrice des soins et le CGRAS proposent au bureau qualité une politique qualité en formalisant les axes et les objectifs institutionnels. Ils identifient aussi les indicateurs d'atteinte des objectifs institutionnels. Le bureau qualité valide le projet qualité et est garant du processus de validation du projet. Le projet est présenté et validé en instances auprès du Directoire, de la CME, de la CSIRMT, de la CDU et du conseil de surveillance avant diffusion.

Au sein du service

- ❖ Le chef de service et le cadre s'assure de la prise de connaissance par l'équipe de soins des axes de la politique qualité, des objectifs qualité associés et des indicateurs qualité concernant le service. La politique qualité est affichée sur le tableau des informations qualité des services.

1.2 Nous structurons la mise en œuvre

Au niveau institutionnel

- ❖ La direction qualité:
 - Coordonne le bureau qualité, le COPIL qualité et le COVIRIS
 - Structure et déploie la trame de PAQSS
 - Identifie pour chaque secteur et pour chaque thématique un ingénieur référent
 - Fait l'interface avec la HAS et les organismes certificateurs
- ❖ La Direction des soins :
 - S'assure des ressources en termes d'encadrement
 - Coordonne les Commission des soins infirmiers du site et du GHT et s'assure qu'un point qualité est mis à chaque ordre du jour
 - Coordonne les réunions d'encadrement et s'assure qu'un point qualité est à l'ordre du jour
 - Identifie un cadre expert en soins
 - Construit le calendrier des évaluations des pratiques à l'attention de l'encadrement paramédical
 - Confie des missions transversales d'amélioration des pratiques à l'encadrement supérieur
- ❖ Le CGRAS s'assure qu'un point qualité est mis à l'ordre du jour de chaque CME

- ❖ Le bureau qualité :
 - Décline sur le terrain le PAQSS institutionnel via le COPIL qualité
 - Fait le lien avec les instances et les groupes de travail sur l'avancée des thématiques
 - S'assure de la tenue des instances et des groupes de travail
 - S'assure qu'un pilote est identifié pour chaque thématique et chaque vigilance
 - Commandite les états des lieux et les évaluations de pratique auprès des pilotes
 - Valide les achats liés aux remises en conformité liés aux visites d'évaluations externes

Au sein du service

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité planifient avec l'ingénieur qualité les réunions qualité trimestriel en équipe dans les services

1.3 Structurer le suivi de l'atteinte des objectifs

Au niveau institutionnel

- ❖ La direction qualité :
 - Construit et collige le tableau de bord des indicateurs institutionnels
 - S'assure de la formalisation du PAQSS et de sa mise à jour régulière

2 Nous mettons en œuvre nos plans d'actions

2.1 Nous suivons nos PAQSS

Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau qualité :
 - Formalise et suit les actions institutionnelles dans le PAQSS MQGR
 - Décline les actions institutionnelles à l'encadrement en Copil qualité

- ❖ Les comités, instances et groupes :
 - Identifient des écarts et points de progrès concernant leur thématique
 - Mettent à jour le PAQSS institutionnel au niveau de leur thématique.
 - Mettent à jour des documents transversaux concernant leur thématique

- ❖ L'ingénieur qualité :
 - Apporte une aide méthodologique au pilote de l'instance pour la mise à jour des PAQSS
 - Centralise le PAQSS institutionnel sur TEAMS
 - Consolide annuellement le PAQSS institutionnel par thématique

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - S'assurent de la communication à l'équipe des décisions transmises en copil qualité
 - Formalisent et suivent les actions du service dans le PAQSS service
 - S'assurent de la prise de connaissance de l'Equipe des actions qualité du service
 - Consolident à chaque réunion qualité le PAQSS service pour affichage dans le service

- ❖ L'ingénieur qualité :
 - Réalise des réunions qualité dans les services (4 réunions qualité par an par service)
 - Apporte une aide méthodologique à l'encadrement pour la mise à jour du PAQSS du service
 - Centralise les PAQSS service sur TEAMS
- ❖ Le chef de pole et le cadre supérieur de pole :
 - S'assurent du suivi des PAQSS de service du pole par les chefs de services et les cadres de proximité
 - Prennent connaissance des contenus des PAQSS
 - Alertent le copil qualité ou les instances si nécessaire

2.2 Nous nous formons

Au niveau institutionnel

- ❖ La direction des ressources humaine : Des formations sont accessibles et répondent aux besoins institutionnels.
- ❖ La direction des soins :
 - Coordonne les parcours d'intégration des cadres
 - Conduit un dispositif de formation à l'attention de l'encadrement
- ❖ La direction qualité :
 - Réalise les formations qualité dans le cadre du dispositif de formation à l'attention de l'encadrement
 - Coordonne les évènements de promotion de la culture qualité
 - Identifie par semestre la session de formations qualité flash à réaliser dans tous les services de soins
 - Réalise un point qualité en journée d'accueil des nouveaux arrivants.

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - Sollicite les pilotes de thématique si besoin de formation dans le service
 - Inscrit en formation institutionnel les professionnels
 - Organise les séances de formation dans les services
- ❖ La cadre formatrice qualité et l'EOH réalisent des formations qualité dans les services.

2.3 3.Nous traitons les évènements indésirables

Au niveau institutionnel

- ❖ La direction qualité
 - Met à disposition les outils nécessaires à l'analyse
 - Anime le Comité des vigilances et des risques (COVIRIS)
 - Présente le bilan des EIG et des EI en CVS et en CDU
- ❖ Le référent Intraqual EI du GHT
 - Administre le logiciel de gestion des évènements indésirables
 - Réalise le bilan des EI et établie les indicateurs internes EI par service, par pole et pour le site
 - Fait le lien avec les ingénieurs qualité des secteurs

Au niveau des services

- ❖ L'ingénieur qualité :
 - Hiérarchise les EI : EIG et EIAS en appliquant l'échelle de criticité institutionnelle
 - Apporte une aide méthodologique à l'équipe de soins lors des analyse systémiques
 - Répond à l'ARS en cas d'EIG
 - Présente le bilan des EI du service
 - S'assure du traitement des EI sur les secteurs dont il est référent

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - Réalisent en équipe l'analyse systémique des causes en cas d'EIG et d'EIAS de criticité élevée
 - Formalisent et suivent sur Intraqual le plan d'action de l'EI
 - Réalisent un retour d'expérience à l'équipe
 - Réalisent des RMM

- ❖ Le CGRAS :
 - Valide le caractère EIG de l'EI
 - Apporte une aide méthodologique à l'équipe lors des analyse systémiques des EIG

2.4 Nous coordonnons nos vigilances

Au niveau institutionnel

- ❖ Un expert est identifié pour chaque vigilance :
 - L'identitovigilance et le comité identitovigilance
 - Le matériovigilance
 - L'hémovigilance et le comité hémovigilance
 - L'infectiovigilance (l'EOH)
 - La cellule radioprotection
 - La pharmacovigilance
 - La réactovigilance
 - La cybervigilance : le responsable de la sécurité des systèmes d'information et le délégué à la protection des données

- ❖ Le CGRAS coordonnent le Comité des vigilances et des risques (COVIRIS).

2.5 Nous gérons nos risques a priori

Au niveau des services

- ❖ Les équipes de secteurs à risques participent à l'élaboration des cartographies de risques.

- ❖ L'ingénieur qualité et le cadre expert en soins apportent leur aide méthodologique à la formalisation/mise à jour des cartographies de risques.

2.6 Nous gérons nos documents

Au niveau institutionnel

- ❖ Le référent Intraqual GED qualité administre le logiciel de gestion documentaire.

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité actualisent les documents du service.
- ❖ Le référent Intraqual GED apporte une aide méthodologique à l'encadrement pour la mise à jour des documents sur Intraqual.

2.7 Nous communiquons et développons la culture qualité

Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau qualité définit la stratégie de communication et des événements pour promouvoir la culture qualité.
- ❖ La direction qualité :
 - Coordonne la mise en œuvre des outils : courrier interne, création de fiches mémos...
 - Décline les affichages qualité et les transmet aux encadrants du service
 - Met à jour l'affichage Information Patient des services

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - S'assurent de la prise de connaissance des informations par l'équipe
 - S'assurent de la mise à jour de l'affichage qualité
 - Archivent les éléments d'affichage passés dans le classeur qualité

2.8 Nous gérons les crises

Au niveau institutionnel

- ❖ Le référent SSE et le pilote SSE du site :
 - Coordonnent la mise à jour du plan blanc
 - Organisent les exercices de crise
 - Font l'état des lieux du matériel
 - Organisent les formations associées au plan blanc
- ❖ Le responsable sécurité est garant de la mise à jour du plan de sécurisation de l'établissement.

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - S'assurent de la prise de connaissance du plan blanc par l'équipe
 - Participent à l'actualisation du plan blanc

3.1 Nous exploitons nos indicateurs

Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau qualité :
 - S'assure de l'exploitation des indicateurs à tous les niveaux : instances, pole et service
 - Identifie des actions transversales
 - S'assure de la mise à jour du PAQSS institutionnel
 - Communique en Copil qualité

- ❖ Les instances, comités et groupes de travail :
 - Exploite des indicateurs de la thématique
 - Met à jour du PAQSS thématique avec les actions décidées

- ❖ Le Comité d'évaluation de la pertinence des pratiques professionnelles pilote l'évaluation des pratiques à l'échelle institutionnelle.

- ❖ La direction qualité :
 - Coordonne les campagnes des IQSS
 - Collige les résultats dans le tableau de bord des Indicateurs institutionnel
 - Restitue annuellement au bureau qualité

- ❖ Le médecin DIM
 - Procède au tirage au sort des dossiers à auditer
 - Donne les accès et les droits à Qualhas

Au niveau du pole

- ❖ L'ingénieur qualité restitue annuellement en réunion de dialogue de gestion.

- ❖ Le chef de pole réalise le bilan des indicateurs en bureau de pole.

Au niveau des services

- ❖ L'ingénieur qualité :
 - Accompagne les médecins dans la saisie des audits dossiers sur Qualhas
 - Restitue les résultats au service en réunions qualité
 - Formalise une affiche des indicateurs par service

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - S'assurent de la prise de connaissance par l'équipe des résultats des indicateurs du service
 - Exploitent les indicateurs
 - Mettent à jour du PAQSS service avec les actions décidées

3.2 Nous évaluons l'expérience de nos patients

Au niveau institutionnel

- ❖ Le bureau Expérience Patient :
 - Valide le calendrier des enquêtes expérience patient annuel du site
 - Développe les actions de promotion de l'expérience patient
 - Développe des outils de recueil de l'expérience patient

- ❖ Le patient expert promet les projets améliorant l'expérience patient au sein des service.

- ❖ La chargée des relations avec les usagers (CRUA):
 - Coordonne le bureau des représentant des usagers et la CDU.
 - Coordonne la réponse au patient en cas de réclamation/contentieux
 - Fait l'interface avec l'assureur
 - Communique annuellement les indicateurs réclamation et contentieux aux services

- ❖ La direction qualité :
 - Coordonne la plateforme E-satis
 - Collige les résultats E-satis
 - Formalise une affiche résultats expérience patient par service

- ❖ Le médecin DIM
 - Transmet les fichiers E-mails des patients à la direction qualité
 - Donne les accès et les droits à E-satis

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - Réalisent un point en équipe en cas de réclamation/contentieux
 - Communiquent à la CRUA le rapport d'enquête
 - S'assurent que l'équipe a pris connaissance des résultats des mesures de l'expérience patient
 - Mettent à jour le PAQSS service avec les actions décidées

3.3 Nous évaluons nos pratiques

Au niveau institutionnel

- ❖ Les instances, comités et groupes de travail
 - Coordonnent l'audit de leur thématique dans les services
 - Exploitent les résultats de l'audit
 - Identifient les points de progrès et écarts
 - Mettent à jour le PAQSS thématique avec les actions décidées

- ❖ Le cadre expert en soins :
 - Coordonne les évaluations internes des pratiques associés aux soins en lien avec les cadres de proximité.
 - Accompagne les cadres dans l'évaluation des pratiques en proposant des outils, formations aux cadres de proximité

- ❖ Le chef de pole s'assure que tous les secteurs du pole a des modalités d'évaluation des pratiques.

- ❖ La cadre supérieure de pole :
 - Pilote d'une mission transversale d'amélioration des pratiques

- S'assure qu'il y a au moins une EPP dans le pole
- ❖ La direction qualité :
 - Réalise les audits en lien avec les référentiels (HAS, AFNOR...)

Au niveau des services

- ❖ Le chef de service et le cadre de proximité :
 - Exploitent les résultats de l'audit
 - Mettent à jour du PAQSS service avec les actions décidées

4 Nous nous ajustons et nous nous améliorons

Au niveau institutionnel

Les comités, instances et groupe de travail :

- S'assurent qu'un point PAQSS et indicateurs sont à l'ordre du jour
- Analysent l'ensemble des données (indicateurs, écarts d'audits...) concernant leurs thématiques
- Ajustent le PAQSS institutionnel

Le bureau qualité :

- Suit et exploite les données et des indicateurs institutionnels
 - Des résultats des audits, des EPP...
 - Des résultats des cartographies des risques
 - Des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des usagers, des professionnels
 - Des actions identifiées dans le cadre des réclamations et/ou plaintes des usagers
 - Des résultats des certifications, des normes ISO, des Evaluations Externes
 - Des visites externes, des contrôles, des audits externes et des inspections
- Conclue sur l'atteinte des objectifs institutionnels du projet qualité
- Coordonne la réalisation du bilan de la politique qualité
- Présente pour validation au directoire et aux instances

La politique qualité et sécurité des soins s'est incontestablement étoffée à l'issue de chacune des procédures de certification menées par la HAS. Notre établissement s'organise pour décliner son PAQSS en respectant les 4 dimensions identifiées par Shortell et reprises par la HAS :

- 1- La Dimension stratégique : le PAQSS s'appuie sur l'engagement de la direction en coordination avec la CME. Il mobilise tous les professionnels.
- 2- La Dimension culturelle : Le PAQSS vise au développement d'une culture de sécurité et du résultat.
- 3- La Dimension structurelle : le pilotage de la démarche repose sur une coordination identifiée et soutenue par la Gouvernance.
- 4- La Dimension technique : le PAQSS repose sur un système d'information, des méthodes et outils validés et des résultats d'évaluations internes et externes.

Cette politique se doit d'être continue.

Notre ambition est de définir une politique concourant à sensibiliser et impliquer l'ensemble des professionnels dans cette démarche. En cela, si la démarche qualité apparaît comme un objectif global, elle relève nécessairement de la considération et de l'investissement de chacun.

6 Glossaire des sigles et acronymes

ABM	Agence de Bio-Médecine
ARS	Agence Régionale de Santé
CAI	Comité Anti-Infectieux
CDU	Comité Des Usagers
CIV	Cellule d' Identito-Vigilance
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' Etablissement
CODIR	Comité de Direction
COMAI	Comité des Anti-Infectieux
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COFIL	Comité de Pilotage
COVIRIS	Comité des Vigilances et des Risques
CPOM	Contrat Pluriannuel d' Objectifs et de Moyens
CREX	Comité de Retour d' Expérience
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers , de Rééducation et Médico-Technique
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d' Hémovigilance
EHPAD	Etablissement d' Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
GED	Gestion Electronique des Documents
GHT	Groupe hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
PAQSS	Plan d' Amélioration de la Qualité / Sécurité des Soins
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité

7 Annexes

Annexe 1 : Addendum circuits court

Annexe 2 : Addendum prévention de la maltraitance