

**PROJET  
D'ETABLISSEMENT  
VOLET  
PROJET QUALITE  
GESTION DES RISQUES  
DU CHAN  
2019-2023**

## SOMMAIRE

Introduction.....	page 2 à 4
Axe stratégique 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers .....	page 5 à 8
Axe stratégique 2 : Développer une démarche structurée et coordonnée de la qualité et gestion des risques au sein des secteurs d'activité .....	page 9 à 12
Axe stratégique 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances .....	page 13 à 20
Axe stratégique 4 : Développer une culture qualité sécurité des soins .....	page 21 à 24
Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management .....	page 25 à 29
Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès .....	page 30 à 36
Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace .....	page 37 à 45
Axe stratégique 8 : Lutter contre le risque infectieux/prévenir les infections associées aux soins.....	page 46 à 49
Axe stratégique 8 bis : Lutter contre le risque infectieux/prévenir l'apparition des bactéries multi-résistantes.....	page 50 à 53
Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé .....	page 54 à 60
Axe stratégique 9 bis : Assurer la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.....	page 61 à 63
Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle.....	page 64 à 68
Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours patient.....	page 69 à 74
Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant.....	page 75 à 79
Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance .....	page 80 à 93
Axe stratégique 14 : Faire de l'identification du patient le premier acte de soin ...	page 94 à 96
Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers.....	page 97 à 103
Axe stratégique 16 : Garantir les infrastructures et promouvoir le développement durable ....	page 104 à 106
Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques .....	page 107 à 114
Axe stratégique 18 : Harmoniser et sécuriser le système d'information .....	page 115 à 117
Annexe 1 : Evaluation 2016 de la politique Qualité-Gestion Des Risques 2013-2017.....	page 118 à 122

## INTRODUCTION

Le projet Qualité gestion des risques du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN) 2018-2022, a été élaboré sur la base de l'avenant Qualité gestion des risques du Projet D'établissement 2013-2017. Il rassemble les priorités institutionnelles pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, intégrant les activités support au service du soin.

Il s'inscrit dans les valeurs du service public dont il intègre les missions.

Le projet Qualité gestion des risques 2018-2022 s'attache à préparer l'avenir notamment l'intégration de la démarche Qualité gestion des risques du Groupement Hospitalier de Territoire, dans une approche processus. Les valeurs portées par le projet du GHT : Ethique et bientraitance, Qualité de vie au travail, innovation, sécurité des données, développement durable sont relayées dans les objectifs du projet Qualité et gestion des risques.

Les orientations stratégiques ont été définies sur la base de la réglementation, des résultats des différents contrôles, d'évaluations des risques a priori, des résultats de la certification V2010, des évaluations des pratiques et processus (audits...), du suivi des indicateurs (IPAQSS...), ainsi que du suivi des évènements indésirables...

Les orientations stratégiques qui ont structurées la politique qualité et gestion des risques sont les suivantes :

- **Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques**
- **Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**
- **Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations.**
- **Assurer l'efficience des fonctionnements et prestations des services de soins.**

Ces orientations ont été déclinées en axes stratégiques :

### **Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques :**

- Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers
- Poursuivre une démarche coordonnée de la qualité et gestion des risques au sein des secteurs d'activité
- Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances
- Développer une culture qualité et sécurité des soins
- Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management

### **Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

- Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient
- Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace
- Lutter contre le risque infectieux / Prévenir les infections associées aux soins
- Lutter contre le risque infectieux / Lutter contre le risque infectieux / Prévenir des bactéries multi-résistantes
- Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé
- Assurer la juste prescription chez le sujet âgé
- Améliorer la prise en charge nutritionnelle
- Assurer la prise en charge du patient en fin de vie dans le respect des règles éthiques
- Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant
- Poursuivre la démarche structurée des activités à risque
- Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

**Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations.**

- Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers

**Assurer l'efficacité des fonctions supports**

- Garantir la sécurité de fonctionnement des infrastructures et équipements techniques.
- Assurer l'efficacité de fonctions logistiques.
- Harmoniser et sécuriser le système d'information.

Le projet a été élaboré selon les principes suivants :

**Projet participatif** : chaque orientation stratégique a été élaborée par un groupe de travail ou une instance en lien avec la thématique traitée. Les professionnels ont participé à l'identification des besoins notamment par l'identification des risques prioritaires, l'analyse des données, la définition d'actions d'amélioration.

**Projet réaliste et cohérent** : en lien avec le projet médical, le projet de soins, dans la continuité du précédent plan stratégique et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Il intègre aussi les

éléments du Compte Qualité en lien avec les résultats des IPAQSS, des visites de certification et des orientations définies par la Haute Autorité en Santé.

**Projet pratique** : décliné sous forme de fiches actions par thématique. Chaque fiche action est assortie d'indicateurs de suivi dont l'évolution est planifiée

Validation CME 14/02/2019

# Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques

## Axe stratégique 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers

**Axe opérationnel 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers**, en déployant l'approche processus et les audits processus selon le PDCA. En renforçant le rôle et la formation des pilotes de processus, en coordonnant leurs activités (COFIL pilotes de processus), en formalisant et planifiant les démarches, en s'assurant de la mise en œuvre effective (suivi du PAQSS) et du suivi des actions sous forme d'indicateurs (compte qualité).

**Axe opérationnel 2 : Mettre en œuvre le nouveau logiciel Qualité et gestion des risques.** Dans le cadre du GHT, un marché a été ouvert afin d'acquérir un logiciel commun à l'ensemble des établissements du territoire. Dans ce cadre le CHAN doit mettre en place de façon coordonnée avec les autres établissements ce logiciel et les outils correspondants.

**Axe opérationnel 3 Renforcer le partage d'expérience inter établissements**, en participant aux travaux et échanges autour de la thématique « Management de la qualité et des risques » dans le cadre du Groupement Hospitaliers de Territoire.

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers**, en déployant l'approche processus et les audits processus selon le PDCA. En renforçant le rôle et la formation des pilotes de processus, en coordonnant leurs activités (COPIL pilotes de processus), en formalisant et planifiant les démarches, en s'assurant de la mise en œuvre effective (suivi du PAQSS) et du suivi des actions sous forme d'indicateurs (compte qualité).

**OBJECTIFS : AXE STRATEGIQUE CHAN 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers : Déployer l'approche processus**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Renforcer le rôle et formation des pilotes processus	Direction des ressources Humaines	Taux de pilotes processus formés à l'approche processus	100%	100%	100%	100%	100%	2
Coordonner les actions des pilotes de processus	Président CME/ Directrice des Soins	Nombre de réunions COPIL processus conforme au règlement intérieur (oui/ non)	2	2	2	2	2	2
Formaliser et planifier les démarches processus	Référents Qualité des processus	Taux de processus ayant une fiche d'identification mise à jour annuellement.	100%	100%	100%	100%	100%	2
Définir et suivre les indicateurs des processus	Pilotes de processus/ Cellule Qualité	Taux de processus avec au moins un indicateur de suivi	75%	100%	100%	100%	100%	2

**NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Mettre en œuvre le nouveau logiciel Qualité et gestion des risques.** Dans le cadre du GHT, un marché a été ouvert afin d'acquérir un logiciel commun à l'ensemble des établissements du territoire. Dans ce cadre le CHAN doit mettre en place de façon coordonnée avec les autres établissements ce logiciel et les outils correspondants..

**OBJECTIFS : AXE STRATEGIQUE CHAN 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers : Poursuivre l'informatisation du PAQSS**

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Mettre en œuvre le nouveau logiciel	Cellule Qualité	Logiciel déployé oui/non		oui	oui	oui	oui	3



**NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Renforcer le partage d'expérience inter établissements**, en participant aux travaux et échanges autour de la thématique « Management de la qualité et des risques » du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

**OBJECTIFS : AXE STRATEGIQUE CHAN 1 : Ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers : Renforcer le partage d'expérience**

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Participer aux réunions d'échanges professionnels sur la thématique « Management de la Qualité et des risques » du GHT	Cellule Qualité	Taux de participation d'au moins 1 professionnel de la Cellule qualité à au moins une réunion d'échanges professionnels.	100%	100%	100%	100%	100%	2

# Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques

**Axe stratégique 2 : Développer une démarche structurée et coordonnée de la qualité et gestion des risques au sein des secteurs d'activité**

**Axe opérationnel 1 : Renforcer la structuration et le déploiement de la fonction gestion des risques** du Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins.

Un Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins est nommé et assure la coordination entre le GEVIR, instance en charge de la coordination des risques et des vigilances au sein du CHAN. Le Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins doit participer aux réunions du GEVIR afin d'apporter conseil et expertise méthodologique à la communauté médicale.

**Axe opérationnel 2 : Accompagner les pilotes de processus et les correspondants qualité dans leurs missions** : par la formation, l'organisation de réunions de coordination, le suivi de tableaux de bord.

**Axe opérationnel 3 : Identifier les priorités qualité et gestion des risques par pôle** : en intégrant dans les contrats de pôle des indicateurs de suivi qualité et gestion des risques et en identifiant au sein du pôle les actions prioritaires suivies dans le cadre du contrat de pôle.

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Renforcer la structuration et le déploiement de la fonction gestion des risques** du Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins.

Un Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins est nommé et assure la coordination entre le GEVIR, instance en charge de la coordination des risques et des vigilances au sein du CHAN. Le Coordonnateur médical de la gestion des risques associés aux soins doit participer aux réunions du GEVIR afin d'apporter conseil et expertise méthodologique à la communauté médicale.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 2 : Développer une démarche structurée et coordonnée de la qualité et la gestion des risques au sein des secteurs d'activité** Identifier les priorités qualité et gestion des risques par pôle

ACTIONS	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Diffuser l'organigramme organisationnel de la démarche qualité au CHAN	Directeur Qualité et gestion des risques	Organigramme fonctionnel diffusé et révisé conformément à la procédure des procédures.	1	1	1	1	1	1
Participer au GEVIR en qualité de coordonnateur des risques associés aux soins	Coordonnateur des risques associés aux soins	Taux de présentéisme du coordonnateur des risques associés aux soins aux réunions du GEVIR	100%	100%	100%	100%	100%	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Accompagner les pilotes de processus et les correspondants qualité dans leurs missions : par la formation, l'organisation de réunions de coordination, le suivi de tableaux de bord.**

**AXE STRATEGIQUE CHAN 2 : Développer une démarche structurée et coordonnée de la qualité et la gestion des risques au sein des secteurs d'activité Identifier les priorités qualité et gestion des risques par pôle**

ACTIONS	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir et suivre les indicateurs des processus	Pilotes de processus	Taux de processus avec au moins un indicateur de suivi	75%	100%	100%	100%	100%	2
Former les nouveaux correspondants qualité à la démarche qualité	Cellule qualité	Taux de nouveaux correspondants qualité formés	50%	75%	75%	100%	100%	2
Former les pilotes à la démarche qualité	Cellule qualité	Taux de pilotes formés à la démarche qualité (au moins 1 formation/an)	50%	75%	75%	80%	80%	2
Mettre à disposition les tableaux de bord (fiches identité) pour les pilotes de processus	Cellule qualité	Taux de processus du CQ disposant d'une fiche identité mise à jour	100%	100%	100%	100%	100%	2
Assurer les réunions du COFIL des pilotes processus ( RI)	Cellule qualité	Taux de réunion conforme2	100%	100%	100%	100%	100%	2

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité- gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Identifier les priorités qualité et gestion des risques par pôle** : en intégrant dans les contrats de pôle des indicateurs de suivi qualité et gestion des risques et en identifiant au sein du pôle les actions prioritaires suivies dans le cadre du contrat de pôle.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 2 : Développer une démarche structurée et coordonnée de la qualité et la gestion des risques au sein des secteurs d'activité** Identifier les priorités qualité et gestion des risques par pôle

ACTIONS	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir des indicateurs qualité-gestion des risques par pôle	Chargé de mission des contrats de pôle	Taux de contrats de pôle ayant des indicateurs qualité- gestion des risques	100%	100%	100%	100%	100%	1
Assurer la diffusion des tableaux de bord des indicateurs qualité-gestion des risques des pôles.	Cellule Qualité	Taux de contrat de pôle pour lequel un tableau de bord est diffusé selon la périodicité définie	100%	100%	100%	100%	100%	1
Identifier les actions prioritaires des pôles sur les fiches actions	Chargé de mission des contrats de pôle	Taux de contrat de pôle pour lequel au moins une action prioritaire est identifiée dans le PAQSS	100%	100%	100%	100%	100%	1

# Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques

## Axe stratégique 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances

**Axe opérationnel 1 : Poursuivre la gestion coordonnée des vigilances et des risques** en s'assurant du fonctionnement du GEVIR conformément en son règlement intérieur, en assurant un suivi des actions menées dans le cadre des vigilances au travers notamment du suivi d'indicateurs tels que le nombre de signalements externes ou le nombre de déclarations de dommages associées aux soins.

**Axe opérationnel 2 : Sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et à la gestion de crise** en mettant en œuvre des actions de communications (lettre de la cellule qualité, journal interne, Planet CHAN).

**Axe opérationnel 3 : Assurer l'information et la formation des professionnels aux méthodes et outils de la gestion des risques** en formant les professionnels à la déclaration d'événements indésirables et à l'analyse des causes profondes.

**Axe opérationnel 4 : Poursuivre la démarche d'identification des risques a priori** en réalisant des cartographies des risques a priori pour l'ensemble des thématiques V2014, en identifiant les risques prioritaires, en définissant et en mettant en œuvre un plan d'actions de réduction des risques.

**Axe opérationnel 5 : S'assurer de l'opérationnalité des organisations définies pour faire face à une situation de crise** en mettant à jour régulièrement les documents de crise et en organisant des exercices afin de s'assurer de l'opérationnalité de ces documents.

**Axe opérationnel 6 : Développer les retours d'expérience** en organisant des réunions d'analyse des causes et de retour d'expérience afin d'améliorer nos organisations en identifiant les points positifs et les points à améliorer.

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Coordonnateur des risques associés aux soins**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Poursuivre la gestion coordonnée des vigilances et des risques** en s'assurant du fonctionnement du GEVIR conformément en son règlement intérieur, en assurant un suivi des actions menées dans le cadre des vigilances au travers notamment du suivi d'indicateurs tels que le nombre de signalements externes ou le nombre de déclarations de dommages associées aux soins.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances .** Poursuivre la gestion coordonnée des vigilances et des risques

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Assurer une gestion coordonnée des vigilances et des risques	Président GEVIR	Nombre de réunions conforme au RI du GEVIR Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Bilan d'activité du GEVIR Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Indicateurs GDR / vigilances présentés au moins une fois par an en GEVIR oui / non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer un suivi des vigilances	Gestionnaire de risques	Actions issues des vigilances ne disposant pas d'une instance de suivi (Radiovigilance, Nutrivigilance, Réactovigilance, Biovigilance, Matérovigilance) intégrées au programme d'actions du GEVIR Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer un suivi des signalements externes	Gestionnaire de risques	Suivi des signalements externes réalisé Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1

Assurer un suivi des déclarations de dommages associés aux soins	Gestionnaire de risques	Taux de FSEI en lien avec un dommage associé aux soins	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<b>1</b>
--	-------------------------	--	-----	-----	-----	-----	-----	----------



## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COPIIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et à la gestion de crise** en mettant en œuvre des actions de communications (lettre de la cellule qualité, journal interne, Planet CHAN).

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances .** Sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et à la gestion de crise

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mettre en place des actions de communication / sensibilisation / information à la gestion des risques et gestion de crise	Responsable communication / Cellule Qualité	Nombre d'actions de communication / sensibilisation / information	> 1	> 1	> 1	> 1	> 1	3

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COPIIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Assurer l'information et la formation des professionnels aux méthodes et outils de la gestion des risques en formant les professionnels à la déclaration d'évènements indésirables et à l'analyse des causes profondes.**

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances. Assurer l'information et la formation des professionnels aux méthodes et outils de la gestion des risques**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Former les professionnels à la déclaration des évènements indésirables	Gestionnaire des risques	Nombre de réunions de formation des nouveaux arrivants	2	2	2	2	2	3
Former l'ensemble des professionnels concernés à l'analyse des causes profondes	Gestionnaire des risques	Nombre de réunions de formation des professionnels	1	1	1	1	1	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COPIIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Poursuivre la démarche d'identification des risques a priori** en réalisant des cartographies des risques a priori pour l'ensemble des thématiques V2014, en identifiant les risques prioritaires, en définissant et en mettant en œuvre un plan d'actions de réduction des risques.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances** Poursuivre la démarche d'identification des risques a priori

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Identifier les risques prioritaires pour l'ensemble des processus V2014	Gestionnaire des risques	Taux de processus disposant d'une identification des risques prioritaires	100%	100%	100%	100%	100%	1
Mettre à jour les cartographies des risques tous les 2 ans	Gestionnaire des risques	Taux de cartographies révisées a minima tous les 2 ans	100%	100%	100%	100%	100%	1
Assurer le suivi des actions définies comme prioritaires	Gestionnaire des risques	Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COPIIL**

**DESCRIPTION DU PROJET :Axe opérationnel 5 : S'assurer de l'opérationnalité des organisations définies pour faire face à une situation de crise** en mettant à jour régulièrement les documents de crise et en organisant des exercices afin de s'assurer de opérationnalité de ces documents.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances** S'assurer de l'opérationnalité des organisations définies pour faire face à une situation de crise

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mettre à jour les documents de crise	Gestionnaire des risques	Documents de crise mis à jour Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Réaliser au moins un exercice de gestion de crise	Gestionnaire des risques	Nombre d'exercices	>1	>1	>1	>1	>1	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR- COFIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 6 : Développer les retours d'expérience** en organisant des réunions d'analyse des causes et de retour d'expérience afin d'améliorer nos organisations en identifiant les points positifs et les points à améliorer.

**AXE STRATEGIQUE CHAN 3 : Poursuivre la démarche coordonnée des risques et des vigilances** Développer les retours d'expérience

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Favoriser la déclaration des événements indésirables	Gestionnaire des risques	Nombre de FSEI exploitables hors FSEI Identitovigilance	NA	NA	NA	NA	NA	3
		Taux de FSEI émises par un professionnel « médical »	≥6%	≥6%	≥16%	≥6%	≥6%	
		Taux de FSEI pour lesquelles une réponse a été apportée par le(s) expert(s) désigné(s) au 31/03 de l'année n+1	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	
Développer les retours d'expérience	Gestionnaire des risques	Nombre de retours d'expérience / analyses des causes hors RMM	>10	>10	>10	>10	>10	1

# Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques

## CULTURE QUALITE -SECURITE

### Axe stratégique 4: Développer une culture qualité sécurité des soins.

**Axe opérationnel 1 Faire vivre la culture qualité et favoriser l'implication des professionnels** par des actions de communication, de sensibilisation, d'information et de partage d'expérience

**Axe opérationnel 2 Poursuivre les démarches de certification**, permettant aux pilotes de processus d'être « porteur » de la démarche au sein de la structure et de favoriser la culture des professionnels.

**Axe opérationnel 3 Maintenir une gestion documentaire opérationnelle et connue des professionnels**, en assurant la formation des professionnels, l'actualisation des documents et la maîtrise des documents diffusés aux professionnels.

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 Faire vivre la culture qualité et favoriser l'implication des professionnels** par des actions de communication, de sensibilisation, d'information et de partage d'expérience

**Axe stratégique 4: Développer une culture qualité sécurité des soins.** Faire vivre la culture qualité et favoriser l'implication des professionnels

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Mettre en place des actions de communication – sensibilisation- information- partage d'expérience	Cellule Qualité	Nombre de réunions « jeudis de la qualité et des risques » organisées.  Nombre de Lettres de la Cellule Qualité diffusées	10  12	10  12	10  12	10  12	10  12	2
Former les nouveaux correspondants qualité à la démarche qualité-gestion des risques du CHAN	Cellule Qualité	Taux de nouveaux correspondants qualité formés	80%	100%	100%	100%	100%	2
Organiser des formations aux concepts qualité dans le cadre du plan de formation	DRH Service formation	Au moins une session de formation annuelle oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	3
Développer la culture positive de l'erreur	Cellule Qualité	Au moins 1 action réalisée	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 Poursuivre les démarches de certification**, permettant aux pilotes de processus d'être « porteur » de la démarche au sein de la structure et de favoriser la culture professionnelle.

**Axe stratégique 4: Développer une culture qualité sécurité des soins.** Poursuivre les démarches de certification ou accréditation

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Favoriser le déploiement de démarches de certification de secteur ou activité à risque : laboratoire,	Directeur Qualité et gestion des risques	Nombre de démarche de certification de secteur ou activité spécifique	1	1	1	1	1	2



## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur Qualité et gestion des risques**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 Maintenir une gestion documentaire opérationnelle et connue des professionnels, en assurant la formation des professionnels, l'actualisation des documents et la maîtrise des documents diffusés aux professionnels.**

**Axe stratégique 4: Développer une culture qualité sécurité des soins. Maintenir une gestion documentaire opérationnelle et connue des professionnels**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Former les professionnels à l'utilisation de la gestion documentaire	Assistant qualité en charge de la GED	Nombre de réunions formations nouveaux arrivants formés	3	3	4	4	4	1
Actualiser les documents conformément à la procédure des procédures	Assistant qualité en charge de la GED	Taux de documents à jour dans la Gestion documentaire	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
S'assurer de la maîtrise des documents diffusés	Assistant qualité en charge de la GED	Taux de services utilisant des documents non qualidoqués	0%	0%	0%	0%	0%	1
		Taux de documents échus et mis à jour durant l'année	50%	50%	50%	50%	50%	1
		Taux de documents à jour dans la Gestion documentaire	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1

# Conforter le management de la Qualité et de la gestion des risques

## EVALUATIONS

### Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management.

**Axe opérationnel 1 Assurer la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles** dans tous les secteurs d'activité de soins de l'établissement, , selon les priorités du projet d'établissement, avec des outils validés, sur la base de recommandations de bonne pratique et selon les objectifs définis en Conseil de pôle avec les référents médicaux et paramédicaux.

**Axe opérationnel 2 Développer les revues de pertinence des soins** médicaux et paramédicaux, en identifiant dans chaque pôle les soins et pratiques à améliorer, et en intégrant l'indicateur de réalisation d'une EPP pertinence annuelle comme indicateur de performance du pôle.

**Axe opérationnel 3 Identifier et assurer le suivi d'indicateurs de pratique clinique** pertinents des activités majeures autres que les IPAQSS.  
Réviser régulièrement la liste des indicateurs de pratique clinique et en organiser la diffusion et l'efficacité.

**Axe opérationnel 4 Favoriser une politique de contractualisation interne** d'objectifs qualité et sécurité des soins, par la définition d'indicateurs spécifiques pour chaque pôle, en fonction des résultats (IPAQSS, audits, patient-traceur...), des besoins (création d'activité, projet de pôle, projet d'établissement...) et de la réglementation (exemple check liste bloc opératoire....).

**NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président GPEPP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 Assurer la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles** dans tous les secteurs d'activité de soins de l'établissement, , selon les priorités du projet d'établissement, avec des outils validés, sur la base de recommandations de bonne pratique et selon les objectifs définis en Conseil de pôle avec les référents médicaux et paramédicaux.

**Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management.** Assurer la mise en œuvre des EPP

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Déployer les EPP dans tous les secteurs d'activité, selon les priorités du projet d'établissement,	Président GPEPP	Taux de secteurs d'activité ne réalisant aucune EPP	0%	0%	0%	0%	0%	1
Former les professionnels à l'utilisation des outils d'évaluation EPP	Cellule Qualité	Nombre de formations organisées	3	3	3	3	3/an	2

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président GPEPP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 Développer les revues de pertinence des soins** médicaux et paramédicaux, en identifiant dans chaque pôle les soins et pratiques à améliorer, et en intégrant l'indicateur de réalisation d'une EPP pertinence annuelle comme indicateur de performance du pôle.

**Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management.** Développer les revues de pertinence des soins

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Réaliser au moins une EPP revue de pertinence des soins par pôle et par an dans chaque pôle.	Président GPEPP	Nombre de nouvelle EPP revue de pertinence par an	6	6	6	6	6	1
Intégrer la réalisation d'une EPP pertinence dans les indicateurs qualité- gestion des risques des contrats de pôle	Chargé de mission contractualisation polaire	Taux de contrat de pôle pour lequel la réalisation d'une EPP pertinence est un indicateur qualité	100%	100%	100%	100%	100%	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président GPEPP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 Identifier et assurer le suivi d'indicateurs de pratique clinique** pertinents des activités majeures autres que les IPAQSS. Réviser régulièrement la liste des indicateurs de pratique clinique et en organiser la diffusion et l'efficacité.

**Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management.** Identifier et assurer le suivi d'indicateurs de pratique clinique

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Identifier et assurer le suivi des indicateurs de pratique clinique des activités majeures autres que les IPAQSS	Président GPEPP	Nombre d'indicateurs de pratique clinique autres que les IPAQSS	6	10	12	20	20	1
Réviser annuellement la liste des indicateurs cliniques et en organiser la diffusion	Président CME		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

## NOM DU PROJET : Conforter le Management de la Qualité et de la gestion des risques

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Chargé de mission contractualisation polaire**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL- CME**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 Favoriser une politique de contractualisation interne** d'objectifs qualité et sécurité des soins, par la définition d'indicateurs spécifiques pour chaque pôle, en fonction des résultats (IPAQSS, audits, patient-traceur...), des besoins (création d'activité, projet de pôle, projet d'établissement...) et de la réglementation (exemple check liste bloc opératoire....).

**Axe stratégique 5 : Déployer l'EPP et les indicateurs comme outils de management.** Favoriser une politique de contractualisation interne d'objectifs qualité et sécurité des soins

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir des indicateurs spécifiques pour chaque pôle.	Chargé de mission contractualisation polaire	Taux de pôle ayant contractualisé des indicateurs spécifiques.	100%	100%	100%	100%	100%	1

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

Les orientations stratégiques sont définies sur la base du projet de territoire, d'une évaluation des risques a priori, des résultats de la certification V2010, des évaluations (audits...) et du suivi des indicateurs (IPAQSS...), ainsi que du suivi des évènements indésirables. Les actions d'améliorations en lien avec ces orientations stratégiques sont déclinées dans le programmes d'actions qualité et sécurité des soins institutionnel.

## DOSSIER PATIENT

### Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN) oriente sa politique pour un dossier unique du patient. Il s'est doté d'un groupe Permanent Dossier Patient missionné par la Commission médicale d'établissement (CME) pour mettre en œuvre cette politique.

Les responsabilités des différents intervenants (médicaux, paramédicaux, socio administratifs...) sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit dans la charte du dossier patient.

Le rôle et la responsabilité de chaque intervenant dans le dossier patient est défini, et diffusé.

La politique dossier patient intègre :

Les droits d'accès aux dossiers du patient archivés sécurisés.

Le respect des droits des patients en lien avec le dossier patient.

Le CHAN respecte la charte du patient hospitalisé, la charte de la personne âgée hospitalisée et la charte de l'enfant hospitalisé.

L'informatisation du dossier patient dans le programme « SINFONIEVRE » est en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire du GHT. La politique du dossier patient est révisée annuellement lors du bilan d'activité du Groupe Permanent Dossier Patient chargé de sa mise en œuvre, transmis au Président de CME.

Les actions d'améliorations en lien avec ces orientations stratégiques sont déclinées dans le programmes d'actions qualité et sécurité des soins institutionnel. Les droits d'accès des données informatisées sécurisés.

### Axe opérationnel 1 : Assurer la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins

Le parcours de soins est un axe fort de la stratégie institutionnelle. Le dossier patient en est un des piliers. Dans le cadre du projet de Groupement hospitalier de Territoire la compatibilité des dossiers patients est un élément essentiel en vue d'un partage d'information. La mise en œuvre du projet SINFONièvre a permis le déploiement d'un système d'information de production de soins identique sur six établissements du territoire de la Nièvre.

La Direction s'engage à déployer le dossier patient informatisé partagé permettant la continuité des prises en charge et en assurant l'interface avec les logiciels de spécialité. Dans le cadre de la communication ville-hôpital, l'établissement s'engage notamment à rendre systématique l'information du médecin traitant en transmettant les informations nécessaires à la prise en charge dès le jour de la sortie.

**Axe opérationnel 2 : Permettre une prise en charge coordonnée entre les acteurs par la disponibilité de données exhaustives et conformes**

Au terme de la procédure de certification V2010, la HAS a constaté plusieurs écarts notamment la non-conformité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient tracés en temps utile dans le dossier du patient. Le déploiement de la prescription médicamenteuse informatisée est un élément essentiel, mais non suffisant. L'institution s'engage à soutenir l'optimisation qualitative du dossier patient (en lien avec les indicateurs HAS) en développant les actions de formation et de sensibilisation, auprès de l'ensemble des acteurs concernés. La Direction s'engage à déployer le dossier informatisé. Afin de répondre aux besoins et dans l'attente d'une ordonnance pour permettre juridiquement une conservation par numérisation des dossiers médicaux et une élimination des dossiers « papier », une étude de faisabilité sera conduite pour s'ouvrir sur la possible numérisation des dossiers patients.

**Axe opérationnel 3 : Assurer la sécurité des données**

L'évaluation et la hiérarchisation des risques a priori de la gestion du dossier patient et de l'accès du patient à son dossier a mis en évidence des risques lors de la création du dossier patient (identification, délais de livraison, dossiers intermédiaires...), lors de la transmission des données, ainsi que lors de la mobilisation du dossier. Le déploiement du dossier informatisé nécessite une réflexion régulière et systématique sur la sécurité des données du dossier patient. L'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à la sécurité des données du dossier patient informatisées. L'établissement s'engage à promouvoir les bonnes pratiques d'archivage, et à optimiser les modalités de mobilisation et de création du dossier patient.

**Axe opérationnel 4 : Assurer le respect des droits des patients lors de la gestion du dossier patient,**

L'institution s'engage à poursuivre la dynamique destinée à promouvoir les droits des usagers en améliorant les modalités de communication du dossier, notamment en systématisant la remise d'un document de sortie au patient, en respectant les règles de confidentialité et les droits d'information du patient.

**Axe opérationnel 5 : Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles.**

Les résultats des indicateurs IPAQSS identifient une Tenue du dossier patient insuffisamment maîtrisée, notamment lors du recueil des données et de l'envoi des données nécessaires à la prise en charge en aval. La nécessité de mettre en place des indicateurs de mesure réguliers afin de renforcer la visibilité des équipes apparaît indispensable. L'établissement s'engage à intégrer des indicateurs de la gestion du dossier patient dans les contrats de pôle.



## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président Groupe Permanent Dossier Patient (GPDP)**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPDP et CME**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Assurer la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins.** Le parcours de soins est un axe fort de la stratégie institutionnelle. Le dossier patient en est un des piliers. Dans le cadre du projet de Groupement hospitalier de Territoire la compatibilité des dossiers patients est un élément essentiel en vue d'un partage d'information. La mise en œuvre du projet SINFONièvre a permis le déploiement d'un système d'information de production de soins identique sur six établissements du territoire de la Nièvre. La Direction s'engage à déployer le dossier patient informatisé partagé permettant la continuité des prises en charge et en assurant l'interface avec les logiciels de spécialité. Dans le cadre de la communication ville-hôpital, l'établissement s'engage notamment à rendre systématique l'information du médecin traitant en transmettant les informations nécessaires à la prise en charge dès le jour de la sortie.

**Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès.** Assurer la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Déployer le dossier patient informatisé partagé permettant la continuité des prises en charge et en assurant l'interface avec les logiciels de spécialité Déployer l'informatisation du Dossier médical	Directeur du SIH	Taux de dossier informatisé	90%	100%	100%	100%	100%	1
Rendre systématique l'information du médecin traitant en transmettant les informations nécessaires à la prise en charge dès le jour de la sortie.	Président CME	Délai d'envoi du document de sortie au médecin traitant  Fiche de sortie retrouvée	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président Groupe Permanent Dossier Patient (GPDP)**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPDP et CME**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Permettre une prise en charge coordonnée entre les acteurs par la disponibilité de données exhaustives et conformes** Les évaluations régulières des éléments du dossier patient, ont permis de constater plusieurs écarts notamment la non-conformité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient tracés en temps utile dans le dossier du patient. Le déploiement du dossier patient informatisé est un élément essentiel, mais non suffisant. L'institution s'engage à soutenir l'optimisation qualitative du dossier patient(en lien avec les indicateurs HAS) en développant les actions de formation et de sensibilisation, auprès de l'ensemble des acteurs concernés. La Direction s'engage à déployer le dossier informatisé.

**Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès.** Permettre une prise en charge coordonnée entre les acteurs par la disponibilité de données exhaustives et conformes

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Soutenir l'optimisation qualitative du dossier patient(en lien avec les indicateurs HAS)	Président CME	Taux d'évaluations initiales complètes (IPAQSS)	80%	80%	80%	80%	80%	2
		Taux de prescriptions conformes (IPAQSS)	80%	80%	80%	100%	100%	
Développer les actions de formation et de sensibilisation, auprès de l'ensemble des acteurs concernés.	Président GPDP/ Cellule Qualité	Formation / sensibilisation réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3
déployer le dossier informatisé.	Directeur SIH	Indicateurs hôpital numérique D2.2, D2.3, D2.4, D2.5						1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Médecin DIM**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPDP et CME**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Assurer la sécurité des données**

L'évaluation et la hiérarchisation des risques a priori de la gestion du dossier patient et de l'accès du patient à son dossier a mis en évidence des risques lors de la création du dossier patient (identification, délais de livraison, dossiers intermédiaires...), lors de la transmission des données, ainsi que lors de la mobilisation du dossier. Le déploiement du dossier informatisé nécessite une réflexion régulière et systématique sur la sécurité des données du dossier patient. L'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à la sécurité des données du dossier patient informatisées.

L'établissement s'engage à promouvoir les bonnes pratiques d'archivage, et à optimiser les modalités de mobilisation et de création du dossier patient.

**Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès.** Assurer la sécurité des données

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mettre en œuvre les moyens nécessaires à la sécurité des données du dossier patient informatisées.	Directeur SIH	Indicateur hôpital numérique P3.3, P3.4, P3.5						
Promouvoir les bonnes pratiques d'archivage,	Responsable archives	Taux respect pratiques archivage (audit)	80%	80%	80%	100%	100%	2
Optimiser les modalités de mobilisation et de création du dossier patient	Responsable archives							

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des relations avec les usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Assurer le respect des droits des patients lors de la gestion du dossier patient,**

L'institution s'engage à poursuivre la dynamique destinée à promouvoir les droits des usagers en améliorant les modalités de communication du dossier, notamment en systématisant la remise d'un document de sortie au patient, en respectant les règles de confidentialité et les droits d'information du patient.

**Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès.** Assurer le respect des droits des patients lors de la gestion du dossier patient,

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Poursuivre la dynamique destinée à promouvoir les droits des usagers en améliorant les modalités de communication du dossier,	Directeur Qualité et gestion des risques	Délais de transmission de dossier patient de moins de 5 ans	< ou= 8 jours	< ou= 8 jours	< ou= 8 jours	< ou= 8 jours	< ou= 8 jours	1
Systematiser la remise d'un document de sortie au patient.	Président CME	Taux de document de sortie remis à la sortie	50%	80%	80%	80%	80%	1
respecter les règles de confidentialité	Pilote groupe bientraitance	Taux de satisfaction respect confidentialité questionnaires de satisfaction à la sortie	>80%	>80%	>90%	>90%	>90%	2
Respecter les droits d'information du patient	Directeur Qualité et gestion des risques	Taux de satisfaction information	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président GPDP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GPDP et GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 : Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles.**

Les résultats des indicateurs IPAQSS identifient une Tenue du dossier patient insuffisamment maîtrisée, notamment lors du recueil des données et de l'envoi des données nécessaires à la prise en charge en aval. La nécessité de mettre en place des indicateurs de mesure réguliers afin de renforcer la visibilité des équipes apparaît indispensable. L'établissement s'engage à intégrer des indicateurs de la gestion du dossier patient dans les contrats de pôle.

**Axe stratégique 6 : Assurer une gestion coordonnée et sécurisée du dossier patient et de son accès.** Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Intégrer des indicateurs de la gestion du dossier patient dans les contrats de pôle.	Chargé de mission contractualisation polaire	Taux de contrats de pôles avec Indicateurs gestion dossier patient	100%	100%	100%	100%	100%	1
Réaliser un audit du processus gestion du dossier patient	Président GPDP	Audit processus réalisé oui/non	OUI	NON	NON	OUI	NON	3

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

### **Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace.**

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers (CHAN) s'appuie sur une démarche structurée de longue date en matière de prise en charge de la douleur. Le CHAN s'est doté d'une organisation spécifique, avec la mise en place d'un comité de pilotage (CLUD), la diffusion de recommandations, des actions de communication, une évaluation, le suivi et le réajustement du programme d'amélioration.

Une équipe opérationnelle de lutte contre la douleur titulaire de DU douleur, intervient auprès des équipes dans le cadre de la prise en charge de la douleur post opératoire et de la douleur chronique.

Des référents douleur volontaires sont identifiés dans les secteurs de soins, ce sont des personnels infirmiers spécifiquement formés à la prise en charge de la douleur dans les unités fonctionnelles de soins.

### **Axe opérationnel 1 : Assurer l'évaluation systématique de l'intensité de la douleur du patient tout au long du parcours de soins.**

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est un élément essentiel à sa prise en charge, les outils de l'évaluation de l'intensité de la douleur ont été diffusés et sont utilisés. Néanmoins le recueil des indicateurs évaluation de la douleur en SSPI montre une insuffisance de traçabilité de l'évaluation de l'intensité de la douleur. De plus le recueil des événements indésirables a permis d'identifier une prise en charge insuffisante de la douleur dans certaines situations. L'identification des situations provoquant la douleur et leur anticipation est à renforcer. L'établissement s'engage à identifier les prises en charge particulières nécessitant des outils spécifiques (poly handicap, réanimation....).

### **Axe opérationnel 2 : Permettre une prise en charge de la douleur coordonnée entre les acteurs**

Le parcours de soins est un axe fort de la stratégie institutionnelle. L'informatisation du dossier patient est un outil essentiel de coordination et de continuité de la prise en charge de la douleur, tant lors de la prescription que du suivi des évaluations et effets indésirables. L'interfaçage des logiciels est nécessaire afin d'assurer la continuité des prises en charge avec les secteurs spécifiques (bloc opératoire, dialyse...).

Des IDE spécialistes douleur sont identifiés, l'organisation de leur intervention est à renforcer afin de permettre une disponibilité suffisante.

L'établissement s'engage à mettre en place une organisation permettant d'assurer les missions définies pour les IDE référents douleur. Le rôle et les missions des référents douleur des unités de soins sont à renforcer notamment par une dynamique de groupe constructive (participation à l'élaboration d'outils, à la création de support de sensibilisation...) et par la formation.

L'intervention de l'équipe mobile de soins de support et palliatifs est à poursuivre.

La formation à la prise en charge de la douleur est une priorité institutionnelle, elle s'organise autour d'intervention auprès des nouveaux professionnels, d'intervention au sein des équipes (résultats d'audits...), de formations intégrées au plan de formation. Des actions de communication sont à poursuivre: résultats et analyse d'audits, intranet....

La conciliation médicamenteuse reste à poursuivre notamment concernant les douleurs chroniques et les populations à risque (personnes âgées...).

L'information et les relations des acteurs d'aval sont des axes importants afin de permettre la continuité des prises en charge et d'assurer la cohérence des parcours de soins.

La participation au Comité thématique Prise En Charge de la douleur, permettrait de coordonner les actions au niveau du groupement hospitalier de territoire.

L'établissement ne dispose pas de consultation douleur permettant la prise en charge de la douleur du patient lors du parcours de soins extra hospitalier. Actuellement des avis spécialisé de prise en charge de la douleur sont orientés vers les consultations douleur de proximité.

.

**Axe opérationnel 3 : Développer la sécurisation des traitements médicamenteux de la douleur de la prescription à l'administration**

L'évaluation des risques a priori du processus de prise en charge de la douleur a permis d'identifier des risques liés à la prescription et à l'administration des traitements antalgiques. L'institution s'engage à sécuriser la prescription et l'administration des antalgiques et à poursuivre les actions d'information et de sensibilisation des professionnels.

La déclinaison de la politique de Prise en charge de la douleur dans les secteurs d'activité doit être maintenue.

**Axe opérationnel 4 Assurer le respect des droits des patients par la mise en œuvre d'une information et/ou éducation de la personne malade sur sa prise en charge de la douleur,**

Lors des évaluations de la prise en charge de la douleur en 2015, le manque de traçabilité de l'information du patient sur sa prise en charge de la douleur. Aucun programme éducatif n'est formalisé sur la prise en charge de la douleur.

L'établissement s'engage à former un IDE référent douleur à l'éducation thérapeutique chargée de mettre en place un programme éducatif relatif à la douleur chronique sous la responsabilité d'un médecin titulaire d'un DU douleur.

L'établissement s'engage à sensibiliser les professionnels à la traçabilité de l'information sur le bon usage des antalgiques.

**Axe opérationnel 5 : Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles.**

Le CLUD a mis en place une politique d'évaluation de la prise en charge de la douleur, en fonction des spécificités de prise en charge (enfants-personnes âgées, MCO, chirurgie), cette démarche complète le recueil des indicateurs IPAQSS relatifs à l'évaluation de la douleur.

L'établissement s'engage à poursuivre la démarche d'évaluation engagée et à intégrer des indicateurs de l'évaluation de la douleur dans les contrats de pôle afin d'améliorer la visibilité des équipes sur leurs pratiques.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLUD**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLUD**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Assurer l'évaluation systématique de l'intensité de la douleur du patient tout au long du parcours de soins.**

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est un élément essentiel à sa prise en charge, les outils de l'évaluation de l'intensité de la douleur ont été diffusé et sont utilisés. Néanmoins le recueil des indicateurs évaluation de la douleur en SSPI montre une insuffisance de traçabilité de l'évaluation de l'intensité de la douleur. De plus le recueil des évènements indésirables a permis d'identifier une prise en charge insuffisante de la douleur dans certaines situations. L'identification des situations provoquant la douleur et leur anticipation est à renforcer. L'établissement s'engage à soutenir l'amélioration de l'évaluation de l'intensité de la douleur en SSPI et à identifier les prises en charge particulières nécessitant des outils spécifiques (poly handicap, réanimation....).

**Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace.** Assurer l'évaluation systématique de l'intensité de la douleur du patient tout au long du parcours de soins.

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Identifier les prises en charge particulières nécessitant des outils spécifiques (poly handicap, réanimation....).	Président CLUD	IPAQSS TRD	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1



## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLUD

INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLUD

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Permettre une prise en charge coordonnée entre les acteurs lors de la prise en charge de la douleur** Le parcours de soins est un axe fort de la stratégie institutionnelle. L'informatisation du dossier patient est un outil essentiel de coordination et de continuité de la prise en charge de la douleur, tant lors de la prescription que du suivi des évaluations et effets indésirables. . L'interfaçage des logiciels est nécessaire afin d'assurer la continuité des prises en charge avec les secteurs spécifiques (bloc opératoire, dialyse...). Des IDE spécialistes douleur sont identifiés, l'organisation de leur intervention est à renforcer afin de permettre une disponibilité suffisante. L'établissement s'engage à mettre en place une organisation permettant d'assurer les missions définies pour les IDE référents douleur. Le rôle et les missions des référents douleur des unités de soins sont à renforcer notamment par une dynamique de groupe constructive (participation à l'élaboration d'outils, à la création de support de sensibilisation...) et par la formation. L'intervention de l'équipe mobile de soins de support et palliatifs est à poursuivre. La formation à la prise en charge de la douleur est une priorité institutionnelle, elle s'organise autour d'intervention auprès des nouveaux professionnels, d'intervention au sein des équipes (résultats d'audits...), de formations intégrées au plan de formation. Des actions de communication sont à poursuivre: résultats et analyse d'audits, intranet.... La conciliation médicamenteuse reste à poursuivre notamment concernant les douleurs chroniques et les populations à risque (personnes âgées...). L'information et les relations des acteurs d'aval sont des axes importants afin de permettre la continuité des prises en charge et d'assurer la cohérence des parcours de soins. La mise en place d'un inter-CLUD, permettrait de coordonner les actions au niveau du groupement hospitalier de territoire. L'établissement ne dispose pas de consultation douleur permettant la prise en charge de la douleur du patient lors du parcours de soins extra hospitalier. Actuellement des avis spécialisé de prise en charge de la douleur sont orientés vers les consultations douleur de proximité.

**Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace** Permettre une prise en charge de la douleur coordonnée entre les acteurs

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Assurer la formalisation des prises en charge de la douleur pour les populations spécifiques conformément aux recommandations de bonnes pratiques. PEC spécifiques : enfants-personnes âgées, post opératoire, insuffisant rénal-prostates-glaucomes, insuffisant hépatique, toxicomanes, neuropathie	Président CLUD	nombre de protocole de PEC des populations spécifiques à jour dans la GED	6	7	7	8	8	1
Mettre en place une organisation permettant d'assurer les missions définies pour les IDE référents douleur.	Direction des soins	Nombre de réunions des référents douleur. Taux de participation	2 60%	3 60%	3 70%	4 70%	4 70%	2
Poursuivre les actions de communication	Président CLUD	Nombre d'actions de communication sensibilisation (Jeudis qualité et risques- journée nouveaux arrivants-articles CHAN Info, Lettre de la Cellule Qualité, affiches....)	3	3	4	4	4	1
Mettre en place une coordination GHT de la Pec de la douleur	Président CME	Participer aux comité thématique GHT douleur	0	1	1	1	1	3

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLUD**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLUD**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Développer la sécurisation des traitements médicamenteux de la douleur de la prescription à l'administration**

L'évaluation des risques a priori du processus de prise en charge de la douleur a permis d'identifier des risques liés à la prescription et à l'administration des traitements antalgiques. L'institution s'engage à sécuriser la prescription et l'administration des antalgiques et à poursuivre les actions d'information et de sensibilisation des professionnels.

La déclinaison de la politique de Prise en charge de la douleur dans les secteurs d'activité doit être maintenue.

**Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace.** Développer la sécurisation des traitements médicamenteux de la douleur de la prescription à l'administration

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
décliner la politique de Prise en charge de la douleur dans les secteurs d'activité	Président CLUD	Taux de secteur ayant un référent douleur actif (ayant participé à au moins une action (réunion-audit- action de sensibilisation...))	60%	70%	80%	90%	100%	2
poursuivre les actions d'information et de sensibilisation des professionnels	Président CLUD	Nombre d'action de sensibilisation des professionnels/an	1	1	1	1	1	3
sécuriser la prescription et l'administration des antalgiques	Président CLUD	Nombre de protocole prescription et administration des antalgiques à jour/ nombre de protocole diffusés	80%	90%	90%	100%	100%	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLUD**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLUD**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 Assurer le respect des droits des patients par la mise en œuvre d'une information et/ou éducation de la personne malade sur sa prise en charge de la douleur,**

Lors des évaluations de la prise en charge de la douleur en 2015, le manque de traçabilité de l'information du patient sur sa prise en charge de la douleur. Aucun programme éducatif n'est formalisé sur la prise en charge de la douleur.

L'établissement s'engage à former un IDE référent douleur à l'éducation thérapeutique chargée de mettre en place un programme éducatif relatif à la douleur chronique sous la responsabilité d'un médecin titulaire d'un DU douleur.

L'établissement s'engage à sensibiliser les professionnels à la traçabilité de l'information sur le bon usage des antalgiques.

**Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace.** Assurer le respect des droits des patients par la mise en œuvre d'une information et/ou éducation de la personne malade sur sa prise en charge de la douleur,

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
déployer auprès des référents douleur les outils d'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur chronique	IDE spécialiste douleur chronique	Taux de référents douleur formés à l'utilisation des outils éducatifs	-	-	20%	40%	60%	3
sensibiliser les professionnels à la traçabilité de l'information sur le bon usage des antalgiques.	Président CLUD	Taux de patients traités par antalgiques pour lesquels une information sur le BU est tracée	-	20%	40%	60%	80%	3

Déployer des outils d'information du patient à la prise en charge de la douleur (programme de chaine télévision interne, livret accueil avec volet spécifique prise en charge de la douleur	Direction communication	Nombre de supports d'information du patient déployés	1	2	2	3	3	2
---	-------------------------	--	---	---	---	---	---	---

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLUD**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLUD et GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 : Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles.**  
 Le CLUD a mis en place une politique d'évaluation de la prise en charge de la douleur, en fonction des spécificités de prise en charge (enfants- personnes âgées, MCO, chirurgie), cette démarche complète le recueil des indicateurs IPAQSS relatifs à l'évaluation de la douleur. L'établissement s'engage à poursuivre la démarche d'évaluation engagée et à intégrer des indicateurs de l'évaluation de la douleur dans les contrats de pôle afin d'améliorer la visibilité des équipes sur leurs pratiques.

**Axe stratégique 7 : Développer une prise en charge de la douleur adaptée et efficace.** Renforcer le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles.

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
poursuivre la démarche d'évaluation des Pec de la douleur	Président CLUD	Nombre d'audit réalisé/an	1	1	1	1	1	2
mettre en place des évaluations des pratiques professionnelles de la pertinence des traitements antalgiques prescrits	Président CLUD	Nombre d'EPP Pertinence réalisée/an	1	1	1	1	1	1
intégrer des indicateurs de l'évaluation de la douleur dans les contrats de pôle	Chargé de mission de la contractualisation polaire	Taux de pôle ayant un indicateur relatif à la PEC de la douleur dans son contrat	100%	100%	100%	100%	100%	2

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## POLITIQUE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### Axe stratégique 8: Lutter contre le risque infectieux/Prévenir les infections associées aux soins

**Axe opérationnel 1 : Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins** par l'identification des risques prioritaires, la mise en œuvre d'actions visant à atteindre la classe A pour tous les indicateurs « IQSS IAS », par l'évaluation des pratiques et la formation / sensibilisation des professionnels à la lutte contre les infections associées aux soins.

**Axe opérationnel 2 : Assurer une surveillance de l'environnement** via la réalisation de prélèvements de surfaces, d'eau, d'air.

**Axe opérationnel 3 : Assurer une surveillance de la qualité de l'hygiène des locaux** via l'évaluation des pratiques et le recueil de la satisfaction des patients.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLIN**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLIN**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins** par l'identification des risques prioritaires, la mise en œuvre d'actions visant à atteindre la classe A pour tous les indicateurs « IQSS IAS », par l'évaluation des pratiques et la formation / sensibilisation des professionnels à la lutte contre les infections associées aux soins.

**Axe stratégique 8: Lutter contre le risque infectieux/Prévenir les infections associées aux soins** Renforcer la lutte contre les infections associées aux soins

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires du processus "Gestion du risque infectieux"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Atteindre la classe A pour l'ensemble des indicateurs IQSS IAS	EOH	Taux d'indicateur IQSS IAS en classe A	100%	100%	100%	100%	100%	1
Evaluer les pratiques	EOH	Nombre d'actions d'évaluation des pratiques	>2	>2	>2	>2	>2	2
Former / sensibiliser les professionnels à la lutte contre les infections associées aux soins	EOH	Nombre de réunions de formation des nouveaux arrivants	2	2	2	2	2	3
		Nombre d'actions de formation / sensibilisation réalisé	>1	>1	>1	>1	>1	



**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION :**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Assurer une surveillance de l'environnement** via la réalisation de prélèvements de surfaces, d'eau, d'air.

**Axe stratégique 8: Lutter contre le risque infectieux/Prévenir les infections associées aux soins** Assurer une surveillance de l'environnement

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Assurer une surveillance de l'environnement	EOH	Surveillance de l'environnement réalisée Oui / Non	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION :**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Assurer une surveillance de la qualité de l'hygiène des locaux** via l'évaluation des pratiques et le recueil de la satisfaction des patients.

**Axe stratégique 8: Lutter contre le risque infectieux/Prévenir les infections associées aux soins** Assurer une surveillance de la qualité de l'hygiène des locaux

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Evaluer la qualité du bionettoyage dans les secteurs à risques	EOH	Evaluation de la qualité du bionettoyage dans les secteurs à risques réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Evaluer la satisfaction des patients concernant la propreté de la chambre et des sanitaires	Directeur QGDR	Evaluation de la satisfaction des patients réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## POLITIQUE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### Axe stratégique 8 bis : Lutter contre le risque infectieux/Prévenir l'apparition des bactéries multi-résistantes

**Axe opérationnel 1 : Renforcer l'organisation de l'avis spécialisé en antibiothérapie.** L'avis spécialisé en antibiothérapie est organisé depuis de nombreuses années par le service SMI. Un référent « antibiothérapie » est nommé et dispose d'un temps dédié. Afin d'améliorer l'organisation de ce temps dédié, le recrutement d'un médecin est nécessaire. Ce recrutement permettra de planifier des plages dédiées aux consultations d'avis spécialisé.

**Axe opérationnel 2 : Assurer l'information des professionnels en antibiothérapie** par la sensibilisation des prescripteurs, l'organisation de FMC, la formation des internes et nouveaux prescripteurs, la mise à disposition des professionnels des recommandations de bonnes pratiques actualisées.

**Axe opérationnel 3 : Evaluer les bonnes pratiques d'antibiothérapie et mettre en œuvre les actions d'amélioration** avec la réalisation d'évaluation des pratiques professionnelles de la pertinence des traitements antibiotiques, de la réévaluation de l'antibiothérapie, de la conformité du traitement antibiotique prescrit. Le suivi d'indicateur de l'antibiothérapie est à généraliser. La mise à disposition des données de consommations d'antibiotiques est à confronter aux écologies bactériennes par secteur d'activité.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président COMAI**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COMAI**

**DESCRIPTION DU PROJET : .Axe opérationnel 1 : Renforcer l'organisation de l'avis spécialisé en antibiothérapie.** L'avis spécialisé en antibiothérapie est organisé depuis de nombreuses années par le service SMI. Un référent « antibiothérapie » est nommé et dispose d'un temps dédié. Afin d'améliorer l'organisation de ce temps dédié, le recrutement d'un médecin est nécessaire. Ce recrutement permettra de planifier des plages dédiées aux consultations d'avis spécialisé.

**Axe stratégique 8 bis : Lutter contre le risque infectieux/Prévenir l'apparition des bactéries multi-résistantes** Renforcer l'organisation de l'avis spécialisé en antibiothérapie

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Recruter un temps référent antibiothérapie.	Direction des Affaires médicales	Recrutement oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1
Planifier/ organiser les interventions du référent antibiothérapie.	Référent antibiothérapie	planification définie oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président COMAI**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COMAI**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Assurer l'information des professionnels en antibiothérapie** par la sensibilisation des prescripteurs, l'organisation de FMC, la formation des internes et nouveaux prescripteurs, la mise à disposition des professionnels des recommandations de bonnes pratiques actualisées.

**Axe stratégique 8 bis : Lutter contre le risque infectieux/Prévenir l'apparition des bactéries multi-résistantes** Assurer l'information des professionnels en antibiothérapie

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Sensibiliser les professionnels	Président COMAI	Au moins une Intervention en CME oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2
Assurer des FMC antibiothérapie	Président COMAI	FMC antibiothérapie oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2
Former les internes et nouveaux prescripteurs	Président COMAI	taux de sessions de formation conforme au mode opératoire (2).	100%	100%	100%	100%	100%	1
Mettre à disposition des professionnels les recommandations de bonnes pratiques actualisées	Président COMAI	Taux de protocoles actualisés dans la GED	100%	100%	100%	100%	100%	1
Présenter les résultats de la surveillance des BMR en COMAI	PH en hygiène	Réalisé oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président COMAI**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COMAI**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Evaluer les bonnes pratiques d'antibiothérapie et mettre en œuvre les actions d'amélioration** avec la réalisation d'évaluation des pratiques professionnelles de la pertinence des traitements antibiotiques, de la réévaluation de l'antibiothérapie, de la conformité du traitement antibiotique prescrit. Le suivi d'indicateur de l'antibiothérapie est à généraliser. La mise à disposition des données de consommations d'antibiotiques est à confronter aux écologies bactériennes par secteur d'activité.

**Axe stratégique 8 bis : Lutter contre le risque infectieux/Prévenir l'apparition des bactéries multi-résistantes** Evaluer les bonnes pratiques d'antibiothérapie et mettre en œuvre les actions d'amélioration.

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Réalisation EPP pertinence antibiothérapie	Président COMAI	Nombre EPP Pertinence antibiothérapie de l'étape 2 à 5	1	1	2	2	2	1
Réalisation conformité prescription antibiotique	Président COMAI	Nombre EPP conformité antibiothérapie de l'étape 2 à 5	2	2	2	2	2	2
Suivi indicateur réévaluation antibiothérapie entre la 24 <sup>ème</sup> et 72 <sup>ème</sup> heure	Pharmacien référent COMAI	Suivi semestriel indicateur antibiothérapie réévaluée entre la 24 <sup>ème</sup> et 72 <sup>ème</sup> heure : réalisé oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé

**Axe opérationnel 1 : Poursuivre le déploiement de la prescription- administration informatisée**, assurer la formation des acteurs à l'utilisation du logiciel, assurer la mise à disposition des outils de prescriptions (protocoles médicamenteux...)

**Axe opérationnel 2 : Définir les risques prioritaires de la prise en charge médicamenteuse et mettre en œuvre des actions pluridisciplinaires visant à leur maîtrise.** Assurer une évaluation régulière (tous les deux ans) de l'efficacité des actions mises en œuvre en équipe pluridisciplinaire.

**Axe opérationnel 3 : Poursuivre le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles**, en poursuivant les démarches d'évaluation et en assurant le suivi des indicateurs définis dans le Manuel Qualité.

**Axe opérationnel 4 : Développer la coordination de la prise en charge médicamenteuse avec les acteurs du parcours patient.** Assurer l'activité du groupe Qualité de la Prise en Charge médicamenteuse et les actions de coordination. Assurer la tenue de CREX lors des événements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse.

**Axe opérationnel 5 : Formation, information, sensibilisation sur le bon usage du médicament et les risques d'erreurs médicamenteuses.** Développer la formation et la sensibilisation des professionnels aux erreurs médicamenteuses (Jeudis de la Qualité et des risques...).

**Axe opérationnel 6 : Définir un projet de développement de la dispensation nominative** afin de garantir la sécurité des traitements dispensés et d'en assurer l'efficience.

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction du SIH**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL SIH**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Poursuivre le déploiement de la prescription- administration informatisée, assurer la formation des acteurs à l'utilisation du logiciel, assurer la mise à disposition des outils de prescriptions (protocoles médicamenteux...)**

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Poursuivre le déploiement de la prescription- administration informatisée,

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Informatiser l'ensemble des prescriptions-administrations au CHAN	Directeur SIH	Taux de lits installés avec prescription informatisée en MCO	90%	100%	100%	100%	100%	1



**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : GEVIR et COMEDIMS**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Définir les risques prioritaires de la prise en charge médicamenteuse et mettre en œuvre des actions pluridisciplinaires visant à leur maîtrise.** Assurer une évaluation régulière (tous les deux ans) de l'efficacité des actions mises en œuvre en équipe pluridisciplinaire.

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Définir les risques prioritaires de la prise en charge médicamenteuse et mettre en œuvre les actions pluridisciplinaires visant à leur maîtrise

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Mettre à jour tous les 2 ans la cartographie des risques	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non		OUI	OUI	OUI	OUI	2
Assurer le suivi des actions définies comme prioritaires	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : QPECM et GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Poursuivre le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles, en poursuivant les démarches d'évaluation et en assurant le suivi des indicateurs définis dans le Manuel Qualité.**

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Poursuivre le développement des approches de mesure et d'évaluation des pratiques professionnelles

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Evaluation du circuit du médicament : au moins 3 évaluations/ an	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Nombre EPP réalisées	3	3	3	3	3	1
Suivre les indicateurs du Manuel Qualité	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Indicateurs présentés en COMEDIMS oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : QPECM et COMEDIMS**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Développer la coordination de la prise en charge médicamenteuse avec les acteurs du parcours patient.** Assurer l'activité du groupe Qualité de la Prise en Charge médicamenteuse et les actions de coordination. Assurer la tenue de CREX lors des évènements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse.

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Suivre les indicateurs du Manuel Qualité

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Indicateurs présentés en COMEDIMS oui/ non	Président COMEDIMS	Mettre à jour le TB des indicateurs du Manuel Qualité oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2
Mettre en place des CREX lors des évènements indésirables graves en lien avec la PEC médicamenteuse	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	nombre de CREX dans l'année	4	4	4	4	4	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : QPECM**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 : Formation, information, sensibilisation sur le bon usage du médicament et les risques d'erreurs médicamenteuses.** Développer la formation et la sensibilisation des professionnels aux erreurs médicamenteuses (Jeudis de la Qualité et des risques....).

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Formation, information, sensibilisation sur le bon usage du médicament et les risques d'erreurs médicamenteuses

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Sensibiliser les professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Nombre d'actions de sensibilisation/an	1	1	1	1	1	3
Formation, information, sensibilisation sur le bon usage du médicament et les risques d'erreurs médicamenteuses	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Sensibiliser les professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses	1	1	1	1	1	1

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du service Pharmacie**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CME**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 6 : Définir un projet de développement de la dispensation nominative** afin de garantir la sécurité des traitements dispensés et d'en assurer l'efficacité.

**Axe stratégique 9 : Maîtriser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse et l'usage des produits de santé** Définir un projet de développement de la dispensation nominative

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Définir le projet et compléter la fiche projet conformément à la procédure institutionnelle.	Responsable du service Pharmacie	Fiche projet réalisée oui/ non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	3

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## **Axe stratégique 9 bis : Assurer la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.**

**Axe opérationnel 1 : Réduire la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé par la juste prescription** en développant les avis spécialisés en gériatrie et de la mise à disposition de documents de référence actualisés (équipe mobile gériatrique, consultations gériatriques, hôpital de jour gériatrique, protocoles médicamenteux, alerte psychotropes). Assurer la sensibilisation des professionnels à la juste prescription chez le sujet âgé.

**Axe opérationnel 2 : Développer les évaluations des pratiques professionnelles de la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé et d'indicateurs de pratique clinique d'alerte et de maîtrise des prescriptions chez le sujet âgé.**

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : QPECM et COMEDIMS**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Réduire la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé** par la juste prescription en développant les avis spécialisés en gériatrie et de la mise à disposition de documents de référence actualisés (équipe mobile gériatrique, consultations gériatriques, hôpital de jour gériatrique, protocoles médicamenteux, alerte psychotropes). Assurer la sensibilisation des professionnels à la juste prescription chez le sujet âgé.

**Axe stratégique 9 bis : Assurer la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.** Réduire la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Sensibiliser les professionnels	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Au moins une action de sensibilisation des professionnels réalisée oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2
Organiser les avis spécialisé	Chef de pôle gériatrie	Intervention EMG opérationnelle oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	1
Mettre à disposition les protocoles médicamenteux adaptés	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Protocoles diffusés oui/non	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	2
Intégrer les psychotropes dans les alertes du logiciel de prescription	Responsable du logiciel prescription							

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : QPECM et GPEPP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Développer les évaluations des pratiques professionnelles de la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé et d'indicateurs de pratique clinique d'alerte et de maîtrise des prescriptions chez le sujet âgé.**

**Axe stratégique 9 bis : Assurer la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.** Développer les évaluations des pratiques professionnelles de la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé.

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Réaliser au moins une EPP annuellement sur la pertinence des prescriptions chez la personne âgée	Responsable du Management de la Qualité de la PEC médicamenteuse	Nombre EPP de pertinence des prescriptions chez le sujet âgé en étape 2 à 5	1	1	2	2	3	1



## Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

### Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle.

#### Axe opérationnel 1 : Améliorer l'identification des troubles nutritionnels

Les évaluations IPAQSS montrent que la mesure du poids à l'admission est réalisée dans plus de 80% des situations, néanmoins le calcul de l'IMC n'est pas systématique et la traçabilité de la variation du poids avant hospitalisation est insuffisante. Une fiche de dépistage de la dénutrition a été mise en place et reste insuffisamment complétée. L'identification des troubles nutritionnels (dénutrition, obésité, autres troubles), doit être améliorée en mettant et en œuvre des outils d'évaluation adaptés.

**Axe opérationnel 2 : Organiser la prise en charge adaptée des troubles nutritionnels** L'identification des troubles nutritionnels doit s'accompagner d'une prise en charge adaptée. Une équipe de diététiciens assure la prise en charge des situations particulière, le logiciel de restauration permet l'identification de régimes types (enrichi...) et de textures adaptées. 'organisation de la prise en charge des troubles spécifiques doit se poursuivre (formalisation des prises en charge, manger-mains, amélioration des outils informatiques, sensibilisation des professionnels, information et éducation des patients)

#### Axe opérationnel 3 : Poursuivre les évaluations des pratiques professionnelles et les actions d'amélioration.

Les évaluations de la prise en charge des troubles nutritionnels sont réalisées dans le cadre du recueil des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins, des indicateurs de la Direction des Soins et des EPP comme la prise en charge diététique et de la prévalence de la dénutrition.... Ces évaluations sont à maintenir et à développer.

**Axe opérationnel 4 : Favoriser les échanges entre les établissements** (inter CLAN, participation à des congrès, réunions thématiques....) Les travaux réalisés par le CLAN ou les services pour améliorer la prise en charge des troubles de la dénutrition, sont partagés avec les autres professionnels lors de réunions thématiques. Les représentants de l'établissement participant à un projet, mettent en place des visites dans d'autres établissement (logiciel de restauration, manger mains), des membres du CLAN participent à des Colloques, congrès ... (manger-mains Journée de gériatrie,... Ces actions sont à maintenir et renforcer notamment en intégrant la dimension de la GHT et en organisant des échanges interCLAN afin de partager les expériences et de déployer des actions d'amélioration.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLAN**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLAN**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Améliorer l'identification des troubles nutritionnels** Les évaluations IPAQSS montrent que la mesure du poids à l'admission est réalisée dans plus de 80% des situations, néanmoins le calcul de l'IMC n'est pas systématique et la traçabilité de la variation du poids avant hospitalisation est insuffisante. Une fiche de dépistage de la dénutrition a été mise en place et reste insuffisamment complétée. L'identification des troubles nutritionnels (dénutrition, obésité, autres troubles), doit être améliorée en mettant et en œuvre des outils d'évaluation adaptés.

**Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle.** Améliorer l'identification des troubles nutritionnels

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mettre en œuvre les outils d'évaluation adaptés	Président CLAN	Taux de dénutrition dépistée (PMSI)	25%	>30%	>30%	>30%	>30%	1
Assurer l'identification de la variation du poids avant hospitalisation	Président CME	Taux de variation du poids avant hospitalisation retrouvée	30%	50%	70%	80%	80%	1

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLAN**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Organiser la prise en charge adaptée des troubles nutritionnels** L'identification des troubles nutritionnels doit s'accompagner d'une prise en charge adaptée. Une équipe de diététiciens assure la prise en charge des situations particulière, le logiciel de restauration permet l'identification de régimes types (enrichi...) et de textures adaptées. 'organisation de la prise en charge des troubles spécifiques doit se poursuivre (formalisation des prises en charge, manger-mains, amélioration des outils informatiques, sensibilisation des professionnels, information et éducation des patients)

**Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle** Organiser la prise en charge adaptée des troubles nutritionnels

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Formaliser les prises en charge	Président CLAN	Taux de protocoles troubles nutritionnels à jour dans la gestion documentaire	80%	80%	100%	100%	100%	1
Améliorer les outils informatiques	Responsable SINFONièvre	Taux de repas HP commandés	30%	30%	30%	30%	30%	2
Sensibiliser les professionnels	Président CLAN	Nombre d'action de sensibilisation réalisée	5	5	5	5	5	
Réaliser l'information et l'éducation des patients	Direction des Soins	Taux de traçabilité de l'information par une diététicienne pour PEC nutritionnelle spécifique « dénutrition »	NA	50%	60%	70%	>80%	

<b>PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLAN</b>								
<b>INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLAN et GPEPP</b>								
<b>DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Poursuivre les évaluations des pratiques professionnelles et les actions d'amélioration.</b> Les évaluations de la prise en charge des troubles nutritionnels sont réalisées dans le cadre du recueil des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins, des indicateurs de la Direction des Soins et des EPP comme la prise en charge diététique et de la prévalence de la dénutrition.... Ces évaluations sont à maintenir et à développer.								
<b>Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle</b> Poursuivre les évaluations des pratiques professionnelles et les actions d'amélioration								
<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Réaliser au moins une EPP par an	Président CLAN	Nombre EPP réalisée	1	1	1	1	1	2
Evaluer la satisfaction des patients	Cellule Qualité	Taux de satisfaction Evaluer la satisfaction questionnaire sortie	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CLAN**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CLAN**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Favoriser les échanges entre les établissements** (inter CLAN, participation à des congrès, réunions thématiques....) Les travaux réalisés par le CLAN ou les services pour améliorer la prise en charge des troubles de la dénutrition, sont partagés avec les autres professionnels lors de réunions thématiques. Les représentants de l'établissement participant à un projet, mettent en place des visites dans d'autres établissements (logiciel de restauration, manger mains), des membres du CLAN participent à des Colloques, congrès ... (manger-mains Journée de gériatrie,... Ces actions sont à maintenir et renforcer notamment en intégrant la dimension de la GHT et en participant aux échanges interCLAN afin de partager les expériences et de déployer des actions d'amélioration.

**Axe stratégique 10 : Améliorer la prise en charge nutritionnelle** Favoriser les échanges entre les établissements

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Participer aux réunions du CLAN du GHT CLAN	Président CME GHT	Nombre de réunion CLAN GHT avec participation du CHAN	1	1	1	2	2	3

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient

**Axe opérationnel 1 : Pérenniser la structuration du parcours du patient dans une approche processus,** L'approche processus a été initié mais cette nouvelle approche nécessite une appropriation afin d'être consolidée. L'organisation de la maîtrise du processus parcours du patient, notamment grâce à des réunions de coordination et de structuration du processus doit permettre d'assurer la pérennité de la démarche.

**Axe opérationnel 2 : Consolider les étapes du parcours du patient, dans leur mise en œuvre et leur traçabilité:** Les résultats des évaluations dans le cadre du recueil des IPAQSS, des audits internes, des patients traceurs ont identifiés une traçabilité incomplète. Il convient d'assurer une traçabilité conforme à la réglementation et aux recommandations de bonne pratique des différentes étapes de la prise en charge.

### **Axe opérationnel 3: Renforcer l'adaptation des parcours du patient depuis l'accueil jusqu'à la sortie, aux type de prise en charge et aux populations spécifiques:**

La prise en charge des populations spécifiques et des prises en charge particulières est identifiée et adaptée aux différentes étapes de la prise en charge.

L'évolution constante des besoins et de l'offre de soin, impliquent la nécessité de renforcer cette adaptation.

### **Axe opérationnel 4 Intégrer le parcours du patient dans une dimension de territoire**

La mise en place d'un groupement hospitalier de territoire, et de parcours organisés sur le territoire amène à réviser les parcours du patient dans un dimensionnement territorial.

### **Axe opérationnel 5 Poursuivre l'évaluation des pratiques et le suivi du processus**

De nombreuses évaluations sont conduites sur les différentes étapes du parcours du patient et doivent être maintenues et s'attacher à une exhaustivité des thématiques évaluées.

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président « Parcours de soins »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission « Parcours de soins »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Pérenniser la structuration du parcours du patient dans une approche processus,** L'approche processus a été initié mais cette nouvelle approche nécessite une appropriation afin d'être consolidée. L'organisation de la maîtrise du processus parcours du patient, notamment grâce à des réunions de coordination et de structuration du processus doit permettre d'assurer la pérennité de la démarche.

**Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient.** Pérenniser la structuration du parcours du patient dans une approche processus

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Organiser la maîtrise du processus	Président commission « Parcours de soins »	Réunions du GPPP conforme au RI : 3 réunions/an	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président commission « Parcours de soins »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission « Parcours de soins »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Consolider les étapes du parcours du patient, dans leur mise en œuvre et leur traçabilité:** Les résultats des évaluations dans le cadre du recueil des IPAQSS, des audits internes, des patients traceurs ont identifiés une traçabilité incomplète. Il convient d'assurer une traçabilité conforme à la réglementation et aux recommandations de bonne pratique des différentes étapes de la prise en charge.

**Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient.** Consolider les étapes du parcours du patient, dans leur mise en œuvre et leur traçabilité:

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Assurer une traçabilité des étapes de la prise en charge	Président commission « Parcours de soins »	Observations cliniques initiales conformes	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
		Indicateurs IPAQSS de spécialités		>80%		>80%	>80%	
		Projet thérapeutique partagé en SSR	>80%		>80%		>80%	
		Taux de calcul de l'IMC retrouvé	>80%		>80%		>80%	



## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président commission « Parcours de soins »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission « Parcours de soins »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3: Renforcer l'adaptation des parcours du patient depuis l'accueil jusqu'à la sortie, aux type de prise en charge et aux populations spécifiques:** La prise en charge des populations spécifiques et des prises en charge particulières est identifiée et adaptée aux différentes étapes de la prise en charge. L'évolution constante des besoins et de l'offre de soin, impliquent la nécessité de renforcer cette adaptation.

**Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient.** Renforcer l'adaptation des parcours du patient depuis l'accueil jusqu'à la sortie, aux type de prise en charge et aux populations spécifiques:

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Décliner les objectifs des parcours patient à toutes les étapes de la PEC	Président commission « Parcours de soins »	Taux de contrat de pôle dans lesquels les indicateurs qualité des parcours patient sont déclinés	100%	100%	100%	100%	100%	1
		Taux de courrier de fin d'hospitalisation conforme transmis dans un délai de 8 jours maximum	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	
		Taux de fiche de sortie conforme remise au patient le jour de sa sortie	>50%	>80%	>80%	>80%	>80%	

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président commission « Parcours de soins »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission « Parcours de soins »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 Intégrer le parcours du patient dans une dimension de territoire.** La mise en place d'un groupement hospitalier de territoire, et de parcours organisés sur le territoire amène à réviser les parcours du patient dans un dimensionnement territorial.

**Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient** Intégrer le parcours du patient dans une dimension de territoire:

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Renforcer la pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert  Intégrer les parcours du patient dans les parcours identifiés au niveau de la GHT.	Président commission « Parcours de soins »	taux de contrat de pôle dans lesquels les indicateurs qualité des parcours patient sont déclinés	100%	100%	100%	100%	100%	2
Assurer l'information des professionnels d'aval dans les délais permettant la continuité des soins.	Président commission « Parcours de soins »	Taux de courrier de fin d'hospitalisation conforme transmis dans un délai de 8 jours maximum	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
	Président commission « Parcours de soins »	Taux de fiche de sortie conforme remise au patient le jour de sa sortie	>50%	>80%	>80%	>80%	>80%	

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président commission « Parcours de soins »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission « Parcours de soins »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 Poursuivre l'évaluation des pratiques et le suivi du processus.** De nombreuses évaluations sont conduites sur les différentes étapes du parcours du patient et doivent être maintenues et s'attacher à une exhaustivité des thématiques évaluées.

**Axe stratégique 11 : Améliorer la pertinence et la qualité du parcours du patient** Poursuivre l'évaluation des pratiques et le suivi du processus

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Réaliser au moins une évaluation sur les points stratégiques de chaque parcours patient	Président GPEPP	Au moins 2 EPP/ an réalisé oui/non	oui	oui	oui	oui	oui	2

## Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

### POLITIQUE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

#### **Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant.**

##### **Axe 1 : Identifier les patients nécessitant une prise en charge dans le cadre d'un programme éducatif :**

L'identification du besoin d'intégrer un patient dans un programme éducatif n'est pas systématisée. La mise en place d'un item sur la fiche d'admission en service de soins ne semble pas permettre d'identifier tous les besoins (notamment pour les programmes obésité et insuffisance cardio vasculaire). La sensibilisation des professionnels médicaux et soignants, l'information des patients sur les possibilités offertes... sont à développer pour améliorer l'identification pour lesquels un programme éducatif pourrait être proposé.

##### **Axe 2 : Favoriser le développement de programmes éducatifs ou actions éducatives proposés, dans les différents secteurs d'activité :**

Les professionnels d'éducation thérapeutique disposent d'un temps dédié, mais il n'existe pas une équipe détachée d'éducation thérapeutique. Le développement des activités d'éducation thérapeutique nécessite la mise en place d'une équipe détachée pour l'ETP. Lors de la mise en place de l'Unité transversale d'éducation thérapeutique, les besoins de développement de plusieurs programmes éducatifs ont été précisés. Certains projets restent à construire (éducation VIH, douleur chronique...), d'autres sont en attente d'un effectif suffisant (stomie). Des actions éducatives sont mises en œuvre mais insuffisamment formalisées. La mise en place de programmes éducatifs répondant aux besoins des populations accueillies dans les différents secteurs d'hospitalisation est à poursuivre.

##### **Axe 3 : Poursuivre la mise en œuvre de la coordination des programmes éducatifs avec les autres professionnels, structures, réseaux.**

Des actions sont organisées en collaboration avec le réseau RESEDIA. La coordination entre les programmes éducatifs du territoire (réseaux, associations, établissements de santé) est à poursuivre. L'information des professionnels des autres structures sur les programmes existants est à organiser. La collaboration avec les établissements de santé de la GHT en matière d'éducation thérapeutique est à initier.

##### **Axe 4 : Développer les évaluations des pratiques professionnelles des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes ETP :**

L'évaluation des pratiques professionnelles doit être poursuivie. La mise en place d'indicateurs de suivi est à maintenir.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président UTEP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : UTEP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe 1 : Identifier les patients nécessitant une prise en charge dans le cadre d'un programme éducatif :** L'identification du besoin d'intégrer un patient dans un programme éducatif n'est pas systématisée. La mise en place d'un item sur la fiche d'admission en service de soins ne semble pas permettre d'identifier tous les besoins (notamment pour les programmes obésité et insuffisance cardio vasculaire). La sensibilisation des professionnels médicaux et soignants, l'information des patients sur les possibilités offertes... sont à développer pour améliorer l'identification pour lesquels un programme éducatif pourrait être proposé.

**Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant.** Identifier les patients nécessitant une prise en charge dans le cadre d'un programme éducatif

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Sensibiliser les professionnels	Président UTEP	Taux de patients supplémentaires intégrés dans les programmes	=	+5%	+10%	+15%	+20%	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président UTEP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : UTEP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe 2 : Favoriser le développement de programmes éducatifs ou actions éducatives proposés, dans les différents secteurs d'activité :**

Les professionnels d'éducation thérapeutique disposent d'un temps dédié, mais il n'existe pas une équipe détachée d'éducation thérapeutique. Le développement des activités d'éducation thérapeutique nécessite la mise en place d'une équipe détachée pour l'ETP. Lors de la mise en place de l'Unité transversale d'éducation thérapeutique, les besoins de développement de plusieurs programmes éducatifs ont été précisés. Certains projets restent à construire (éducation VIH, douleur chronique...), d'autres sont en attente d'un effectif suffisant (stomie). Des actions éducatives sont mises en œuvre mais insuffisamment formalisées. La mise en place de programmes éducatifs répondant aux besoins des populations accueillies dans les différents secteurs d'hospitalisation est à poursuivre.

**Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant.** Favoriser le développement de programmes éducatifs ou actions éducatives proposés, dans les différents secteurs d'activité.

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Développer les programmes éducatifs et actions éducatives	Président UTEP	Nombre de réunions de la cellule UTEP	3	3	3	3	3	1

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président UTEP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : UTEP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe 3 : Poursuivre la mise en œuvre de la coordination des programmes éducatifs avec les autres professionnels, structures, réseaux.** Des actions sont organisées en collaboration avec le réseau RESEDIA. La coordination entre les programmes éducatifs du territoire (réseaux, associations, établissements de santé) est à poursuivre .L'information des professionnels des autres structures sur les programmes existants est à organiser. La collaboration avec les établissements de santé de la GHT en matière d'éducation thérapeutique est à initier.

**Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant.** Poursuivre la mise en œuvre de la coordination des programmes éducatifs avec les autres professionnels, structures, réseaux

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Organiser des actions-réunions de coordination	Président UTEP	Nombre de conventions ou de collaborations organisées	1	1	1	1	1	1
Informier des programmes existants	Direction Communication							
Organiser la collaboration des programmes ETP dans la GHT	Président CME GHT							

**NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président UTEP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : UTEP**

**Axe 4 : Développer les évaluations des pratiques professionnelles des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes ETP : L'évaluation des pratiques professionnelles doit être poursuivie. La mise en place d'indicateurs de suivi est à maintenir.**

**Axe stratégique 12 : Favoriser et faciliter l'intégration des patients dans les programmes éducatifs le nécessitant. Développer les évaluations des pratiques professionnelles des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes ETP**

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Evaluer les pratiques éducatives (dossier, ...)	Président UTEP	Nombre EPP		1		1	1	1
Suivre les indicateurs ARS	Président UTEP							



# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## **Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)**

**Axe opérationnel 1 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des urgences et des soins non programmés** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en mettant en œuvre des actions visant à améliorer la prise en charge et diminuer le temps de passage, en évaluant la satisfaction des patients.

**Axe opérationnel 2 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients au bloc opératoire, en SSPI et chirurgie ambulatoire** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en réalisant une surveillance de l'environnement et en évaluant la satisfaction des patients. Des actions visant à assurer la sécurité et la continuité de la prise en charge, à améliorer la programmation opératoire et à assurer la conformité du dossier d'anesthésie doivent également être mise en œuvre au vu des résultats de nos indicateurs « Check-list », « tenue du dossier d'anesthésie » et suivi des fiches de signalement d'évènement indésirable.

**Axe opérationnel 3 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue en médecine nucléaire** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en éliminant les déchets radioactifs conformément à la réglementation, en assurant une surveillance de la stérilité des produits radiopharmaceutiques, en évaluant la prise en charge et la satisfaction des patients.

**Axe opérationnel 4 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle** en coordonnant les activités d'imagerie interventionnelle, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe opérationnel 5 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en endoscopie** en coordonnant les activités d'endoscopie, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement et de la désinfection des endoscopes, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe opérationnel 6 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en salle de naissance** en s'assurant de la conformité du dossier patient, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe opérationnel 7 : Pérenniser la démarche d'amélioration continue en imagerie** en identifiant les risques prioritaires, en définissant un plan de réduction des risques et en assurant le suivi, en évaluant régulièrement la prise charge afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

**Axe opérationnel 8 : Sécuriser l'utilisation des rayonnements ionisants dans les secteurs à risques** en s'assurant que les professionnels disposent d'attestation « radioprotection travailleur » et « radioprotection patient » valides, et en proposant des formations dans le cas contraire.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CANP**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CANP**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des urgences et des soins non programmés** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en mettant en œuvre des actions visant à améliorer la prise en charge et diminuer le temps de passage, en évaluant la satisfaction des patients.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des urgences et des soins non programmés

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif2018	Objectif2019	Objectif2020	Objectif2021	Objectif2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des urgences et des soins non programmés"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Développer les retours d'expérience	Président CANP	Nombre de réunion de retour d'expérience (RMM, COREX, analyse des causes)	4	4	4	4	4	1
Améliorer la prise en charge des patients aux urgences	Président CANP	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Diminuer le temps de passage aux urgences	Président CANP	Action réalisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Evaluer la satisfaction des patients	Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction des patients réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président Conseil de Bloc**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Conseil de bloc**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients au bloc opératoire, en SSPI et chirurgie ambulatoire** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en réalisant une surveillance de l'environnement et en évaluant la satisfaction des patients. Des actions visant à assurer la sécurité et la continuité de la prise en charge, à améliorer la programmation opératoire et à assurer la conformité du dossier d'anesthésie doivent également être mise en œuvre au vu des résultats de nos indicateurs « Check-list », « tenue du dossier d'anesthésie » et suivi des fiches de signalement d'évènement indésirable.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients au bloc opératoire, en SSPI et chirurgie ambulatoire

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des patients au bloc opératoire"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Assurer la conformité du dossier d'anesthésie	Chef de service Anesthésie	Taux de conformité du dossier d'anesthésie	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
Développer le retour d'expérience	Président Conseil de Bloc	Nombre de réunion de retour d'expérience (RMM, COREX, analyse des causes)	4	4	4	4	4	1
Assurer la sécurité et la continuité des soins	Président Conseil de Bloc	Taux de conformité du remplissage de la check-list	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
		Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

Assurer une surveillance de l'environnement au niveau du bloc opératoire	EOH	Surveillance de l'environnement au niveau du bloc opératoire réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Améliorer la programmation opératoire	Président Conseil de Bloc	Nombre de FSEI	NA	NA	NA	NA	NA	
Evaluer la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire	Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Chef de service Médecine Nucléaire**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue en médecine nucléaire** en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expériences, en éliminant les déchets radioactifs conformément à la réglementation, en assurant une surveillance de la stérilité des produits radiopharmaceutiques, en évaluant la prise en charge et la satisfaction des patients.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance) Poursuivre la démarche d'amélioration continue en médecine nucléaire**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des patients en médecine nucléaire"	Gestionnaire des risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Développer le retour d'expérience	Chef de service Médecine Nucléaire	Nombre de COREX organisé	2	2	3	4	4	1
Eliminer les déchets radioactifs conformément à la réglementation	Chef de service Médecine Nucléaire	Déchets radioactifs conformément à la réglementation Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Assurer une surveillance de la stérilité des produits radiopharmaceutiques	Chef de service Médecine Nucléaire	Surveillance de la stérilité des produits radiopharmaceutiques réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Evaluer la satisfaction des patients en Médecine nucléaire	Cellule Qualité	Evaluer la satisfaction des patients réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la prise en charge en médecine nucléaire	Chef de service Médecine Nucléaire	Nombre d'actions d'évaluation	>1	>1	>1	>1	>1	2

Améliorer la prise en charge en médecine nucléaire	Chef de service Médecine Nucléaire	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Améliorer la gestion des produits radiopharmaceutiques	Radiopharmacien	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président COPIL « PEC du patient en imagerie interventionnelle »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL « PEC du patient en imagerie interventionnelle »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle** en coordonnant les activités d'imagerie interventionnelle, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance) Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des patients en imagerie interventionnelle"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Coordonner les activités d'imagerie interventionnelle	Président COPIL « PEC en imagerie interventionnelle	Nombre de réunions conforme au RI du COPIL "imagerie interventionnelle" Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Développer le retour d'expérience	Président COPIL « PEC en imagerie interventionnelle	Nombre de réunion de retour d'expérience (RMM, COREX, analyse des causes)	4	4	4	4	4	1
Evaluer la prise en charge en imagerie interventionnelle	Président COPIL « PEC en imagerie interventionnelle	Nombre d'actions d'évaluation	>1	>1	>1	>1	>1	2
Assurer la santé et la sécurité des patients	Président COPIL « PEC en imagerie interventionnelle	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1



Assurer une surveillance de l'environnement en imagerie interventionnelle	EOH	Surveillance de l'environnement réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
---	-----	--	-----	-----	-----	-----	-----	---

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président COPIL « PEC du patient en endoscopie »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : COPIL « PEC du patient en endoscopie »**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en endoscopie** en coordonnant les activités d'endoscopie, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement et de la désinfection des endoscopes, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en endoscopie

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des patients en endoscopie"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Améliorer la prise en charge en endoscopie	Président COPIL « PEC du patient en endoscopie	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Coordonner les activités d'endoscopie	Président COPIL « PEC du patient en endoscopie	Nombre de réunions conforme au RI du COPIL "endoscopie" Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Développer le retour d'expérience	Président COPIL « PEC du patient en endoscopie	Nombre de réunion de retour d'expérience (RMM, COREX, analyse des causes)	4	4	4	4	4	1
Assurer une surveillance de la qualité de désinfection des endoscopes	EOH	Surveillance de la qualité de désinfection des endoscopes réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Assurer une surveillance de l'environnement en Endoscopie	EOH	Surveillance de l'environnement réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1

Evaluer la prise en charge en endoscopie	Président COPIL « PEC du patient en endoscopie	Nombre d'actions d'évaluation	>1	>1	>1	>1	>1	1
--	--	-------------------------------	----	----	----	----	----	---

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Chef de service Gynécologie/Obstétrique**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 6 : Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en salle de naissance** en s'assurant de la conformité du dossier patient, en poursuivant l'identification des risques prioritaires, en développant les retours d'expérience, en assurant une surveillance de l'environnement, en mettant en œuvre des démarches d'évaluation régulière de la prise en charge avec définition et mise en œuvre de plans d'actions.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Poursuivre la démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients en salle de naissance

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "prise en charge des patients en salle de naissance"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Assurer la conformité du dossier patient	Chef de service	Taux de conformité de l'indicateur IPAQSS « HPP »	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
		Taux de conformité de l'indicateur IPAQSS « conformité du compte-rendu d'accouchement »	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	1
Développer le retour d'expérience	Chef de service	Nombre de réunion de retour d'expérience (RMM, COREX, analyse des causes)	4	4	4	4	4	1
Assurer une surveillance de l'environnement en salle de naissance	EOH	Surveillance de l'environnement réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Améliorer la prise en charge en salle de naissance	Chef de service	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Evaluer la prise en charge en salle de naissance	Chef de service	Nombre d'actions d'évaluation	>1	>1	>1	>1	>1	1
Evaluer la satisfaction des patients en Obstétrique	Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction réalisée Oui /Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Chef de service « Imagerie »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 7 : Pérenniser la démarche d'amélioration continue en imagerie** en identifiant les risques prioritaires, en définissant un plan de réduction des risques et en assurant le suivi, en évaluant régulièrement la prise charge afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Pérenniser la démarche d'amélioration continue en imagerie

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la prise en charge en imagerie	Chef de service	Nombre d'actions d'évaluation	>1	>1	>1	>1	>1	2
Améliorer la prise en charge en imagerie	Chef de service	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable Service Compétent en Radioprotection**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CHSCT**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 8 : Sécuriser l'utilisation des rayonnements ionisants dans les secteurs à risques** en s'assurant que les professionnels disposent d'attestation « radioprotection travailleur » et « radioprotection patient » valides, et en proposant des formations dans le cas contraire.

**Axe stratégique 13 : Poursuivre la démarche structurée dans les secteurs à risque (urgences, bloc opératoire, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, endoscopie, salle de naissance)** Sécuriser l'utilisation des rayonnements ionisants dans les secteurs à risques

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Garantir la santé et la sécurité des patients	Responsable Service Compétent en Radioprotection	Taux de professionnels disposant d'une attestation de formation « radioprotection patient » valide	100%	100%	100%	100%	100%	1
Garantir la santé et la sécurité des professionnels exposés à des rayonnements ionisants	Responsable Service Compétent en Radioprotection	Taux de professionnels disposant d'une attestation de formation « radioprotection des travailleurs » valide	100%	100%	100%	100%	100%	1

# Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

## AXE STRATEGIQUE 14 : Faire de l'identification du patient le premier acte de soin

**Axe opérationnel 1 : Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa PEC** en identifiant les risques liés à l'identification des patients, en suivant les différents indicateurs « Identitovigilance », en sensibilisant régulièrement les professionnels et en sécurisant les modalités de modifications d'identité dans nos bases de données patients.

**Axe opérationnel 2 : Faire du patient un acteur de sa sécurité** en menant des actions de sensibilisation des patients à l'identitovigilance.

## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CIV**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CIV**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa PEC** en identifiant les risques liés à l'identification des patients, en suivant les différents indicateurs « Identitovigilance », en sensibilisant régulièrement les professionnels et en sécurisant les modalités de modifications d'identité dans nos bases de données patients.

**AXE STRATEGIQUE 14 : Faire de l'identification du patient le premier acte de soin.** Fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa PEC

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mettre à jour tous les 2 ans la cartographie des risques	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Assurer le suivi des actions définies comme prioritaires	Gestionnaire de risques	Actions priorité 1 intégrées au PAQSS oui/ non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Suivre les indicateurs relatifs à l'identitovigilance	Président CIV	Indicateurs "identitovigilance" présentés en Cellule d'identitovigilance oui / non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Sensibiliser / former les professionnels à l'identitovigilance	Président CIV	Nombre de réunions de formation des nouveaux arrivants	2	2	2	2	2	1
	Président CIV	Nombre d'actions de communication / sensibilisation / information à l'intention des professionnels	>1	>1	>1	>1	>1	1
Sécuriser les modifications d'identité	Président CIV	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1



## NOM DU PROJET : Renforcer la Qualité des pratiques et la sécurité des soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Président CIV**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CIV**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Faire du patient un acteur de sa sécurité** en menant des actions de sensibilisation des patients à l'identitovigilance.

**AXE STRATEGIQUE 14 : Faire de l'identification du patient le premier acte de soin.** Faire du patient un acteur de sa sécurité

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Mener des actions de sensibilisation des patients sur l'identitovigilance	Président CIV	Nombre d'actions de communication / sensibilisation / information à l'intention des usagers	>1	>1	>1	>1	>1	3

## **Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations.**

### **ECOUTE USAGERS**

#### **Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers.**

**Les orientations stratégiques portent sur l'ensemble des droits des patients :** respect de la dignité et intimité du patient, prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, respect de la confidentialité des informations relatives au patient, accueil et accompagnement de l'entourage, respect des libertés individuelles et gestion de mesure de restriction de liberté, information du patient sur son état de santé et les soins proposés, consentement et participation du patient, hospitalisation sans consentement, information en cas de dommage lié aux soins.

**Axe opérationnel 1 Impliquer les professionnels de santé** dans la promotion des **droits des patients**. Avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins par une **information claire et adaptée** permettant une **communication partenariale**.

**Axe opérationnel 2 Assurer le respect des droits des patients tout au long de la prise en charge** et mettre en place une démarche qualité collaborative (PDCA) avec les représentants des usagers pour traiter les risques prioritaires a priori et a posteriori et améliorer la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et réclamations.

**Axe opérationnel 3 S'assurer du respect des droits des patients lors du déploiement des nouvelles technologies et des nouvelles modalités de soins**, par une vigilance accrue, afin de maintenir la relation de confiance avec les patients reçus et leur entourage.

**Axe opérationnel 4 Promouvoir la transparence de l'offre de soins** en garantissant le libre choix du patient et l'égal accès de tous à des soins de qualité (facilité d'orientation, information du patient...).

**Axe opérationnel 5 Dynamiser la démocratie sanitaire**, en sollicitant l'avis des usagers dans les dispositifs décisionnels, et de contrôle, en favorisant le fonctionnement de la représentativité des usagers.

**Axe opérationnel 6 Prévenir la maltraitance par la promotion de la bientraitance**, en sensibilisant les professionnels et favorisant les approches réflexives, notamment sur le respect de la dignité et intimité du patient, de la confidentialité des informations relatives au patient, du respect des mesures de restriction de liberté...

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations.**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 Impliquer les professionnels de santé dans la promotion des droits des patients.** Avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins en confrontant l'autonomie du patient et son information dans une communication partenariale et pluridisciplinaire.

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers.** Impliquer les professionnels dans la promotion des droits des patients

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Améliorer la qualité des soins en mettant en œuvre une information claire et adaptée permettant une communication partenariale	Direction des usagers	Nombre d'actions de sensibilisation/an	2	2	2	2	2	2

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 Assurer le respect des droits des patients tout au long de la prise en charge et mettre en place une démarche qualité collaborative (PDCA) avec les représentants des usagers pour traiter les risques prioritaires a priori et a posteriori et améliorer la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et réclamations.**

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers.** Assurer le respect des droits des patients tout au long de la prise en charge

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Traiter les risques prioritaires	Direction des usagers	Délais de suivi des plaintes et réclamations	24 jours	24 jours	24 jours	24 jours	24 jours	1

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 S'assurer du respect des droits des patients lors du déploiement des nouvelles technologies et des nouvelles modalités de soins, par une vigilance accrue, afin de maintenir la relation de confiance avec les patients reçus et leur entourage.**

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers. S'assurer du respect des droits des patients lors du déploiement des nouvelles technologies et des nouvelles modalités de soins**

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Intégrer une information de la CDU lors du déploiement de nouvelles technologies ou nouvelles modalités de soins pouvant impacter le respect des droits des patients.	Direction des usagers	Nombre de projet présenté en CDU/ nombre de projet réalisé	100%	100%	100%	100%	100%	2

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 Promouvoir la transparence de l'offre de soins en garantissant le libre choix du patient et l'égal accès de tous à des soins de qualité (facilité d'orientation, information du patient...).**

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers.** Promouvoir la transparence de l'offre de soins

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Garantir le libre choix du patient et l'égal accès à tous les soins de qualité (facilité d'orientation, information du patient...)	Direction des usagers	Taux de satisfaction patient information.	>80	>80	>80	>80	>80	2

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 Dynamiser la démocratie sanitaire**, en sollicitant l'avis des usagers dans les dispositifs décisionnels, et de contrôle, en favorisant le fonctionnement de la représentativité des usagers.

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers** Dynamiser la démocratie sanitaire

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Favoriser le fonctionnement de la représentativité des usagers.	Direction des usagers	Taux de participation des représentants des usagers dans les instances décisionnelles (Directoire, Conseil de Surveillance, COPIL)	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	2

**NOM DU PROJET : Garantir les droits du patient tout au long de sa prise en charge conformément aux nouvelles dispositions réglementaires et recommandations**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Direction des usagers**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : CDU**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 6 Prévenir la maltraitance par la promotion de la bientraitance**, en sensibilisant les professionnels et favorisant les approches réflexives, notamment sur le respect de la dignité et intimité du patient, de la confidentialité des informations relatives au patient, du respect des mesures de restriction de liberté...

**Axe stratégique 15 : Renforcer la qualité de l'accueil, de la sortie, de l'information et des relations avec les usagers** Prévenir la maltraitance par la promotion de la bientraitance

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Sensibiliser les professionnels	Pilote groupe « bientraitance »	Nombre d'actions de sensibilisation/ an	2	2	2	2	2	2



## **Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins**

### **Axe stratégique 16 : Garantir les infrastructures et promouvoir le développement durable.**

**Axe opérationnel 1 : Garantir le fonctionnement des infrastructures et équipements techniques, notamment ceux permettant l'approvisionnement des fluides et des énergies** en définissant les risques prioritaires concernant la gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie et de la gestion des infrastructures et des équipements avec définition et suivi de plans d'actions ; en assurant une surveillance de la qualité de l'eau et de l'air ; en mettant en œuvre des actions visant au développement durable et en réalisant des actions de communication sur les actions de développement durable mises en œuvre.

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Commission Développement Durable**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS : Commission Développement Durable**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Garantir le fonctionnement des infrastructures et équipements techniques, notamment ceux permettant l'approvisionnement des fluides et des énergies** en définissant les risques prioritaires concernant la gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie et de la gestion des infrastructures et des équipements avec définition et suivi de plans d'actions ; en assurant une surveillance de la qualité de l'eau et de l'air ; en mettant en œuvre des actions visant au développement durable et en réalisant des actions de communication sur les actions de développement durable mises en œuvre.

**Axe stratégique 16 : Garantir les infrastructures et promouvoir le développement durable.** Garantir le fonctionnement des infrastructures et équipements techniques, notamment ceux permettant l'approvisionnement des fluides et des énergies

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion des infrastructures et des équipements (hors DM)"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion de l'eau"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer une surveillance de la qualité de l'eau	EOH	Surveillance de la qualité de l'eau réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion de l'air"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer une surveillance de la qualité de l'air dans les secteurs à risques	EOH	Surveillance de la qualité de l'air dans les secteurs à risques réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion de l'énergie"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

Mettre en place des actions de communication / sensibilisation / information sur le développement durable	Président Commission Développement Durable	Nombre d'actions de communication / sensibilisation / information	> 1	> 1	> 1	> 1	> 1	2
Mettre en œuvre des actions visant au développement durable	Président Commission Développement Durable	Actions réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

# Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

## Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.

**Axe opérationnel 1 : Poursuivre la démarche qualité en restauration** en poursuivant la démarche HACPP, en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en assurant une surveillance de l'environnement, en évaluant la satisfaction des patients, de l'entourage et des professionnels.

**Axe opérationnel 2 : Renforcer l'efficacité de la fonction linge** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en assurant une surveillance de la qualité microbiologique des textiles, en évaluant la satisfaction des patients des professionnels afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation, en mettant en œuvre des actions de communication sur la gestion du linge au sein du CHAN.

**Axe opérationnel 3 : Optimiser la fonction transport des patients** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en évaluant la fonction transport afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation.

**Axe opérationnel 4 : Garantir le tri et l'élimination des déchets conformément à la réglementation** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en évaluant la gestion déchets afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation, en mettant en œuvre des actions de communication sur la gestion des déchets au sein du CHAN.

**Axe opérationnel 5 : Promouvoir les achats éco responsables** en ajustant les dotations aux besoins et en intégrant des critères « développement durable » dans les critères d'achat.

**Axe opérationnel 6 : Assurer une surveillance continue des biens et garantir la sécurité des personnes** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en préparant les professionnels à faire face à une situation mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes via des formations spécifiques (sécurité incendie, AFGSU), en mettant en œuvre des actions de communications en lien avec la sécurité des biens et des personnes (information dans le cadre du plan VIGIPIRATE, communication des dates des essais électriques, etc.)

**Axe opérationnel 7 : Garantir le fonctionnement des équipements biomédicaux** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en mettant en place une démarche qualité au niveau du service biomédical par la création d'un manuel qualité.

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable UCPC**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Poursuivre la démarche qualité en restauration** en poursuivant la démarche HACPP, en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en assurant une surveillance de l'environnement, en évaluant la satisfaction des patients, de l'entourage et des professionnels.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques .Poursuivre la démarche qualité en restauration**

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2020	Objectif 2022	Priorité
Poursuivre la démarche HACCP	Responsable UCPC	Démarche poursuivie Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Définir les risques prioritaires du processus "restauration"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
	Gestionnaire de risques	Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer une surveillance de l'environnement au niveau de l'UCPC	EOH	Surveillance de l'environnement au niveau de l'UCPC Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Evaluer la satisfaction des patients concernant la prestation restauration	Responsable qualité UCPC/Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la satisfaction des accompagnants	Responsable qualité UCPC/Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3
Améliorer la satisfaction des patients et des professionnels	Responsable qualité UCPC/Cellule Qualité	Action réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Ingénieur Logistique**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Renforcer l'efficacité de la fonction linge** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en assurant une surveillance de la qualité microbiologique des textiles, en évaluant la satisfaction des patients des professionnels afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation, en mettant en œuvre des actions de communication sur la gestion du linge au sein du CHAN.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.** Renforcer l'efficacité de la fonction linge

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la fonction linge	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Assurer une surveillance de la qualité microbiologique des Textiles	EOH	Surveillance de la qualité microbiologique des Textiles réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la satisfaction des patients concernant la propreté du linge fourni	Cellule Qualité	Evaluation de la satisfaction réalisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Répondre aux besoins des services utilisateurs	Responsable lingerie	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la satisfaction des professionnels concernant la prestation linge	Cellule Qualité	Nombre de FSEI en lien avec la prestation Linge						2
Mettre en place des actions de communication / sensibilisation / information sur les bonnes pratiques concernant la gestion du linge	Direction des soins	Nombre d'actions de communication / sensibilisation / information	>1	>1	>1	>1	>1	2

**NOM DU PROJET : Assurer l'efficience des fonctionnements et prestations des services de soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Ingénieur logistique/Cadre de santé service « Brancardage »**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 3 : Optimiser la fonction transport des patients** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en évaluant la fonction transport afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.** Optimiser la fonction transport des patients

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Définir les risques prioritaires de la fonction transport	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la fonction transport des patients	Responsable Logistique/Cadre de santé service « Brancardage »	Evaluation de la fonction transport des patients Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en œuvre des actions d'amélioration de la fonction transport des patients	Responsable Logistique/Cadre de santé service « Brancardage »	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Ingénieur Logistique**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 4 : Garantir le tri et l'élimination des déchets conformément à la réglementation** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en évaluant la gestion déchets afin de mettre en œuvre des actions visant à améliorer la prestation, en mettant en œuvre des actions de communication sur la gestion des déchets au sein du CHAN.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.** Garantir le tri et l'élimination des déchets conformément à la réglementation

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion des déchets"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Evaluer la gestion des déchets	EOH	Evaluation de la gestion des déchets Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en œuvre des actions d'amélioration en lien avec la gestion des déchets	Ingénieur Logistique	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en place des actions de communication / sensibilisation / information sur les bonnes pratiques concernant la gestion des déchets	Ingénieur Logistique	Actions réalisées Oui / Non	>1	>1	>1	>1	>1	2



**NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur des achats**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 5 : Promouvoir les achats éco responsables** en ajustant les dotations aux besoins et en intégrant des critères « développement durable » dans les critères d'achat.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.** Promouvoir les achats éco responsables

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Ajuster les dotations en fonction des besoins	Ingénieur logistique	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Intégrer des critères "développement durable" dans les critères d'achat	Directeur des achats	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Responsable sécurité**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 6 : Assurer une surveillance continue des biens et garantir la sécurité des personnes** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en préparant les professionnels à faire face à une situation mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes via des formations spécifiques (sécurité incendie, AFGSU), en mettant en œuvre des actions de communications en lien avec la sécurité des biens et des personnes (information dans le cadre du plan VIGIPIRATE, communication des dates des essais électriques, etc.)

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques.** Assurer une surveillance continue des biens et garantir la sécurité des personnes

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires de la thématique "Sécurité des biens et des personnes"	Gestionnaire des risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Préparer les professionnels à faire face à une situation mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes	Responsable sécurité	Actions de formation sur l'année Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en œuvre des actions d'amélioration visant à garantir la sécurité des biens et des personnes	Responsable sécurité	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en place des actions de communication / sensibilisation / information sur les bonnes pratiques concernant la sécurité des biens et des personnes	Responsable sécurité	Actions réalisées Oui / Non	>1	>1	>1	>1	>1	2

**NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Ingénieur Biomédical**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 7 : Garantir le fonctionnement des équipements biomédicaux** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en mettant en place une démarche qualité au niveau du service biomédical par la création d'un manuel qualité.

**Axe stratégique 17 : Renforcer la qualité des prestations logistiques** Garantir le fonctionnement des équipements biomédicaux

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Définir les risques prioritaires de la thématique "Gestion des équipements biomédicaux"	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	2
Mettre en œuvre une démarche qualité au niveau du service Biomédical	Ingénieur Biomédical	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	3

## **Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins**

### **Axe stratégique 18: Harmoniser et sécuriser le système d'information.**

**Axe opérationnel 1 : Garantir la sécurité du système d'information** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en mettant en œuvre des actions visant à sécuriser le système d'information ainsi que les échanges d'informations.

**Axe opérationnel 2 : Assurer l'accès en temps utile à des informations valides** en mettant notamment en œuvre des actions visant à atteindre les seuils des indicateurs Hôpital numérique.

## NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur du système d'information**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 1 : Garantir la sécurité du système d'information** en identifiant les risques prioritaires et en définissant le plan d'actions associé, en mettant en œuvre des actions visant à sécuriser le système d'information ainsi que les échanges d'informations.

**Axe stratégique 18: Harmoniser et sécuriser le système d'information.** Garantir la sécurité du système d'information

ACTION	Responsable action	Indicateurs de suivi	Objectif 2018	Objectif 2019	Objectif 2020	Objectif 2021	Objectif 2022	Priorité
Définir les risques prioritaires du processus	Gestionnaire de risques	Cartographie actualisée Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
		Actions de priorité 1 intégrées au PAQSS Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1
Sécuriser le système d'information	Responsable service Informatique	Actions réalisées Oui / Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	1

**NOM DU PROJET : Assurer l'efficacité des fonctionnements et prestations des services de soins**

**PILOTE RESPONSABLE FICHE ACTION : Directeur du système d'information**

**INSTANCES SUIVI ACTIONS :**

**DESCRIPTION DU PROJET : Axe opérationnel 2 : Assurer l'accès en temps utile à des informations valides** en mettant notamment en œuvre des actions visant à atteindre les seuils des indicateurs Hôpital numérique.

**Axe stratégique 18: Harmoniser et sécuriser le système d'information.** Assurer l'accès en temps utile à des informations valides

<b>ACTION</b>	<b>Responsable action</b>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Objectif 2018</b>	<b>Objectif 2019</b>	<b>Objectif 2020</b>	<b>Objectif 2021</b>	<b>Objectif 2022</b>	<b>Priorité</b>
Atteindre les seuils des indicateurs "Hôpital numérique"	Responsable service Informatique	Suivi des indicateurs "Hôpital Numérique" Oui / Non	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>
Mettre en œuvre les actions permettant d'assurer l'accès en temps utile à des informations valides	Responsable service Informatique	Actions réalisées Oui / Non	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>1</b>

## ANNEXE 1 :

### EVALUATION 2016 DE LA POLITIQUE QUALITE-GESTION DES RISQUES 2013-2017

<i><b>Axe stratégique n°1 : promouvoir le management par la qualité et l'efficience dans tous les secteurs d'activité</b></i>		
<b>Indicateur</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaires</b>
Des réunions des secteurs d'activité sont organisées et tracées dans tous les secteurs (oui/non)	en cours	
Le projet d'établissement est actualisé (oui/non)	oui	
Des actions en vue de développer les protocoles de coopération ont été conduites (oui/non)	oui	GHT
Des actions en vue de développer les projets de l'établissement en matière de télémedecine ont été conduites (oui/non)	oui	AVC
Des actions en vue d'améliorer l'informatisation de la production de soins ont été conduites (oui/non)	en cours	
Des actions en vue d'améliorer le management prévisionnel des emplois et des compétences ont été conduites (oui/non)	oui	
Des actions en vue d'améliorer la qualité de vie au travail ont été conduites (oui/non)	oui	psychologue/sensibilisation psycho sociaux
Des actions en vue d'améliorer le dispositif de gestion des lits ont été conduites (oui/non)	oui	gestionnaire de lits
Des actions en vue d'améliorer le dispositif d'organisation des secrétariats ont été conduites (oui/non)	oui	
<i><b>Axe stratégique n°2 : poursuivre la gestion structurée, globale et coordonnée de la qualité et de la gestion des risques</b></i>		
<b>Indicateur</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaires</b>
<i><b>a) Management global de la qualité et de la gestion des risques institutionnels</b></i>		
Le comité de pilotage qualité – gestion des risques se réunit conformément à son RI (oui/non)	oui	
Un tableau de bord a été suivi en Comité de Pilotage QGDR (oui / non)	oui	
Des priorités annuelles de la politique qualité institutionnelle ont été définies (oui/non)	oui	
Le Programme annuel d'actions de la CME a été établi et évalué cette année (oui/non)	oui	
Les commissions opérationnelles qualité se sont tenues cette année (oui/non)	oui	
Les déclinaisons par thème de la politiques qualité sont formalisées selon le formalisme validé (oui/non)	oui	

La politique qualité est déclinée en objectifs contractualisés (indicateurs : RMM, revues médicales de cas, analyses des causes) figurant au rapport d'activité (oui/non)	oui	
L'ensemble des protocoles médicaux ont été intégrés à la gestion documentaire institutionnelle (oui/non)	en cours	
<b><i>b) Management de la GDR institutionnelle</i></b>		
Le GEVIR s'est réuni conformément à son RI (oui/non)	oui	
La cartographie des risques a priori a été présentée en GEVIR (oui/non)	oui	
La réalisation du plan d'action lié à la cartographie a été évaluée en GEVIR (oui/non)	oui	
Le GEVIR a établi son rapport annuel répondant aux objectifs du projet qualité et comprenant un plan d'actions (oui/non)	oui	
Les formations tenues et figurant au plan de formation répondent aux périodicités du projet qualité (oui/non)	oui	
Le workflow de traitement des événements indésirables est évalué par le GEVIR en fonction d'indicateurs chiffrés et est actualisé en fonction de leurs résultats (oui/non)	oui	
Chaque vigilance a été suivie et évaluée en GEVIR cette année (oui/non)	oui	
Les documents relatifs à la gestion de crise ont été évalués cette année et au moins un exercice a été réalisé (oui/non)	oui	
Les formations programmées dans le plan de formation en matière de gestion des risques et de gestion de crise ont été conduites : oui / non	oui	
Un tableau de bord des indicateurs de la gestion des risques permettant une analyse infra-annuelle a été suivi (oui/non)	oui	
Des actions ont été conduites en vue de la mise en place et du suivi d'indicateurs sentinelle (oui/non)	oui	
<b><i>Axe stratégique n°3 : mettre la Bienveillance, le respect des droits du patient, l'attention au « client » au cœur de la pratique professionnelle</i></b>		
<b>Indicateur</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaires</b>
<b><i>a) Engager un processus permanent de formation et de sensibilisation autour des droits du patient</i></b>		
Les formations sur les droits du patient ont été réalisées conformément au plan de formation (oui/non)	oui	
Intégration du droit des patients à l'accueil des nouveaux médecins (oui/non)	oui	
Actions en vue de favoriser la participation du patient à sa prise en charge (oui/non)	oui	ETP (insuffisance cardio vasculaire)



Des actions en vue de favoriser la participation des patients pouvant intégrer un programme d'éducation thérapeutique ont été menées (oui/non)	oui	information programme insuffisance cardiovasculaire en CME, formation des nouveaux arrivants, FMC ville ETP...
Améliorer l'information sur les dommages associés aux soins (oui/non)		
* Assurer une traçabilité exhaustive de tous les dommages associés aux soins	en cours	indicateur de suivi
* Participer à une formation "Annonce d'un dommage associé aux soins"	oui	
* Réaliser une analyse des causes si nécessaire	réalisé	
Le groupe éthique bénéficie d'un règlement intérieur actualisé et s'est réuni régulièrement conformément à celui-ci (oui/non)	en cours	
Le groupe éthique s'est vu confier des cas pratiques (oui/non)	oui	
Le groupe éthique a tracé les recommandations qu'il a émises (oui/non)	oui	
Respecter les droits des patients en terme d'information claire et loyale, confidentialité, consentement, respect dignité intimité, etc.		enquête E-SATIS, questionnaires de satisfaction pour les secteurs spécifiques
<i>b) Structurer la bientraitance comme l'un des axes majeurs de la politique institutionnelle</i>		
Un groupe institutionnel pluriprofessionnel chargé des questions de bientraitance, il est doté d'un RI et se réunit conformément à celui-ci (oui/non)	oui	
L'état des lieux des situations à risque de maltraitance a été mis à jour en lien avec la CDU (oui/non)	en cours	
Formations réalisées conformément au plan de formation sur la bientraitance (oui/non)	oui	
Des évaluations bientraitance ont été conduites cette année et présentées en CDU (oui/non)	oui	auto-contrôle
<i>c) Développer l'attention au « client » comme politique institutionnelle</i>		
Les dispositifs d'écoute usagers sont suivis et évalués en lien avec la CDU : circuit de traitement des réclamations, médiateurs, questionnaires de satisfaction, satisfaction des représentants d'usagers	oui	
L'évaluation de la satisfaction par enquête téléphonique a été mis en place (oui/non)	oui	
L'établissement a évalué ses partenariats et notamment ceux avec les réseaux (oui/non)	oui	

Le dossier patient est complété conformément aux recommandations de bonnes pratiques et au guide d'utilisation de l'établissement (observations médicales, examen clinique, conclusion examen clinique, antécédents, etc.) (oui/non)	partiellement	IPAQSS MCO C/ SSR B
Les informations nécessaires aux professionnels d'aval sont transmises dans un délai n'excédent pas 8 jours afin de permettre une prise en charge sécurisée du patient (oui/non)	partiellement	IPAQSS MCO C/ SSR A
<b>Axe stratégique n°4 : promouvoir la culture de qualité et de sécurité</b>		
<b>Indicateur</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaires</b>
Des formations et sensibilisation des personnels à la culture qualité sécurité ont eu lieu (oui/non)	oui	CHAN info/réunions d'information IPAQSS par pôle, enquêtes de pratiques...
Les services concernés par les RMM obligatoires ont conduit le nombre contractualisé de RMM (%)	non	
Des informations ont été diffusées concernant le DPCn des médecins (oui/non)	en cours	
Le dispositif d'évaluation permanente des indicateurs fonctionne dans l'ensemble des secteurs d'activité (oui/non)	oui	
Un dispositif d'analyse des causes profondes de situations cliniques réelles ou fictives a été mis en place et des réunions ont été organisées dans les secteurs d'activité (oui/non)	oui	
La culture qualité – sécurité a été intégrée au dispositif d'accueil des nouveaux médecins, internes et des nouveaux arrivants non médecins dans chaque service (oui/non)	oui	
<b>Axe stratégique n°5 : poursuivre le développement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans tous les secteurs</b>		
<b>Indicateur</b>	<b>Résultats</b>	<b>Commentaires</b>
Le groupe permanent EPP se réunit conformément à son RI (oui/non)	oui	
Le GPEPP a impliqué l'ensemble des secteurs d'activité dans les démarches EPP cette année (oui/non)	oui	
Le GPEPP a effectué ses tâches de validation, de suivi et d'appréciation des EPP (oui/non)	oui	
Le tableau de bord des EPP a été tenu à jour cette année (oui/non)	oui	

Des formations à la démarche Epp sont proposées aux membres du GPEPP	oui	
Le nombre de nouvelles EPP dans les différents secteurs d'activité est conforme à l'objectif institutionnel (oui/non)	non	
Les nouvelles EPP proposées cette année utilisent des méthodes diversifiées (oui/non)	oui	
Les nouvelles EPP proposées cette année comportent des EPP pertinence des soins et pratiques paramédicales (oui/non)	oui	
Les indicateurs institutionnels de l'EPP figurent au rapport d'activité de l'établissement et ont été vus en comité de pilotage qualité – GDR (oui/non)	oui	
Un plan de communication EPP a été réalisé et conduit cette année (oui/non)	en cours	
Chaque secteur a participé à au moins une RMM, une revue médicale de cas ou une analyse des causes profondes réalisée selon la méthodologie définie au sein du CHAN (méthode ALARM) cette année (oui/non)	non	
Les démarches EPP s'appuient sur tous les outils et méthodes fournis par la HAS et les sociétés savantes (oui/non)	oui	
Chaque unité participe à au moins une Epp spécifique du secteur d'activité	oui	
Chaque service participe soit au RMM soit aux analyses de cas selon la méthodologie définie au CHAN (méthode ALARM)	non	
Les démarches EPP s'appuient sur les outils et méthodologies validées par la HAS ( au moins 4 outils différents).	oui	