

Groupement Hospitalier de Territoire

Grand Paris Nord-Est

Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil



Projet de Soins Partagé

2^{ème} Partie : Fiches Actions 2019-2023

CHI
Robert
Ballanger

GHI
Le Raincy-
Montfermeil

CHI
André
Grégoire

PRÉFACE

La construction du Projet de Soins Partagé a débuté en 2016 et la phase initiale d'écriture s'est achevée en décembre 2017, par la validation des instances du GHT dans le cadre de la convention constitutive. Sa mise en œuvre opérationnelle, a démarré en janvier 2019 et s'est conclue par l'élaboration de ce document présenté sous la forme de fiches « action ». Plus de 120 personnes réparties en 9 groupes de travail, pilotés par des cadres des 3 centres hospitaliers ont participé à la formalisation de 35 projets présentés. Ce projet collectif promeut également une reconnaissance des responsabilités et de l'engagement des personnels soignants dans une démarche d'amélioration continue des soins.

Le PSP se veut avant tout une réaffirmation des valeurs holistiques du soin, dans le respect des valeurs éthiques des soignants.

Le Projet de Soins Partagé est articulé avec le Projet Médical Partagé, en lien avec la mise en œuvre et l'activité des filières médicales. Sa réalisation se veut principalement transversale par la mise en œuvre d'actions qui concernent l'ensemble des filières de soin du GHT comme par exemple l'éducation thérapeutique, la prise en charge de la douleur ou la bientraitance. Cela concerne également des actions en lien avec le parcours du patient pour lesquels le rôle d'accueil et d'informations transmises est essentiel.

Il est également articulé, de manière forte, avec l'ensemble des actions suivies par la direction qualité. C'est pourquoi le PSP présente un axe spécifique sur le développement de la qualité et la gestion des risques et privilégie des actions en faveur de l'harmonisation et de la sécurisation des pratiques de soins à l'échelle du GHT. C'est également le cas des actions mises en œuvre dans le cadre de la traçabilité des soins ou de l'informatisation du dossier du patient.

Enfin, le PSP partage avec le PMP des actions en lien avec l'enseignement, la recherche et la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Nous remercions tous les personnels du CHI Robert Ballanger, ceux du CHI de Montreuil et ceux du CHI Le Raincy Montfermeil pour leur participation à l'élaboration de ce projet de soins. L'objectif d'un document opérationnel est atteint.

Une nouvelle phase s'ouvre aujourd'hui : mettre en œuvre les actions prévues et assurer leur suivi. Nous ne doutons pas de l'investissement de l'ensemble des personnels concernés et de leur concours à cette démarche d'amélioration continue de nos pratiques professionnelles.



Yolande Di Natale

Directrice des hôpitaux
du GHT Grand Paris Nord-Est



Bernard Dorland

Coordonnateur Général des Soins

GLOSSAIRE

ARS	Agence Régionale de Santé
CDU	Commission Des Usagers (du GHT)
CGS	Coordination Générale des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRB	Centre Hospitalier Robert Ballanger
CHIM	Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil
CHIRM	Centre Hospitalier Intercommunal du Raincy-Montfermeil
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
GHT GPNE	Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord Est
CM	Collège Médical
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CTE	Comité Territorial des Elus
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
GDR	Gestion des Risques
GED	Gestion Electronique Documentaire
HAS	Haute Autorité de Santé
ICALIN	Indicateur Composite de l'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
IQSS	Indicateur Qualité Sécurité des Soins
PEP	Pratiques Exigibles Prioritaires
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PMP	Projet Médical Partagé
PRS	Programme Régional de Santé
PSP	Projet de Soins Partagé
REMED	Retour d'Expérience Médicamenteuse
REX	Retour d'Expérience

SOMMAIRE

PRÉFACE	3	GLOSSAIRE	4
AXE 1 : ACCOMPAGNER LE PATIENT TOUT AU LONG DE SON PARCOURS DE SOINS			7
Thème 1 : Fluidification du parcours intra et extra hospitalier			7
1.1.1 Processus accueil			8
1.1.2 Optimisation du parcours de soins			10
1.1.3 Processus sortie			12
Thème 2 : Développer le dossier de soins informatisé et la communication			15
1.2.1 Assurer une utilisation commune du dossier patient informatisé sur le GHT			16
1.2.2 Améliorer l'appropriation du DPI par les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient			18
1.2.3 Elaborer une stratégie commune d'amélioration de la tenue du dossier patient informatisé			20
AXE 2 : PRODIGUER DES SOINS D'EXCELLENCE			23
Thème 3 : Promouvoir la qualité des soins			23
2.3.1 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance.			24
2.3.2 Prise en charge de la douleur et développement des approches paramédicales psychocorporelles.			26
2.3.3 Démarche éducative et promotion de la santé.			28
2.3.4 Prise en charge de l'intégrité cutanée			30
2.3.5 Prise en charge de l'état nutritionnel			32
2.3.6 Ouverture de l'hôpital vers les usagers, les associations et les bénévoles			34
Thème 4 : Assurer la sécurité des soins			37
2.4.1 Prévention et prise en charge des chutes			38
2.4.2 Risque infectieux lié à des micro-organismes à risque épidémique			40
2.4.3 Prise en charge des urgences vitales			42
2.4.4 Identitovigilance : bon soin au bon patient			44
2.4.5 Sécurité transfusionnelle			46
2.4.6 Management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et du circuit des dispositifs médicaux stériles			50
Thème 5 : Gestion des risques liée aux soins			53
2.5.1 Prévenir l'apparition des TMS			54
2.5.2 Réaliser le suivi des indicateurs qualité			56
2.5.3 Développer les démarches d'évaluation de pratiques professionnelles			58
AXE 3 : PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE SOIGNÉE DANS SA SPÉCIFICITÉ			61
Thème 6 : Prendre en charge la personne soignée dans sa spécificité			61
3.6.1 Améliorer la prise en charge du patient porteur d'un handicap			62
3.6.2 Optimiser les parcours de soins adaptés aux patients en situation de précarité			64
3.6.3 Développer une communication pertinente et efficace entre les soignants et les patients tout en respectant les valeurs et les croyances des patients			66
3.6.4 Optimiser la prise en charge des patients atteints de troubles du comportement			68
AXE 4 : ACCOMPAGNER ET FAVORISER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES			71
Thème 7 : Accompagner et favoriser l'évolution des métiers et des compétences			71
4.7.1 Accompagnement managérial des cadres de santé			72
4.7.2 Attractivité et fidélisation des professionnels			74
4.7.3 Gestion des remplacements des personnels paramédicaux			78
Thème 8 : Proposer des parcours de formation qualifiants et valoriser les expertises soignantes			81
4.8.1 Mise en œuvre de la politique commune d'encadrement des étudiants en soins infirmiers au sein du GHT GPNE			82
4.8.2 La coordination de l'offre de stage sur le territoire			84
4.8.3 La simulation en santé			86
AXE 5 – DÉVELOPPER L'INNOVATION ET LA RECHERCHE			89
Thème 9 : Développer les coopérations, l'innovation et la recherche			89
5.9.1 Développement des coopérations entre professionnels de santé			90
5.9.2 Promotion de l'exercice infirmier en pratiques avancées			92
5.9.3 Promotion de la recherche paramédicale			94
5.9.4 Promotion des nouvelles technologies dans l'exercice paramédical			96
ANNEXE 1 : MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL DU PSP DU GHT GPNE			98

AXE 1 : ACCOMPAGNER LE PATIENT TOUT AU LONG DE SON PARCOURS DE SOINS

Thème 1.1 : Fluidification du parcours intra et extra hospitalier

La finalité dans cet axe est d'optimiser le parcours du patient en déclinant le processus accueil, l'optimisation du parcours de soins et le processus sortie. L'objectif principal est d'offrir au patient une prise en charge de qualité et sécurisée.

Les différentes filières définies dans le cadre du GHT GPNE permettent de préciser et d'harmoniser chaque étape des parcours patients prévalents.

La fluidité du parcours du patient dépend, notamment, de l'organisation de la prise en charge médico-sociale. L'anticipation du devenir du patient dès son admission est l'un des éléments déterminants à la structuration de son parcours de soins.

La coordination ville-hôpital est également un aspect à prendre en considération et un axe à développer contribuant ainsi à sécuriser le parcours du patient et de renforcer les liens ville-hôpital.

Ces objectifs s'articulent autour de trois fiches actions :

[1.1.1 Processus accueil](#)

[1.1.2 Optimisation du parcours de soins](#)

[1.1.3 Processus sortie](#)

Fiche action n°1.1

PROCESSUS ACCUEIL

Responsable du projet

Nom : M^{me} BLOQUET – M^{me} CREMER
M^{me} DOIREAU – M^{me} KACHKACHE

Fonction : Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

CHI Montreuil :

M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS Urgences
M^{me} PERENNEC Emilie SF Coordinatrice salle de naissance
M^{me} MOEDDEB Besma FFC Néphrologie / dialyse
M^{me} SIMON Carole FFC Consultation

CHI Robert Ballanger :

M^{me} RUTELLA Nathalie : IDE en psychiatrie extra hospitalier
M^{me} GERMANY Marthe CS en SSR/ neurologie
M^{me} MAMANE-DURO Ruth CS rééducateur
M^{me} NOURRY Isabel FFC urologie/orl
Mr FILIAS Cédric Responsable qualité
Mr THOUVENIN Aymeric étudiant cadre

Copilotes / expertise selon leurs domaines d'exercices

CHI le Raincy-Montfermeil :

M^{me} VAPPEREAU Sylvie, FFC HAD
M^{me} YAHY Ouiza, IDE Unité mobile de Gériatrie
M^{me} EL BARAKA Myriam, IDE coordinatrice d'aide au retour à domicile
M^{me} TALIBON Julie pilote locale MAIA Seine Saint Denis Sud-Est
M^{me} RIBAILLE Cadre supérieur socio-éducatif
Référénts administratifs et soignants / Représentants des usagers / Direction de la communication / Direction du système d'information / Service de la formation continue

Conseil et orientation stratégique

Diagnostic de la situation existante

Un livret d'accueil est présent au sein de chaque établissement

Il existe également des livrets spécifiques dans certains secteurs d'activité.

Une procédure d'accueil institutionnelle est existante sur les trois établissements, sur le CHI d'Aulnay présence de nombreuses procédures spécifiques.

Les éléments présents en relation avec l'accueil dans le dossier de soins seront abordés par le groupe dossier de soins informatisé.

Existence de sites internet pour les 3 établissements, non actualisés -> projet de site internet GHT avec un accès direct vers les 3 établissements

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Harmonisation du processus d'accueil dans les trois établissements

Objectif n°2 Appropriation du processus d'accueil harmonisé par l'ensemble des acteurs du GHT

Objectif n°3 Amélioration de la qualité et de l'accès à l'information, à destination des usagers et partenaires extérieurs

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

Etape n°1 Participer à l'élaboration d'un processus d'accueil soignant commun aux trois établissements, tenant compte des différentes filières

Etape n°2 Contribuer à l'actualisation et l'harmonisation de la structure des 3 livrets d'accueil avec une présentation du GHT en y associant les représentants des usagers

Etape n°3	Participer à l'élaboration d'un modèle GHT de structuration des livrets spécifiques aux services en intra-hospitalier
Etape n°4	Collaborer à la diffusion et l'accessibilité de la procédure d'accueil à l'ensemble des professionnels du GHT
Etape n°5	Contribuer à la diffusion et à l'accessibilité du livret d'accueil à l'ensemble des usagers du GHT
Etape n°6	Concourir à l'organisation de la formation des professionnels aux bonnes pratiques d'accueil (actions de formation ou de sensibilisation)
Etape n°7	Coopérer à l'actualisation et à la modernisation (ergonomie, prise de RDV, pré-admission,..) les différents sites internet des trois établissements en y incluant une base commune GHT
Etape n°8	Participer à la mise en place des évaluations des pratiques d'accueil soignantes des professionnels et de la satisfaction des usagers

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins :

- coût (production du livret d'accueil, modernisation et maintenance des sites internet, budget de formation)
- Temps à consacrer à la récupération de l'existant, à son analyse et à trouver un consensus
- Multiplication des filières = multiplication des types d'accueils
- Spécificités de chaque établissement peuvent impacter le processus d'harmonisation

Vigilances :

- Disponibilité des acteurs concernés
- Actualisation régulière du processus d'accueil (site internet, livret d'accueil,...)
- Mise en place des filières
- Méconnaissance des dispositifs intra-hospitaliers par les acteurs de ville

Moyens humains

Référents administratifs et soignants
Représentants des usagers
Direction de la communication
Direction du système d'information
Service de la formation continue

Moyens matériels et financiers

Outil informatique
Evaluation du temps consacré
Cout de production et d'ajustement
Cout de formation

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Présence d'une procédure d'accueil harmonisée
Présence de 3 Livrets d'accueil
Existence charte graphique commune (livrets spécifiques, site internet)
Nombre de livrets d'accueil distribués
Exhaustivité de renseignement du recueil de données soignant

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Présence d'une procédure d'accueil harmonisée
Présence de 3 Livrets d'accueil
Existence charte graphique commune (livrets spécifiques, site internet)
Enquête de satisfaction des usagers
Audit des pratiques professionnelles
Exhaustivité de renseignement du recueil de données soignant

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x	x														
Etape n°2				x	x	x	x													
Etape n°3				x	x	x														
Etape n°4								x												
Etape n°5							x													
Etape n°6								x	x	x	x									
Etape n°7									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°8													x	x	x	x				

Références bibliographiques et réglementaires

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé
Manuel de certification des établissements de santé V2010 : Guide thématique des experts-visiteurs « parcours patient »
Référence 16 critère 16.a

Fiche action n°1.1.2

OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOINS

Responsable du projet

Nom : M^{me} BLOQUET – M^{me} CREMER
M^{me} DOIREAU – M^{me} KACHKACHE

Fonction : Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

CHI Montreuil :

M^{me} BULGHERONI Stéphanie
M^{me} PERENNEC Emilie
M^{me} MOEDDEB Besma
M^{me} SIMON Carole

CS Urgences
SF Coordinatrice salle de naissance
FFC Néphrologie/hémodialyse
FFC Consultation

CHI Robert Ballanger :

M^{me} RUTELLA Nathalie
M^{me} GERMANY Marthe
M^{me} MAMANE-DURO Ruth
M^{me} NOURRY Isabel FFC
Mr FILIAS Cédric
Mr THOUVENIN Aymeric

IDE en psychiatrie extra hospitalier
CS en SSR/neurologie
CS rééducateur
FFC urologie/ORL
Responsable qualité
étudiant cadre

CHI le Raincy-Montfermeil :

M^{me} VAPPEREAU Sylvie,
M^{me} YAHY Ouiza,
M^{me} EL BARAKA Myriam,
M^{me} TALIBON Julie
M^{me} RIBAILLE

FFC HAD
IDE Unité mobile de Gériatrie
IDE coordinatrice d'aide au retour à domicile
pilote locale MAIA Seine Saint Denis Sud-Est
Cadre supérieur socio-éducatif

Diagnostic de la situation existante

- Prise en charge médico-sociale du patient formalisée +/- bien renseignée : elle sera abordée par le groupe dossier de soins informatisé.
- Présence d'une assistance sociale référente pour chaque secteur d'activité sur les trois établissements
- Circuit PASS sur les trois établissements
- Gestionnaire de lits sur Aulnay et Montfermeil
- sur Montreuil et Montfermeil disponibilité des lits renseignée bi-quotidiennement par l'encadrement de proximité
- Commission séjours complexes à Montfermeil
- Cellule parcours patient à Aulnay.
- Comité des séjours long à Aulnay.
- Existence d'une commission COSELI qui est inactive à ce jour sur Montreuil
- Existents : unités de soins, unité ambulatoire, équipes mobile intra et extrahospitalier et programme d'ETP
- Parcours de soins décrits au sein de chaque établissement
- Au CHIM il existe une cellule de gestion des admissions et programmation opératoire et de l'hospitalisation en médecine ambulatoire par les AMA sous la responsabilité de la coordinatrice des secrétaires

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Amélioration de la qualité de la prise en charge et l'efficacité des soins du patient tout au long de son parcours de soins dans le cadre des filières définies dans le PMP
Objectif n°2	Homogénéisation des pratiques et outils concernant la disponibilité des lits sur chaque établissement
Objectif n°3	Identification de la disponibilité des lits en temps réel
Objectif n°4	Organisation d'une politique commune sur les séjours longs et complexes
Objectif n°5	Implication du service social dès l'admission du patient
Objectif n°6	Anticipation de la sortie dès l'admission

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Contribuer à l'amélioration de la traçabilité des soins des professionnels de santé et ce au regard de l'évolution des pratiques (DPI)
Etape n°2	Contribuer à la création d'un outil partagé visible et renseigné en temps réel par les unités de soins accessible à l'ensemble des professionnels de santé du GHT
Etape n°3	Participer à l'élaboration d'une charte commune de fonctionnement des comités séjours longs locaux
Etape n°4	Concourir à la mise en place un comité séjours complexes sur le GHT Grand Paris Nord-Est
Etape n°5	Contribuer à l'élaboration de protocoles relatifs aux staffs médico-sociaux et la participation des différents intervenants afin de repérer les sorties complexes en tenant compte des différentes filières
Etape n°6	Participer à la sensibilisation des équipes médico-sociales quant à l'anticipation et l'organisation des sorties
Etape n°7	Concourir à la mise en place d'une date prévisionnelle de sortie dès l'admission en concertation avec les différents intervenants

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins :

- Pénurie des acteurs de la prise en soins du patient
- Temps à consacrer à la récupération de l'existant, à son analyse et à trouver un consensus
- Multiplication des situations complexes
- Spécificités de chaque établissement peuvent impacter le processus d'harmonisation

Vigilances :

- Disponibilité des acteurs concernés
- Veiller à l'actualisation de la disponibilité des lits
- Finalisation et diffusion des différentes filières de soins définies par le PMP

Moyens humains

Equipe pluridisciplinaire interne et externe
Comités séjours longs et complexes
Direction du système d'information

Moyens matériels et financiers

Outil informatique
Evaluation du temps consacré
Formation

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Compte-rendu de la rencontre trimestrielle des acteurs impliqués dans le parcours soins
Exhaustivité de la traçabilité des soins
Identification de la date prévisionnelle de sortie dans le dossier patient

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1																	x	x	x	x
Etape n°2				x	x	x	x													
Etape n°3							x	x	x											
Etape n°4				x	x	x														
Etape n°5				x	x															
Etape n°6				x	x															

Références bibliographiques et réglementaires

ANAP : « Optimiser le parcours des patients à l'hôpital » : <http://www.anap.fr/les-projets/axe-2-performance-des-etablissements/detail/actualites/optimiser-le-parcours-des-patients-a-lhopital/>
 HAS (organisation des parcours) : <https://www.has-sante.fr/portail/>
 Manuel de certification des établissements de santé V2010 : Guide thématique des experts-visiteurs « parcours patient » référence 17 critère 17a

Fiche action n°1.1.3

PROCESSUS SORTIE

Responsable du projet

Nom : M^{me} BLOQUET - M^{me} CREMER
M^{me} DOIREAU - M^{me} KACHKACHE

Fonction : Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

CHI Montreuil :

M^{me} BULGHERONI Stéphanie

M^{me} PERENNEC Emilie

M^{me} MOEDDEB Besma

M^{me} SIMON Carole

CS Urgences

SF Coordinatrice salle de naissance

FFC Néphrologie/hémodialyse

FFC Consultation

CHI Robert Ballanger :

M^{me} RUTELLA Nathalie

M^{me} GERMANY Marthe

M^{me} MAMANE-DURO Ruth

M^{me} NOURRY Isabel FFC

Mr FILIAS Cédric

Mr THOUVENIN Aymeric

IDE en psychiatrie extra hospitalier

CS en SSR/neurologie

CS rééducateur

FFC urologie/ORL

Responsable qualité

étudiant cadre

CHI le Raincy-Montfermeil :

M^{me} VAPPEREAU Sylvie,

M^{me} YAHI Ouiza,

M^{me} EL BARAKA Myriam,

M^{me} TALIBON Julie

M^{me} RIBAILLE

FFC HAD

IDE Unité mobile de Gériatrie

IDE coordinatrice d'aide au retour à domicile

pilote locale MAIA Seine Saint Denis Sud-Est

Cadre supérieur socio-éducatif

Diagnostic de la situation existante

Procédure de sortie : guide de sortie – check List ...

Procédure ou guide de sortie - Check List existantes et utilisées dans certains services sur les trois établissements ;

Présence sur le GHI Le Raincy Montfermeil d'un IDE coordinateur d'aide aux retours au domicile (ICAR) (destiné aux services MCO, à l'exception de l'UGA) ;

Utilisation de l'outil d'enregistrement des orientations SSR-HAD-EHPAD Via Trajectoire sur les trois établissements ;

Réalisation sur le GHI Le Raincy Montfermeil de la conciliation médicamenteuse par le pharmacien clinicien hospitalier, transmis sous la forme d'une lettre d'Observation pharmaceutique au médecin traitant lors de la sortie (uniquement sur UGA) ;

Existence d'une commission séjours hospitaliers longs au sein des trois établissements (à réactiver sur Montreuil)

Coordination avec les professionnels paramédicaux ville-hôpital

Réalisation par certains professionnels sans être formalisée sur l'ensemble des trois établissements

Organisation du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) sur certains services des 3 établissements

Présence d'outils formalisés assurant la coordination ville-hôpital : fiche de liaison IDE, compte-rendu d'hospitalisation (CRH) et lettre de sortie (si CRH non finalisé le jour de la sortie)

Recensement par l'ICAR au sein du GHI le Raincy Montfermeil des différents prestataires matériels et médicaux.

Présence d'une HAD hospitalière et d'une équipe mobile de gériatrie sur Montfermeil

Présence d'une coordinatrice HAD APHP, d'ergothérapeutes sur le SRR réalisant des VAD sur Aulnay

Cartographie des paramédicaux sur le territoire

Existence d'une cartographie interactive recensant l'offre départementale de services et d'établissements du champ de l'autonomie (47 cartes) dont la répartition des structures de soins. site essentiellement destiné à la prise en charge de la personne âgée sur le département 93 alimentée par les pilotes des 3 territoires MAIA de Seine-Saint-Denis.

Recensement et actualisation trimestrielle de la liste des correspondants professionnels de santé paramédicaux (IDE, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, pharmaciens d'officine) exerçant en libéral ou en centres de santé sur les 13 communes du territoire 93 sud-est.

Accès au Répertoire opérationnel des Ressources (ROR), référentiel régional de l'offre de santé à destination des professionnels de santé via l'annuaire Maillage93 <https://maillage93.sante-idf.fr>; il permet d'identifier les ressources nécessaires à la prise en charge des patients et de faciliter la mise en relation entre professionnels.

Application du site AMELI qui recense tous les paramédicaux de ville inscrits

Rattachement d'une assistance sociale référente pour chaque secteur d'activité sur les trois établissements

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Harmonisation du processus et documents de sortie dans les trois établissements

Objectif n°2 Implication du patient et de son entourage dans l'organisation de la sortie

Objectif n°3	Appropriation du processus de sortie harmonisé pour l'ensemble des acteurs du GHT
Objectif n°4	Amélioration de la qualité et de l'accès à l'information, à destination des usagers et partenaires extérieurs
Objectif n°5	Optimisation des documents de sortie à destination des professionnels de ville
Objectif n°6	Sécurisation de la sortie du patient

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Participer à la mise en place d'une procédure de sortie commune sur les trois établissements prenant en compte les filières de soins
Etape n°2	Favoriser la planification des temps médico-soignants avec le patient et son entourage concernant son projet de sortie
Etape n°3	Contribuer au renforcement du lien ville-hôpital : Sensibiliser les personnels paramédicaux, sociaux de ville et hospitalier impliqués dans l'organisation de la sortie du patient aux différents outils, et procédures
Etape n°4	Participer à la réactualisation, l'optimisation et l'uniformisation de la fiche de liaison paramédicale en tenant compte des modes de sorties et des intervenants (en lien avec le dossier de soins informatisé)
Etape n°5	Concourir à l'élaboration et la diffusion des outils de communication présentant les différentes équipes intra et extra hospitalières participant à l'organisation des sorties du patient
Etape n°6	Contribuer au développement des partenariats hôpital- structures d'aval en prenant en compte les spécificités des filières de soins

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins : Temps, Résistance au changement par certains acteurs : contrainte de formaliser une Date Prévisionnelle de Sortie et de la communiquer au patient et à son entourage, Complexité de mise en place de partenariats en cas de manque de structures sur le territoire. Adhésion de l'entourage au projet de sortie ; Politique menée sur le territoire
Méconnaissance de la part du patient de l'évolution des politiques de santé et de l'offre médico-sociale en ville, Spécificités de chaque établissement peuvent impacter le processus d'harmonisation
Vigilances : Coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans la sortie, Vigilance et suivi par le service social ; Respect de l'éthique

Moyens humains

Médecins, Secrétaires médicales, Cadres, Assistantes sociales, Equipes paramédicales pluridisciplinaires, Patient et entourage, Professionnels extra hospitalier et structures d'aval

Moyens matériels et financiers

Outils informatiques partagés (trajectoire, DPI, Télémédecine,...)
Les aides sociales
Prestataires externes

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Nombre de séjours longs selon la DMS de la spécialité
Taux de sortie le matin et d'admission avant 14h
Taux de demandes d'aval acceptées par structure
Présence d'une fiche de liaison

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Ecart en jour entre la DPS définie initialement et la date réelle de sortie.
Délai entre l'admission du patient et la demande d'un aval.
Délai moyen d'acceptation d'une demande par structure
Nombre de partenariats finalisés et conventions signées
Formalisation d'une fiche de liaison homogène
Formalisation d'un résumé de soins IDE via le DPI

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x	x														
Etape n°2				x	x															
Etape n°3						x	x	x	x											
Etape n°4										x	x									
Etape n°5												x	x							
Etape n°6														x	x	x	x			

Références bibliographiques et réglementaires

ANA (2016). Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet. Disponible sur le site <http://gestion-des-lits.anap.fr/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/2040-les-fiches-actions-une-aide-a-la-mise-en-oeuvre-du-projet>. [Consulté le 27 mars 2019].

AXE 1 : ACCOMPAGNER LE PATIENT TOUT AU LONG DE SON PARCOURS DE SOINS

Thème 2 : Développer le dossier de soins informatisé et la communication

Le dossier patient informatisé est amené à converger vers un seul outil sur les 3 établissements du GHT avec un choix de DPI en juin 2019. Cela permettra une utilisation et un partage des informations dans le cadre du parcours des patients au sein des filières du GHT.

Si les 3 établissements disposent aujourd'hui de dossiers patients informatisés, toutefois, il est constaté la nécessité d'améliorer l'appropriation par certains professionnels, l'exhaustivité de la saisie des informations, de renforcer la connaissance du champ de responsabilité de chacun dans un contexte de turn-over des professionnels. Ainsi, l'acquisition d'un DPI commun est une opportunité pour mutualiser et optimiser le contenu, et définir une stratégie de formation et de suivi commune.

La thématique dossier patient informatisé est incluse dans l'axe 1 « parcours patient » du projet de soins partagé 2019-2024. Après avoir élaboré un état des lieux, le groupe de travail a fait le choix de travailler sous forme de fiches actions :

1.2.1 Assurer une utilisation commune du dossier patient informatisé sur le GHT.

1.2.2 Améliorer l'appropriation du DPI par les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

1.2.3 Elaborer une stratégie commune d'amélioration de la tenue du dossier patient informatisé.

Fiche action n°1.2.1

ASSURER UNE UTILISATION COMMUNE DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ SUR LE GHT

Responsable du projet

M^{me} Saliha TOUZZALI
 M^{me} Sandrine WICK
 M^{me} Patricia TERRACHER

CSS Direction des Soins GHIRM
 CSS Pole Mangement CHIRB
 CSS Direction des Soins CHIM

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeur des Soins CHR B : Mr Bernard DORLAND

Ingénieur Qualité CHIM : Fabienne L'HOURL

CSS :

- M^{me} Lauriane CREMER : Secteurs infantiles CHIM

Cadres de santé et FF SF :

- M^{me} Sylvie BOURGEOIS : cardiologie GHIRM
- M^{me} Manuela GIRAudeau : HDJ médecine -oncologie / DSI CHIRB
- M^{me} Layla KOULOUCHE : Consultation de médecine / DSI CHIRB
- M^{me} Audrey FERNANDES : Endocrinologie CHIRB
- M^{me} Nathalie COLOMER : Chirurgie CHIM
- Mr Adel BELLAHCENE: Planning Familial & Cs Obstétrique CHIM

Paramédicaux:

- M^{me} Katia DELALANDE: Kinésithérapeute GHIRM
- M^{me} Christel GANDON : IDE référente DPI GHIRM
- Mr Kévin ZAKIN: IDE UHTCD GHIRM
- Mr Armand SEVERIN : IDE référent mouvements GHIRM
- Mr Pierre SPLINGART

Conseil et orientations stratégiques

Accompagnement qualité GHT et personne ressource références Indicateurs qualité du dossier de patient

Copilotes

Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

L'état des lieux de l'informatisation du dossier patient, volet soins sur les 3 établissements du GHT met en exergue :

- Une hétérogénéité des dossiers informatiques déployés : 2 éditeurs.
- Des transmissions ciblées sur deux établissements et narratives sur un établissement.
- Des secteurs d'activité nécessitant des logiciels spécifiques sont hors périmètre de l'informatisation actuellement : réanimations adultes et pédiatriques, unité de surveillance continue, dialyse, anesthésie, bloc opératoire, EHPAD.

Dans le cadre du choix du DPI partagé du GHT, il semble opportun de mutualiser et d'optimiser le contenu du DPI au regard des exigences et des besoins de professionnels en intégrant les intervenants transversaux.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Harmoniser les référentiels communs nécessaires (thésaurus, formulaires) au déploiement du DPI sur le GHT
Objectif n°2	Assurer la transition des DPI existants vers le nouveau logiciel sur le GHT
Objectif n°3	Maintenir une dynamique d'évolution du dossier de soins informatisé sur le GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Recenser l'existant et les besoins par filières de soins du GHT
Etape n°1-2	Elaborer un référentiel commun
Etape n°2-1	Mettre en place un accompagnement par les référents
Etape n°2-2	Etablir un calendrier de formation du logiciel et des bonnes pratiques de son utilisation en accord avec la stratégie de déploiement
Etape n°3-1	Assurer une évaluation et un réajustement du contenu du dossier pour l'adapter aux besoins et aux évolutions.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Capacité à s'accorder à trois sur un référentiel commun
- Vigilance sur un rythme de déploiement permettant des réajustements éventuels nécessaires
- Résistance au changement de logiciel
- Absence de maîtrise de l'environnement informatique par certains professionnels
- Performance réseau

Moyens humains

Disponibilités des professionnels et référents (CSS-CDS, paramédicaux, informatique, éditeur, ...)

Moyens matériels et financiers

Matériels informatiques et évolutions technologiques

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre de formulaires communs et nombre de formulaires spécifiques.
- Nombre de professionnels accompagnés par le référent.
- Nombre de sessions de formation et nombre de participants

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de professionnels formés
- Nombre de sessions de formation et nombre de participants.
- Nombre de référents

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1					x															
Etape n°1-2						x														
Etape n°2-1									x											
Etape n°2-2													x							
Etape n°3																			x	

Références bibliographiques et réglementaires

Fiche action n°1.2.2

AMÉLIORER L'APPROPRIATION DU DPI PAR LES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Responsable du projet

M^{me} Saliha TOUZZALI
M^{me} Sandrine WICK
M^{me} Patricia TERRACHER

CSS Direction des Soins GHIRM
CSS Pole Mangement CHIRB
CSS Direction des Soins CHIM

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeur des Soins CHRB : Mr Bernard DORLAND

Comité de pilotage

Ingénieur Qualité CHIM : Fabienne L'HOURL

Accompagnement qualité GHT et personne ressource références
Indicateurs qualité du dossier de patient

CSS :

- M^{me} Lauriane CREMER : Secteurs infantiles CHIM

Copilotes et mise en œuvre

Cadres de santé et FF SF :

- M^{me} Sylvie BOURGEOIS : cardiologie GHIRM
- M^{me} Manuela GIRAUDEAU : HDJ médecine -oncologie / DSI CHIRB
- M^{me} Layla KOULOUCHE : Consultation de médecine / DSI CHIRB
- M^{me} Audrey FERNANDES : Endocrinologie CHIRB
- M^{me} Nathalie COLOMER : Chirurgie CHIM
- Mr Adel BELLAHCENE: Planning Familial & Cs Obstétrique CHIM

Paramédicaux:

- M^{me} Katia DELALANDE: Kinésithérapeute GHIRM
- M^{me} Christel GANDON : IDE référente DPI GHIRM
- Mr Kévin ZAKIN: IDE UHTCD GHIRM
- Mr Armand SEVERIN : IDE référent mouvements GHIRM
- Mr Pierre SPLINGART

Appropriation d'une culture institutionnelle autour des écrits professionnels

Diagnostic de la situation existante

Lors de la réalisation des audits, et du traitement des plaintes et réclamations, il est observé des manquements d'informations liés à un défaut de traçabilité. Malgré les dispositifs en place, la traçabilité des informations n'est pas toujours exhaustive. Il existe des freins d'utilisation relevant de difficultés d'appropriation de l'outil par certains paramédicaux, du turn-over des professionnels ou de la sensibilisation à l'importance de la saisie des données.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Rendre l'outil informatique accessible à l'ensemble des utilisateurs

Objectif n°2 Permettre à tous les professionnels d'avoir les connaissances nécessaires à l'utilisation et à la bonne tenue du dossier patient

Objectif n°3 Assurer un accompagnement continu des utilisateurs

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Mettre en place des formations d'initiation aux outils informatiques pour les professionnels en difficulté.
Etape n°1-2	Participer à l'acquisition des outils ergonomiques tenant compte des organisations soignantes
Etape n°2-1	Elaborer un guide des bonnes pratiques commun de tenue du dossier patient dans le cadre du choix du nouveau DPI à communiquer lors des formations d'appropriation.
Etape n°2-2	Mettre en place les formations d'aide à l'appropriation du dossier patient informatisé
Etape n°2-3	Uniformiser les formations « sensibilisation à la tenue du dossier patient et à la responsabilité des paramédicaux ».
Etape n°3-1	Définir un dispositif de suivi et d'accompagnement des utilisateurs
Etape n°3-2	Identifier les besoins et assurer des formations complémentaires

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Délais de mise en commun du DPI
- Non appropriation de l'outil informatique par certains professionnels
- Temps de paramétrage et réactivité des modifications/améliorations nécessaires
- Ergonomie du matériel retenu pour faciliter l'utilisation soignante (exigence hygiène, encombrement)
- Difficultés des professionnels à se rendre disponible pour la formation.
- La pérennité de la formation.
- Les modalités de formation (éviter les demi-journées lorsque les formations sont mutualisées sur l'ensemble du GHT)

Moyens humains

Disponibilités des professionnels et référents

Moyens matériels et financiers

Matériels informatiques et évolutions technologiques

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre de paramédicaux formés
- Nombre de guides de bonnes pratiques remis aux professionnels lors des formations.

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1						x														
Etape n°1-2								x												
Etape n°2-1										x										
Etape n°2-2													x							
Etape n°2-3																x				
Etape n°3-1																		x		
Etape n°3-2																				x

Références bibliographiques et réglementaires

Fiche action n°1.2.3

ELABORER UNE STRATÉGIE COMMUNE D'AMÉLIORATION DE LA TENUE DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Responsable du projet

M^{me} Saliha TOUZZALI
M^{me} Sandrine WICK
M^{me} Patricia TERRACHER

CSS Direction des Soins GHIRM
CSS Pole Mangement CHIRB
CSS Direction des Soins CHIM

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeur des Soins CHRB : Mr Bernard DORLAND

Comité de pilotage

Ingénieur Qualité CHIM : Fabienne L'HOURL

Accompagnement qualité GHT et personne ressource références
Indicateurs qualité du dossier de patient

CSS :

- M^{me} Lauriane CREMER : Secteurs infantiles CHIM

Cadres de santé et FF SF :

- M^{me} Sylvie BOURGEOIS : cardiologie GHIRM
- M^{me} Manuela GIRAUDEAU : HDJ médecine -oncologie / DSI CHIRB
- M^{me} Layla KOULOUCHE : Consultation de médecine / DSI CHIRB
- M^{me} Audrey FERNANDES : Endocrinologie CHIRB
- M^{me} Nathalie COLOMER : Chirurgie CHIM
- Mr Adel BELLAHCENE: Planning Familial & Cs Obstétrique CHIM

Copilotes et mise en œuvre

Paramédicaux:

- M^{me} Katia DELALANDE: Kinésithérapeute GHIRM
- M^{me} Christel GANDON : IDE référente DPI GHIRM
- Mr Kévin ZAKIN: IDE UHTCD GHIRM
- Mr Armand SEVERIN : IDE référent mouvements GHIRM
- Mr Pierre SPLINGART

Appropriation d'une culture institutionnelle autour des écrits professionnels

Diagnostic de la situation existante

La traçabilité des éléments de la prise en charge dans le dossier de soins est une obligation pour le suivi et la coordination de la prise en charge du patient et pour assurer la sécurité des soins.

Actuellement constat réalisé lors de contrôles de dossiers, d'audits, du suivi quotidien des écrits professionnels et lors de réclamations et plaintes, le manque d'exhaustivité d'informations pour la compréhension de la chronologie de prise en charge du patient ou des situations à risques.

La réflexion du groupe met en évidence l'opportunité de concevoir une stratégie commune d'évaluation des pratiques professionnelles basée sur le référentiel élaboré pour les trois établissements.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Mettre en place une démarche d'audits commune

Objectif n°2 Intégrer les équipes dans la démarche d'audit

Objectif n°3 Améliorer la diffusion des résultats d'audits auprès des équipes

Objectif n°4 Mettre en place les plans d'actions pour l'amélioration des pratiques de la tenue du dossier patient informatisé

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Définir le pilotage de la démarche
Etape n°1-2	Elaborer le protocole d'audit du dossier patient informatisé du GHT
Etape n°1-3	Réaliser les grilles d'audits
Etape n°2-1	Prévoir du temps dédié à l'amélioration des pratiques dans les services (audits, restitution).
Etape n°2-2	Former et accompagner les équipes dans la démarche d'audit
Etape n°3-1	Définir les modalités de restitution des audits auprès des équipes
Etape n°4-1	Pilotage des plans d'actions en fonction des résultats locaux, de pôles, institutionnels et GHT
Etape n°4-2	S'assurer du suivi des plans d'actions

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Dégager du temps pour institutionnaliser la démarche
- Pilotage et coordination GHT
- Outils performants d'analyse, de communication
- Evolution de DPI
- Temps consacré aux formations
- Mobilisation des équipes

Moyens humains

- Directions des Soins
- Direction Qualité
- Encadrement
- Formateurs identifiés
- Equipes de soins
- Editeur du DPI
- Direction du Service Informatique

Moyens matériels et financiers

- Logiciel commun d'analyse (SPHINX)
- Equipement informatique ?
- Coût des formations internes

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Mesure des écarts au regard des bonnes pratiques.
- Nombre de professionnels formés à l'audit.
- Nombre de restitutions faites dans les services

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1					x															
Etape n°1-2							x													
Etape n°1-3									x											
Etape n°2-1										x										
Etape n°2-2												x								
Etape n°3-1														x						
Etape n°4-1																	x			
Etape n°4-2																				x

Références bibliographiques et réglementaires

AXE 2 : PRODIGUER DES SOINS D'EXCELLENCE

Thème 3 : Promouvoir la qualité des soins

La qualité de la prise en charge du patient et l'assurance de la continuité de son parcours sont les objectifs principaux développés dans ce thème. Il s'agit de décliner les principes d'organisation des activités soignantes au sein des filières et des parcours de l'offre de soins identifiés dans le PMP.

Les thématiques transversales devront se décliner au sein des filières ou des départements médicaux. La bientraitance est un thème sociétal. Aborder la question de la maltraitance et de sa prévention est un investissement du prendre soin. Chaque soignant peut s'y trouver confronté dans une situation de vulnérabilité. Ainsi la prise de conscience des professionnels est indispensable, au préalable, de la mise en place d'outils d'accompagnement pertinents et réfléchis généralisables au sein du GHT.

La douleur est un sujet à part entière dans la certification. Les connaissances non pharmacologiques ont progressé mais les obstacles au développement restent nombreux. Ce projet de soin partagé est l'opportunité de consolider cette prise en charge. Il permettra la reconnaissance des ressources existantes développées par certains soignants mais non utilisées par méconnaissance.

L'accroissement du nombre de maladies chroniques, ainsi que les limites multi factorielles d'observance des traitements prescrits, incitent fortement à mettre l'accent sur la promotion des démarches éducatives, sur l'organisation de l'éducation thérapeutique et à en renforcer ses effets. Cela peut s'envisager à l'échelle du GHT, en bénéficiant de regroupement d'équipes, de mise en commun de savoir-faire et de mobilisation des ressources matérielles.

La promotion et le développement des programmes d'Education Thérapeutique Patient (ETP) sont donc des enjeux majeurs du Projet de Soins partagé du GHT, sachant qu'il existe déjà des programmes ETP mis en place sur les trois établissements. Permettre une « cohésion » sur ce thème semble essentiel.

La prévention de l'altération cutanée et celle de la dénutrition de nos patients pris en charge deviennent des actions indispensables d'une prise charge qualitative du soin.

Enfin, les associations de patients, d'usagers et les bénévoles sont sollicités et participent à l'élaboration des projets autour du soin.

Six fiches action déclinent l'ensemble de ces sujets transversaux à l'ensemble des prises en charges en soins.

[2.3.1 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance](#)

[2.3.2 Prise en charge de la douleur et développement des approches paramédicales psychocorporelle](#)

[2.3.3 Démarche éducative et promotion de la Santé](#)

[2.3.4 Prise en charge de l'intégrité cutanée](#)

[2.3.5 Prise en charge de l'état nutritionnel](#)

[2.3.6 Ouverture de l'hôpital vers les usagers, les associations, et les bénévoles](#)

Fiche action n°2.3.1

PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE ET PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE.

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordinatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

- M^{me} CHIALI Sandrine
- M^{me} LALLEMAND Laura
- M^{me} WILLEFERT Mathilde – Ingénieur Qualité
- M^{me} TROUSSARD Marie Christine – Cadre de santé
- Mr LOUZOLO Daniel – Cadre de santé et Président du Comité Ethique

Participants au projet et à sa mise en œuvre.

Diagnostic de la situation existante

Sur les 3 établissements, formations communes : Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance.
 Montreuil : questionnaire pratique réalisé et remis à tous les professionnels
 Montfermeil : Charte intimité, dignité diffusée et affichée dans les services
 Aulnay : EPP réalisées

Objectifs et résultats attendus

Objectif final	Promouvoir une attitude professionnelle rassurante et sécurisante pour le patient et le rendre acteur de sa prise en charge.
Objectif n°1	Mettre en place des mesures préventives Evaluer les pratiques professionnelles.
Objectif n°2	Sensibiliser les professionnels à la bientraitance, réaliser une charte commune au GHT.

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

Etape n°1	Identifier les situations à risque de maltraitance en lien avec la spécificité des services (pratiques à risque, contraintes de certains locaux, ...) et les prévenir.
Etape n°1-2	Réaliser des audits ou EPP
Etape n°1-3	Analyser les résultats
Etape n°1-4	Mettre en place les actions d'amélioration
Etape n°2	Rédiger la charte commune
Etape n°2-1	Diffuser la charte commune sur les 3 établissements dans les services et s'assurer de son appropriation
Etape n°3	Mise en place de formations communes au GHT et augmenter le nombre de sessions. Tenir compte de la participation des soignants en rendant cette formation institutionnelle obligatoire.
Etape n°4	Proposer des réunions-discussions au comité d'éthique local sur les situations à risque repérées dans les services. Le gestionnaire des risques sera invité à ces réunions.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de temps
- Difficultés de regrouper les agents des 3 établissements

Moyens humains

- Groupe présent
- Disponibilité des acteurs pilotes du groupe

Moyens matériels et financiers

- Ordinateur
- Plastification de la charte couleur pour la diffusion dans chaque unité du GHT.

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Résultats des audits, EPP

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Nombre de personnels ayant suivis les formations
 Nombre de plaintes et d'évènements indésirables déclarés
 Résultats des audits, EPP

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x	x	x	x												
Etape n°2					x	x	x	x	x											
Etape n°3									x	x	x									
Etape n°4											x	x	x	x						

Références bibliographiques et réglementaires

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé
 Instruction ministérielle N°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance
 Circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS
 « Le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels en établissements de santé et en EHPAD »- HAS- FORAP-Mai 2012
 Critère 10 - Manuel de certification des établissements de santé - HAS V2010

Fiche action n°2.3.2

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES PARAMÉDICALES PSYCHOCORPORELLES.

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordinatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

- M^{me} GILI Emmanuelle – Cadre de santé
- M^{me} TRINQUANT Juliette - IADE
- M^{me} VENDRUSCOLO Laurence – Infirmière douleur
- Equipes mobiles de soins palliatifs et douleur
- Membres du CLUD
- Représentants des usagers

Participants au projet et à sa mise en œuvre.

Diagnostic de la situation existante

CLUD et équipe mobile de soins palliatifs dans les 3 établissements.
 Formations sur la prise en charge de la douleur.
 DU douleurs.
 DU Hypnose
 Protocoles douleurs (utilisation du protoxyde d'Azote...)
 Arthérapie, Aromathérapie, Acupuncture, Musicothérapie, Toucher Massage, sophrologie, Taï Chi....
 Consultation douleur chronique et HDJ
 Appel du lendemain en chirurgie ambulatoire
 Référénts douleur

Objectifs et résultats attendus

Objectif final	Recherche systématique de la douleur à l'arrivée du patient et répondre à la douleur des patients, après une évaluation de son intensité tout au long du parcours de soins.
Objectif n°1	Cartographier les différents moyens de prise en charge de la douleur : médicamenteuse et non médicamenteuse.
Objectif n°2	Suivre l'évolution des indicateurs par pôle sur le GHT

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

Etape n°1	Renforcer la formation des personnels du GHT (évaluation de la douleur et traçabilité tout au long du parcours du patient selon les indicateurs de l'HAS.
Etape n°2	Identifier les soins douloureux et les techniques d'approche non médicamenteuse par spécialité formaliser leurs prises en charge
Etape n°3	Développer les approches paramédicales psychocorporelles
Etape n°4	Elaborer des protocoles de prise en charge afférents : CLUD GHT
Etape n°5	Mettre en place des audits réguliers, par les cadres, des bonnes pratiques en matière de prise en charge de la douleur
Etape n°6	Mettre en place des indicateurs communs permettant de répondre aux IQSS

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficultés à regrouper les agents des 3 établissements.
- Manque de temps.
- Manque de matériel pour les approches psychocorporelles
- Turn-over du personnel
- Pouvoir rendre disponible les agents pour les formations et les techniques

Moyens humains

- Remplacer les agents sur leur temps de formation
- Auditeurs internes
- Personnels soignants formés
- Référents douleur par service ou spécialités

Moyens matériels et financiers

- Enveloppe budgétaire pour l'achat d'huiles essentielles, pour licence musique, appareil PCA...
- Prévoir un budget pour les formations

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Résultats des audits

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Indicateurs IQSS
 Résultats des audits
 Enquêtes de satisfaction des patients
 Taux de professionnels formés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1			x	x	x	x	x	x	x	x										
Etape n°2					x	x	x	x	x	x										
Etape n°3								x	x	x	x									
Etape n°4							x	x	x	x	x									

Références bibliographiques et réglementaires

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé – article L. 1110-5 du code de la santé publique
 Circulaire DGH/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
 Programme de lutte contre la douleur 2006/2010
 Critère 12a – Manuel de certification des établissements de santé – HAS V2010
 Résultats des audits

Fiche action n°2.3.3

DÉMARCHE ÉDUCATIVE ET PROMOTION DE LA SANTÉ.

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordinatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} DEL PINO Stéphanie – cadre de santé M ^{me} LUTGEN Isabelle – Cadre de santé M ^{me} VISTE Sandrine – Infirmière ETP Asthme Diététiciennes Infirmières ETP Asthme	Participants au projet et à sa mise en œuvre.
---	---

Diagnostic de la situation existante

Aulnay :	6 ETP validés ARS
Montfermeil :	5 ETP validés ARS
Montreuil :	3 ETP validés ARS
Journées de prévention de la santé (dépistage colorectal, handicap, insuffisance rénale, vaccination, dépistage cancer du sein, hygiène des mains, semaine sécurité patients....)	

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Accompagner le patient dans la compréhension et l'acceptation de sa maladie chronique, sa réhabilitation et son observance pour prévenir les rechutes et l'aggravation précoce de l'état de santé
Objectif n°2	Développer les journées de sensibilisation à la promotion de la santé

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

Etape n°1-1	Identifier les programmes ETP existants sur les 3 établissements en cohérence avec les filières de soins du PMP.
Etape n°1-2	Assurer la formation continue et/ou qualifiante des soignants (40 heures) permettant de développer une démarche éducative
Etape n°2-1	Identifier les besoins nouveaux en Education à la santé (nutrition, stomathérapie, incontinence, mobilité, et différentes spécialités médicales)
Etape n°2-2	Identifier et développer des programmes d'ETP en cohérence avec les filières de soins
Etape n°2-3	Evaluer les démarches éducatives
Etape n°2-4	Organiser les journées thématiques de sensibilisation à l'Education au sein du

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficultés à développer des ETP ou des démarches thérapeutiques sur les 3 établissements
- Fidéliser les professionnels formés

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés pour la mobilité sur les 3 établissements ▪ Difficultés à identifier des personnels et temps dédiés à l'ETP | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget des formations ▪ Budget des remplacements |
|--|---|

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Traçabilité dans le DPI des actions de prévention et d'éducation à la santé réalisées à l'admission, pendant le séjour et à la sortie du patient par le personnel paramédical

Nombre de programmes validés par l'ARS

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Taux de personnels formés

Nombre de journées de prévention réalisées sur les établissements du GHT

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1		x	x																	
Etape n°2				x	x	x	x	x												
Etape n°3								x	x	x	x									
Etape n°4											x	x	x	x						

Références bibliographiques et réglementaires

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme – INPES / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – 2013

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.has-sante.fr>

Fiche action n°2.3.4

PRISE EN CHARGE DE L'INTÉGRITÉ CUTANÉE

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordinatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

M^{me} Catherine LE GALL – Infirmière Stomathérapeute et référente en Plaies et Cicatrisations, Pilote du Groupe Escarre
M^{me} TROUOSSARD Marie Christine – Cadre de santé et référente en Plaies et Cicatrisations
M^{me} LECANTE Véronique – PUI
Diététiciennes

Diagnostic de la situation existante

Etats des lieux sur les 3 établissements :

- IDE référente formée sur les stomies, plaies et cicatrisations sur le GHILRM
- Formation DU Plaies et Cicatrisation, DU Pied diabétique
- Groupe Escarres– Plaies et cicatrisations sur les 3 établissements
- Elaboration de procédure sur la « Prise en charge d'un patient porteur d'escarres », et sur la « Prise en charge d'un patient à risque d'escarres », de protocoles sur les plaies aiguës, et plaies chroniques
- Elaboration de protocoles sur les pansements (brûlures, abcès, plaie aigüe, sinus pylonidal, panaris, ORL)
- Affiche sur les Escarres « Traitement des plaies chroniques »
- Guide pour le traitement préventif et curatif de l'Escarre, Classeur Escarre, Classeur Plaies et Cicatrisations
- Grilles d'évaluation du niveau de risque d'escarre : Echelle de Norton et/ou de Braden
- Formation : congrès plaies et cicatrisation, Escarre
- Enquête de Prévalence Escarre ARS, Campagne ARS « Sauve ma peau »
- EPP sur les escarres réalisées sur le SSR en Janvier 2019, sur la prise en charge des plaies cutanées chroniques (Dr Bilan)
- Matériel de prévention : location de matelas à air
- Indicateurs internes : évaluation de 5 dossiers chaque mois sur le MCO, la psychiatrie et le SSR depuis septembre 2017.
- IQSS : Traçabilité de l'évaluation du risque escarre en MCO – SSR – HAD
- Prévention de la dénutrition

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Prévenir et favoriser l'intégrité cutanée des patients en harmonisant les pratiques sur les 3 établissements
Objectif n°2	Former le personnel IDE et AS sur la prise en charge de l'intégrité cutanée et le traitement des plaies
Objectif n°3	Développer les compétences infirmières par l'acquisition du DU Plaies et Cicatrisations, et DU Escarres (concerne aussi les AS)

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

Etape n°1	Traçabilité à développer : utilisation systématique des échelles de cotation dès l'entrée du patient et/ou à tout changement de l'état clinique, et tous les 7 jours
Etape n°2	Sensibilisation du personnel sur l'utilisation des pansements (connaissance des différentes classes)
Etape n°3	Pérenniser et re-sensibiliser le personnel à la journée de formation escarre
Etape n°4	Participer aux enquêtes de prévalence et mettre en place des actions correctives (étude de marché pour la location de matelas)

Etape n°5	Education du patient au regard de la plaie durant son séjour
Etape n°6	Partager les pratiques en termes de protocoles, gestion des matelas, pansements et matériels au sein du GHT
Etape n°7	Utiliser les compétences des personnels formés pour la réalisation d'EPP

Identification des freins et des vigilances éventuels

--

Moyens humains

- Faire vivre le groupe Plaies et Cicatrisations sur chaque établissement
- Coordonner les actions
- Pouvoir détacher les IDE et AS aux journées de formation

Moyens matériels et financiers

- Evaluer les besoins en matériels support sur les 3 établissements (pédiatrie, adulte)
- Prévoir le budget pour les formations diplômantes

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Nombre d'échelles de cotation réalisées et tracées dans le dossier de soins (Braden / Norton)
Traçabilité des soins dans le DPI (fiche pansement, location de matelas, positionnement, prise en charge diététique, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Nombre d'échelles de cotation réalisées et tracées dans le dossier de soins (Braden / Norton)
Nombre de personnel formé
Résultats des audits et enquêtes de prévalence
Nombre d'EPP réalisés et plans d'actions mis en œuvre
Indicateurs IQSS
Mise en conformité avec les critères HAS - Certification V 2020

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1		x	x	x	x	x	x													
Etape n°2				x	x	x	x	x	x											
Etape n°3						x	x	x	x	x										
Etape n°4							x	x	x	x	x	x								

Références bibliographiques et réglementaires

Manuel de Certification V 2014
Société Française de l'Escarre – Recommandations – <http://epuap2019.org>
Congrès Plaies et Cicatrisations 2019
Société Française et Francophones des Plaies et Cicatrisations – SFFPC
Le Pansement – Indications et utilisation recommandées – Avril 2014 – HAS
Protocoles du CLIN
Congrès des stomathérapeutes
AFET : Association française d'Entérosma-Thérapeutes

Fiche action n°2.3.5

PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordonnatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

ZAVERIO Brigitte – Cadre de santé Diététique
 TEYSSIER Constance - Diététicienne
 SILVESTRE Laura - Diététicienne
 TISSIER Sylvie - Diététicienne
 Les membres du CLAN locaux et GHT
 IDE et AS

Diagnostic de la situation existante

- Prescription médicale des régimes et liaison directe avec le logiciel de commande des repas. (1 Ets/3)
- Une diététicienne référente par service
- Transmissions ciblées dans le DPI – IQSS
- Dépistage systématique de la dénutrition (2 Ets/3)
- formation pour les AS « Le repas est un soin », sur l'aide au patient pendant le repas par les diététiciennes (1 Ets/3)
- Commande informatisée des repas
- Commissions des menus
- Enquêtes de satisfaction
- Suivi des ingesta ponctuel à la demande
- Existence d'un CLAN dans chacun des établissements
- Mise en place d'un CLAN GHT en janvier 2019 – Mise en place d'un groupe de travail projet restauration du GHT en 2019

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Dépister les troubles nutritionnels et garantir un soin nutritionnel de qualité adapté à l'état de santé du patient et harmonisation des pratiques
Objectif n°2	Elaborer une politique nutritionnelle commune aux services diététiques du GHT.
Objectif n°3	Développer l'approche du repas en tant que soin, auprès des personnels, pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Définir les stratégies de dépistage systématiques de la dénutrition sur le GHT (profil protéique, MNA)
Etape n°1-2	Evaluer les pratiques professionnelles des équipes.
Etape n°2-1	Mise en place de la démarche de soin diététique sur le GHT.
Etape n°2-2	Elaborer des prises en charge nutritionnelles spécifiques (enfant, adulte et personne âgée), en lien avec le CLAN.
Etape n°3-1	Développer sur le GHT la formation sur le repas en tant que soin.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Veiller à tourner sur les 3 sites pour les différentes réunions
- Mobiliser les agents pour la participation au niveau GHT
- Vigilance sur la politique nutritionnelle afin qu'elle puisse s'appliquer sur les 3 sites
- Assurer une cohérence entre les missions CLAN locaux et GHT

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Pouvoir détacher les IDE et AS aux journées de formation.

Prévoir le budget pour les formations.

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- nombre d'agents déjà formé à la formation repas/soin
- dates des prochaines formations en 2019

- nombre de formations proposées
- nombre d'agents formés
- IQSS

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1			x	x	x	x	x	x												
Etape n°2				x	x	x	x													
Etape n°3								x	x	x	x									
Etape n°4										x	x	x	x							
Etape n°5						x	x	x												

Références bibliographiques et réglementaires

Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.
 Plan National Nutrition Santé 2019-2021 – Recommandations – INPES
 Groupement d'Etude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition (GEMRCN) - 2019
 Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée - Janvier 2008 – HAS
 Le « Livre Blanc des diététiciens, des besoins reconnus, des actes attendus » – Avril 2017 – Association française des Diététiciens Nutritionnistes (AFDN)
<http://www.has-sante.fr>

Fiche action n°2.3.6

OUVERTURE DE L'HÔPITAL VERS LES USAGERS, LES ASSOCIATIONS ET LES BÉNÉVOLES

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} OGEZ Florence	Cadre supérieure de santé
M ^{me} MAMELLI Eléna	Cadre supérieure de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieure de santé
M ^{me} DAIRE Sophie	Sage-femme coordonnatrice en maïeutique
M ^{me} FONTA Marie Claire	Coordonnatrice générale des soins

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr Thierry SAINTE MEME - Associations de patients, représentants des usagers
 M^{me} Mathilde WILLEFERT - Ingénieur Qualité
 Représentants du CDU chargé des relations avec les usagers (Mr NAAMAN Ahmed, M^{me} TURKIELTAUB Sandrine)
 Représentant de la Direction Communication

Diagnostic de la situation existante

Des associations de patients existent sur les trois sites mais ne sont pas forcément connues des services. Seuls les services concernés les connaissent.

Aulnay-Sous-Bois : oncologie, pédiatrie, déficience visuelle

Montfermeil : oncologie, cardiologie, Hépatogastro-entérologie, Unité de soins palliatifs, consultation de gériatrie, Long séjour et EHPAD

Le diagnostic de Montreuil reste à objectiver

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Favoriser la participation des usagers, bénévoles et associations dans l'élaboration des projets de soins Favoriser l'accès aux représentants des cultes
--------------	---

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Proposer à un membre de la CDU d'intégrer la CSIMRT de territoire Un représentant des usagers siège en tant qu'invité au CSIMRT de territoire
Etape n°2	Cartographier les associations, les réseaux et les bénévoles intervenants sur chacun des sites et les diffuser dans les services.
Etape n°3	Associer les représentants des usagers aux journées thématiques dans les trois établissements
Etape n°4	Sensibiliser les professionnels aux actions des associations et des bénévoles

Identification des freins et des vigilances éventuels

La place des usagers dans les institutions hospitalières doit être de plus en plus importante.

Elle ne vient pas concurrencer l'action des services cliniques de l'hôpital mais est complémentaire à l'action de ces derniers par l'aide psychologique apportée aux patients.

Le manque de connaissance des associations de malades sur son établissement par les services est un frein pour une meilleure prise en charge de qualité pour les patients.

Moyens humains					Moyens matériels et financiers															
Peu de représentation des usagers et d'association de bénévoles Création d'une maison des usagers Approche culturelle des soignants à la participation des familles et des aidants, des bénévoles à la prise en charge des patients.																				
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de journées à thème organisées sur les établissements Nombre de participation des associations, des représentants des usagers aux groupes de travail et instances (CLAN locaux, CLIN, CDU, ...) 										Nombre d'associations, bénévoles et réseaux sur les 3 établissements										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape n°1				x	x	x														
Etape n°2					x	x	x													
Etape n°3						x	x	x												
Etape n°4				x	x	x														
Références bibliographiques et réglementaires																				
CIRCULAIRE N°DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé Guide du représentant des usagers du système de santé – Vème Edition Projet régional de Santé d'Ile de France – Schéma régional de santé 2018 - 2022																				

AXE 2 : PRODIGUER DES SOINS D'EXCELLENCE

Thème 4 : Assurer la sécurité des soins

L'axe 2 du PSP s'articule autour des soins d'excellence par l'analyse et le développement de la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins.

Il privilégie des actions en faveur de l'harmonisation et la sécurisation des pratiques de soins à l'échelle du GHT.

Cette décision d'intégrer des actions relatives à la sécurité des soins dans le PSP permettra de répondre à la mission première de l'hôpital en matière de sécurité des soins, d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en optimisant leur satisfaction, d'uniformiser les pratiques soignantes sur un territoire défini et d'assurer un accès égal aux soins.

Si la DGOS et l'HAS portent certains thèmes comme l'identitovigilance et la conciliation médicamenteuse, le groupe de travail du PSP GHT 93 EST a décidé d'étendre son champ de réflexion à d'autres sujets.

Aussi, à travers les soins d'excellence et la sécurité des soins seront abordés 6 fiches :

2.4.1 Prévention et prise en charge des chutes

2.4.2 Risque infectieux lié à des micro-organismes à risque épidémique

2.4.3 Prise en charge des urgences vitales

2.4.4 Identitovigilance : bon soin au bon patient

2.4.5 Sécurité transfusionnelle

2.4.6 Management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et du circuit des dispositifs médicaux stériles

Fiche action n°2.4.1

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CHUTES

Responsable du projet

Nom : Me Chantal DAGNEAUX Me Cécile LANCIEN Me Nadine PASTRE Me Nathalie VANDEVELDE Me Sandrine WICK	Fonction : Cadres supérieures - pilotes
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

M^{me} LANCIEN, M^{me} PRETOT

A définir selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Ballanger : Existence d'un groupe chute au sein du CHIRB. Se réunit plusieurs fois par an afin d'analyser les causes des chutes de patients. Procédure de déclaration de chute utilisée par les soignants présente sur l'établissement. Implication dans la démarche « Pare à chute » déclinée par l'ARS. Formation «prévention des chutes » animée en intra par des kinés.

Montfermeil : Existence d'un groupe chute sur l'établissement avec mise en place de plaquette de bon chaussage à l'usage des patients et des soignants. Implication dans la démarche « Pare à chute » ainsi que sur le programme universel contre les chutes.

Montreuil : Pas de groupe chute sur l'établissement à ce jour. Doit être créé prochainement. Les déclarations de chute sont effectuées sur 2 supports différents

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Harmoniser les déclarations des chutes
Objectif n°2	Sensibiliser aux risques de chutes causées par un mauvais chaussage
Objectif n°3	Réaliser des EPP

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

Etape n°1	Créer un groupe chute GHT
Etape n°1-2	Uniformiser la procédure de déclaration de chute et le PUC (Programme Universel contre les Chutes)
Etape n°1-3	Créer une fiche commune de déclaration de chute et la présenter aux instances et dans les services
Etape n°1-4	Resensibiliser les agents à la déclaration de chute
Etape n°2-1	Présenter et expliquer la plaquette « du bon chaussage » aux soignants
Etape n°2-2	Afficher la plaquette dans chaque chambre et plateau technique et l'expliquer au patient ainsi que son entourage.
Etape n°3-1	Effectuer un état des lieux par les membres du groupe chute sur les facteurs extrinsèques provoquant des chutes chez les patients
Etape n°3-2	Présenter les résultats de l'état des lieux aux instances et proposer des axes d'amélioration

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Implication irrégulière des soignants face aux risques de chute de patients ;
- Temps consacré à réaliser l'état des lieux et mettre en place des actions correctives

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Professionnels de santé Membres du groupe chute	Investissement dans les plaquettes de chaussage à installer dans les chambres des services et les plateaux techniques.

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
<ul style="list-style-type: none"> Les procédures sont harmonisées fin 2019 ; Les plaquettes sont imprimées et expliquées aux agents début 2020 ; L'état des lieux est réalisé sur les 3 établissements fin 2021. 	La procédure commune est utilisée par les soignants ; Toutes les plaquettes sont affichées dans les lieux définis ; Les résultats de l'état des lieux sont présentés ainsi que les axes d'amélioration.

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1								x												
Etape n°2						x														
Etape n°3																x				

Références bibliographiques et réglementaires

Références bibliographiques :

- HAS : Amélioration des pratiques et sécurité des soins La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – mars 2012
- Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – Recommandations pour la pratique clinique – HAS – Société Française de Gériatrie et Gériologie – Avril 2009
- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – HAS – Société Française de Gériatrie et Gériologie – Novembre 2005

Fiche action n°2.4.2

RISQUE INFECTIEUX LIÉ À DES MICRO-ORGANISMES À RISQUE ÉPIDÉMIQUE

Responsable du projet

Nom : Me Chantal DAGNEAUX Me Cécile LANCIEN Me Nadine PASTRE Me Nathalie VANDEVELDE Me Sandrine WICK	Fonction : Cadres supérieures - pilotes
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} Nadine PASTRE M ^{me} Christelle FEUILLERAT M ^{me} Jacqueline RAISIN M ^{me} Martine DURAND	Référent risque infectieux Montfermeil Référent risque infectieux Aulnay Référent risque infectieux Montreuil
---	---

Diagnostic de la situation existante

Le Raincy Montfermeil, Montreuil, Aulnay les procédures existent
Précautions Standards, Précautions Complémentaires Contact Gouttelettes-Air-Gestion des excréta
Les précautions « standard » sont régulièrement rappelées par des actions de promotion (journées/nuits hygiène des mains, retour ICSHA annuel par service)
Des audits sont réalisés (hygiène mains, excréta)
Surveillance continue de la mise en œuvre des précautions complémentaires et surveillance épidémiologique.
Implication des correspondants en hygiène
Formations institutionnelles et de terrain.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Actualiser et harmoniser les procédures précautions « standard » et complémentaires
Objectif n°2	Harmoniser la surveillance continue de la mise en œuvre des précautions complémentaires
Objectif n°3	Promouvoir les précautions « standard » et complémentaires

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

Etape n°1-1	Rassembler et harmoniser les documents existants
Etape n°1-2	Elaborer une maquette commune (poster, affiche, livret d'accueil...)
Etape n°2-1	Elaborer une grille commune de surveillance respectant les spécificités de chaque site
Etape n°3-1	Organiser en commun la journée mondiale de l'hygiène des mains
Etape n°3-2	Former régulièrement les correspondants en hygiène
Etape n°3-3	Utiliser des méthodes de formation innovantes (simulation, chambre des erreurs)
Etape n°3-4	Réaliser des audits communs
Etape n°3-5	Maitriser la gestion des excréta par l'élaboration de procédures précisant l'indication des sacs hygiéniques et le bon usage des lave-bassins et en vérifiant leur mise en œuvre

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Budget pour la journée hygiène des mains
- Budget pour les consommables nécessaires à la gestion des excréta
- Matériel de simulation
- Disponibilité des correspondants hygiène et des personnels soignants pour assister aux formations
- Difficultés d'homogénéisation de certaines pratiques sur les 3 sites

Moyens humains

Les membres de l'EOH / CLIN
Service qualité et gestion des risques
Les correspondants en hygiène
Services biomédicaux et techniques
Services communication
Services informatiques
Services logistiques
Partenaires projet ou mécénats

Moyens matériels et financiers

Livrets, posters
Moyens informatiques
Matériel pédagogique
Budget pour les consommables
Contrats de maintenance

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Evaluation des pratiques professionnelles
- Indicateurs nationaux IAS
- Nombre d'heures de formation réalisées
- Nombre et % de personnels formés

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Les 3 établissements ont un document commun concernant les précautions « standard »
La surveillance continue de la mise en place des précautions complémentaires est organisée
Un programme de formation aux PS & PC est commun aux 3 établissements

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023				
	T1	T2	T3	T4																	
Etape n°1-1																					x
Etape n°1-2												x									
Etape n°2-1					x		x		x		x		x		x						
Etape n°3-1						x															
Etape n°3-2							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Etape n°3-3							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Etape n°3-4								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Etape n°3-5																	x				

Références bibliographiques et réglementaires

Circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20/04/1998
 Circulaire DGS/DH/DRT n° 99-680 du 8/12/1999
 Circulaire DGS n° 2008-91 du 13/03/2008
 Arrêté du 10/07/2013 ; décret n°2013-607 du 9/07/2013

Fiche action n°2.4.3

PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES

Responsable du projet

Nom :

Me Chantal DAGNEAUX
 Me Cécile LANCIEN
 Me Nadine PASTRE
 Me Nathalie VANDEVELDE
 Me Sandrine WICK

Fonction :

Cadres supérieures - pilotes

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr BULOT Fabrice

IDE service du SMUR et membre du groupe de réflexion des urgences vitales (CHIRB)

M^{me} LEBORGNE Sabrina

Cadre de santé service pharmacie (CHIM)

M^{me} PATRON Elodie

FF cadre de santé service de cardiologie (CHIRB)

Diagnostic de la situation existante

La formation AFGSU est une obligation institutionnelle pour les paramédicaux. Cette formation dure 3 jours (formation initiale) et les professionnels doivent être recyclés (date anniversaire) tous les 4 ans sur 1 journée. Si la date de recyclage est passée, l'agent doit suivre une nouvelle fois la formation initiale.

Tous les services sont équipés de chariots d'urgence qui doivent être vérifiés par les équipes soignantes.

Toutes interventions reconnues médicalement comme une urgence vitale doit faire l'objet d'un résumé d'intervention.

Les échanges ont permis de mettre en exergue des écarts entre les préconisations et les résultats observés.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer l'accès à la formation à l'ensemble des professions de santé mentionnées dans la quatrième partie du code de santé publique ou à l'ensemble des personnels travaillant au sein du GHT
Objectif n°2	Assurer la vérification des chariots d'urgence
Objectif n°3	Assurer un suivi du résumé d'intervention
Objectif n°4	Réaliser des ateliers de formation complémentaires à l'AFGSU au sein des services

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

Etape n°1-1	Réaliser un état des lieux sur le nombre de professionnels formés
Etape n°1-2	Homogénéiser les formations AFGSU et permettre l'accès au laboratoire de simulation de Montreuil
Etape n°1-3	Créer un outil permettant le suivi des formations des professionnels et le présenter aux cadres
Etape n°2-1	Créer un tableau de recueil commun afin de réaliser un état des lieux
Etape n°2-2	Harmoniser les procédures de vérification des chariots d'urgence
Etape n°2-3	Créer un tableau de traçabilité informatique
Etape n°2-4	Présenter aux cadres et aux professionnels le tableau de traçabilité
Etape n°2-5	Construire une grille d'audit commune afin de suivre l'évolution des traçabilités
Etape n°2-6	Présenter des résultats avec mise en place d'axes d'amélioration, si nécessaire
Etape n°3-1	Créer un tableau de recueil commun afin de réaliser un état des lieux
Etape n°3-2	Harmoniser la fiche de suivi des résumés d'intervention sur informatique
Etape n°3-3	Présenter la fiche aux cadres et professionnels ainsi que son intérêt

Etape n°3-4	Construire une grille d'audit commune afin de suivre l'évolution de la transmission des fiches du résumé d'intervention
Etape n°3-5	Présenter les résultats avec mise en place d'axes d'amélioration, si nécessaire

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Le temps
- Le détachement des agents en formation (formation initiale de 3 jours de suite)
- Défaut du suivi des recyclages des professionnels entraînant une incidence sur le temps de formation nécessaire (3 jours pour la formation initiale contre 1 jour pour la formation continue)

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cadres de santé ▪ Personnel paramédical ▪ Service de la qualité ▪ Service de la formation continue ▪ Formateurs aux gestes et soins d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût de la formation continue ▪ Coût du matériel nécessaire à la formation

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grille d'audit et de dépouillement rédigées et mesure des écarts 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de vérification des chariots d'urgence ▪ Taux de retour des fiches de résumé d'intervention ▪ Taux de personnel formés à l'AFGSU ▪ Taux de personnels recyclés ▪ Taux de personnel n'ayant pas bénéficié du recyclage sur les 4 ans et devant suivre une formation initiale

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1							x													
Etape n°2									x											
Etape n°3														x						
Etape n°4																				x

Références bibliographiques et réglementaires

Référence réglementaire :

- Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation et formation aux gestes et soins d'urgences

Référence bibliographique :

- HAS : Certification des établissements de santé Guide thématique des experts-visiteurs Prise en charge des urgences et des soins non programmés - Septembre 2014

SFMU Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières Conférence d'experts - 2004

Fiche action n°2.4.4

IDENTITOVIGILANCE : BON SOIN AU BON PATIENT

Responsable du projet

Nom :

Me Chantal DAGNEAUX
 Me Cécile LANCIEN
 Me Nadine PASTRE
 Me Nathalie VANDEVELDE
 Me Sandrine WICK

Fonction :

Cadres supérieures - pilotes

Acteurs concernés

M^{me} Mpinda, M^{me} Villiers, Mr Pereira, M^{me} Condette

Rôle et mission

A définir selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

- Existence d'une cellule d'Identitovigilance (CIV) **A - M - Mt**
- Charte de fonctionnement CIV existante à **A**
- Documentation :
 - Règles d'Identitovigilance générale (création, modification Identité) et cas particuliers (Nouveau-né, sous secret, anonyme, protection...) **A - M - Mt**
 - Pose bracelet **A - M - Mt**
 - Affiche Information au patient **A et M**
 - Affiche Information du personnel soignant et administratif **M**
 - Procédure de signalement d'erreur d'identité et doublons (Fiche, CREIX) **A et M**
 - Procédure de fusions **A - M - Mt**
 - Procédure d'Usurpation d'Identité **M**
- PAQSS suivi par la Direction qualité **A - M**
- Présentation de l'item Identitovigilance aux nouveaux arrivants **A - M - Mt**

Aulnay : **A** - Montfermeil : **M** - Montreuil : **Mt**

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Harmoniser la documentation en matière d'identitovigilance sur les 3 établissements

Objectif n°2 Sensibiliser les soignants et les administratifs à l'identitovigilance

Objectif n°3 Réaliser des audits dans une démarche DPC

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1 Créer un groupe CIV GHT

Etape n°1-2 Harmoniser et réactualiser les procédures et documents en lien avec l'identitovigilance, les présenter et les diffuser

Etape n°2-1 Harmoniser les formations au sein du GHT

Etape n°2-2 Organiser des formations internes

Etape n°3-1 Rédiger une grille audit commune

Etape n°3-2 Audit des pratiques avant et après les formations avec élaboration d'un plan d'actions

Etape n°3-3 Présenter les résultats avec mise en place d'axes d'amélioration si nécessaire

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de temps dédié des personnes missionnées (détachement à prévoir)
- Pas de pilote de la CIV Montfermeil (départ prochain en retraite)

Moyens humains

- Auditeurs
- Service qualité (moyen, méthodes)

Moyens matériels et financiers

- Budget formation pour sensibilisation et audits
- Système documentaire

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- 30 % de rédaction-révision des documents en Décembre 2020
- CIV opérationnelle fin 2020

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Harmonisation des procédures, des documents et des formations sur les 3 sites.
- Audit Port du bracelet d'identification
- CIV GHT opérationnelle en 2023

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1								x												
Etape n°2												x								
Etape n°3									x											

Références bibliographiques et réglementaires

Références réglementaires :

- Instruction DGOS/MSIOS no 2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins

Références bibliographiques

- HAS - Certification des établissements de santé Guide thématique des experts-visiteurs Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge Septembre 2014

Fiche action n°2.4.5

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

Responsable du projet

Nom : Me Chantal DAGNEAUX Me Cécile LANCIEN Me Nadine PASTRE Me Nathalie VANDEVELDE Me Sandrine WICK	Fonction : Cadres supérieures - pilotes
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} Christel ESNAULT, Mr David LE COSTOVEC, M ^{me} Eléna MAMELLI, M ^{me} Eléna DAVID M ^{me} Cécile COTELLE, M ^{me} Thi My Linh LEROY Médecins référents des 3 sites	A définir selon les étapes du projet
--	--------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

- **Dysfonctionnements communs constatés dans le domaine transfusionnel**
Modalités de prélèvement des groupes sanguins non respectées
Préparation du patient incomplète (prise de constantes sauf pour Montreuil)
Informations du patient pré- et post-transfusionnelle insuffisante
Horaires de certaines transfusions inadaptées
Difficultés de transfuser dans les services d'hospitalisation
- **Documentation**
Les trois établissements disposent de documents appartenant au dossier transfusionnel et de procédures en lien avec la pratique transfusionnelle.
- **Des axes de travail commun déjà en place :**
 - Un logiciel
 - Les documents qui composent le dossier transfusionnel sont communs à l'ensemble des 3 sites
 - Projet de positionner 1 Médecin et 1 IDE sur le GHT pour la formation
- **Sur le plan de la formation en sécurité transfusionnelle pour les personnels paramédicaux et les Sages femmes**

Ballanger : E-Learning actuellement mis en place pour la formation du personnel.

Montfermeil : 2 volets :

- Habilitation (alliant sensibilisation, prévention et vérification des acquis) des IDE et sages-femmes à la prise de poste, et réhabilitation tous les 3 ans, par l'éducatrice en hémovigilance. Reprise de cette activité en cours, après l'absence d'une éducatrice durant une période d'un an.
- Formation théorique assurée par le référent médical en parallèle.

Montreuil : 3 volets :

- Contrôle ultime pour les nouveaux arrivants au laboratoire, formations en ½ journées sur le contrôle ultime (5 ½ journées / an)
- Conduite à tenir devant un accident transfusionnel» au laboratoire de simulation en équipe pluri professionnelle
- E-learning (100/an) pour IDE en poste et nouveaux arrivants (100% des urgences en 2019 + nouveaux arrivants)

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Harmoniser et réactualiser les procédures et documents en lien avec la transfusion
Objectif n°2	Harmoniser les pratiques de formation en sécurité transfusionnelle
Objectif n°3	Réaliser un audit sur les bonnes pratiques transfusionnelles afin de déterminer l'origine des dysfonctionnements constatés

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Faire un état des lieux des documents existants relatifs à la sécurité transfusionnelle
Etape n°1-2	Rédiger des procédures et documents communs

Etape n°1-3	Présenter les procédures et documents aux instances pour validation
Etape n°2-1	Mettre en commun les pratiques de formation du personnel existantes sur chaque établissement
Etape n°2-2	Elaborer un plan de formation commun aux trois établissements en tenant compte des spécificités de chacun. (Laboratoire de stimulation de Montreuil).
Etape n°2-3	Présenter aux instances le projet commun à mettre en place pour validation
Etape n°2-4	Nominer ou recruter un ou plusieurs éducateur(s) en hémovigilance, en fonction des besoins du projet validé
Etape n°3-1	Déterminer les axes à évaluer en fonction des difficultés rencontrées sur chaque établissement
Etape n°3-2	Elaborer une grille d'évaluation et en déterminer les modalités d'application
Etape n°3-3	Réaliser les audits dans les services ciblés
Etape n°3-4	Déterminer les axes d'amélioration prioritaires

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Eloignement géographique
- Diversité des pratiques et organisations existantes
- Moyens humains et matériels
- Disponibilité des agents à former
- Turn-over paramédical

Moyens humains

Référent médical en hémovigilance
 Référents non médicaux en hémovigilance
 Cadres de santé
 Représentant de la formation continue
 Représentant du service qualité / GDR
 Membres de CSTH
 Personnel paramédical
 Service informatique

Moyens matériels et financiers

Salle de formation + matériel de transfusion nécessaire aux simulations
 Matériel informatique
 Coût financier lié à la création de poste(s) d'éducateur

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

1. Réalisation de l'audit
2. Présentation des procédures communes aux instances
3. Mise en œuvre effective et harmonisée du plan de formation

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

1. Travail sur les axes d'amélioration
2. Validation et mise en application des documents
3. Formation de X agents annuel

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1					x															
Etape n°1-2							x													
Etape n°1-3									x											
Etape n°2-1											x									
Etape n°2-2													x							
Etape n°2-3														x						
Etape n°2-4															x					
Etape n°3-1																x				
Etape n°3-2																	x			
Etape n°3-3																		x		
Etape n°3-4																				x

Acte transfusionnel :

- Décision du 10/07/2018 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l'article L.1222-12 du code de la santé publique
- Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire
- Décision du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 29 avril 2003 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles.
- Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du code de santé publique.
- Circulaire DGS / DHOS/ AFSSAPS N° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
- Arrêté du 19 juillet 2005 modifiant l'arrêté du 29 avril 2003 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles.
- Arrêté du 24 avril 2002 portant homologation du règlement relatif aux bonnes pratiques de transport des prélèvements, produits et échantillons issus du sang humain.

Formation :

- Recommandations pour optimiser la maîtrise de l'acte transfusionnel / DRASSIF / Aout 2006
- Le Code de Santé Publique précise les règles professionnelles de l'infirmier (ère)s, articles R 4312-1 à R 4312-49 –
- Obligation de formation, cf. article R 4312-10 1^{er} alinéa : « Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles »

Information du patient :

- Loi du 4/03/02 n°2002-303.
- Décret n° 94-68 du 24/01/94 modifié par le décret n°99-150 du 4/03/99 relatif aux règles d'hémovigilance.
- Circulaire n° 98/231 du 9/04/98 relative à l'information des malades en matière de risques liés aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang.
- Circulaire. DGS/DH/AFS n° 97-149 du 26/02/97 relative à l'information dans le cadre de la transfusion.
- Circulaire DGS / DHOS/ AFSSAPS N° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
- Art R1112-2 du Code de la Santé Publique, modifié par décret 2006-119 du 6 février 2006.
- Décret n° 2006-99 du 1 février 2006 relatif à l'Etablissement Français du Sang et modifiant le code de la santé publique.

Gestion des risques :

- Décision relative à la liste régionale des laboratoires de microbiologie référents et les recommandations préconisées par le groupe de travail régional « incident transfusionnel par contamination bactérienne ».
- Décision du 24 décembre 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave.
- Décret no 2007-1110 du 17 juillet 2007 relatif à la biovigilance et à l'hémovigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Décision du 5 janvier 2007 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'effet indésirable survenu chez un receveur de produit sanguin labile
- Décision du 6 novembre 2006 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'art L.1223-3 du code de la santé publique.
- Circulaire DGS/DHOS n°581 du 15 Décembre 2003 relative aux recommandations concernant la conduite à tenir en cas de suspicion d'incident transfusionnel par contamination bactérienne.
- Arrêté du 10 mai 1995 relatif aux conditions de désignation d'un pharmacien aux fonctions de correspondant d'hémovigilance d'un établissement de santé pris en application de l'article R.666-12-14 du Code de la Santé Publique. établissement de transfusion sanguine.

Fiche action n°2.4.6

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ET DU CIRCUIT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES

Responsable du projet

Nom : Me Chantal DAGNEAUX Me Cécile LANCIEN Me Nadine PASTRE Me Nathalie VANDEVELDE Me Sandrine WICK	Fonction : Cadres supérieures - pilotes
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Saliha TOUZZALI - référente PECM GHI M. Gros-Dubois Karl - cadre pharmacie, membre du Groupe PECM Aulnay Sipora Mouala, cadre de santé Aulnay	A définir selon les étapes du projet
---	--------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

GHI Le Raincy-Montfermeil :

Lors de la visite de certification V2014 menée en janvier 2016, il a été relevé des non conformités dans l'utilisation d'un support papier pour les services non informatisés (3), la retranscription, l'identification des piluliers, les préparations des injectables et le stockage des médicaments. Le rapport de certification communiqué en mars 2017 a donné lieu à une réserve avec sursis de certification pour l'établissement et une visite de suivi en octobre 2017. Des actions correctives ont été mises en œuvre, ainsi que des audits sur l'administration des médicaments sur l'ensemble des pôles menés en 2017 qui sont reconduits annuellement. Le rapport de la visite de suivi transmis en février 2018 ne relève aucun écart entre les attendus et les pratiques.

Aulnay :

groupe institutionnel présent sur le site qui réalise des audits notamment sur 3 thèmes récurrents : la préparation des formes orales liquides en psychiatrie, l'administration du traitement per os et l'administration du traitement IV. Les procédures sont actualisées sur les 2 premiers thèmes et reste à faire sur le troisième. Un travail sur l'étiquetage du traitement IV est en cours. Certification : Passage de C à A.

Le diagnostic de Montreuil reste à présenter

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Optimiser les pratiques professionnelles d'administration du médicament
Objectif n°2	Sensibiliser les infirmiers aux risques liés à l'administration du médicament
Objectif n°3	Assurer le stockage et la traçabilité de la dispensation des stupéfiants

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Généraliser la mise en place d'audits croisés sur l'administration du médicament par l'encadrement avec un suivi des actions d'amélioration par les pôles.
Etape n°1-2	Uniformiser des documents relatifs à l'administration du médicament et distribution aux IDE nouvellement recrutés.
Etape n°2-1	Poursuivre la formation des IDE nouvellement recrutés au logiciel des prescriptions informatisées
Etape n°2-2	Poursuivre les formations des nouveaux arrivants à l'utilisation des armoires à pharmacie
Etape n°2-3	Généraliser la formation sur l'aspect réglementaire et de « la responsabilité infirmière dans la prise en charge médicamenteuse » par un juriste et la formation « prévention des erreurs médicamenteuses ».
Etape n°3-1	Effectuer un rappel des bonnes pratiques sur la gestion et l'utilisation des stupéfiants
Etape n°3-2	Elaborer une grille commune d'audit
Etape n°3-3	Réaliser des audits et dégager des axes d'amélioration

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Méconnaissance et manque d'appropriation des procédures
- Disponibilité des professionnels.

Moyens humains

- Référent Pharmacie (cadre PUI, pharmacien, PPH référent)
- IDE référent
- Relais du cadre PUI avec le SAV PYXIS pour les pannes techniques – Aulnay
- Relais du cadre PUI avec le SAV PYXIS via la DACSEL (Direction des achats, des services économiques et logistiques) pour les pannes techniques – GHI
- Directions : DSIO, Direction des soins, DRH, DAGJC (direction des affaires générales, juridiques et la clientèle)
- Pool d'auditeurs (inter établissement)
- EOHH
- Juriste extérieur

Moyens matériels et financiers

- Parc d'armoires à pharmacie sécurisées (APS)
- Marché commun sur le GHT
- Logiciel GED GDR
- Serveur informatique pour PYXIS par ES
- Plan de formation
- Serveur « L » - GHI
- Logiciel GED GDR - Aulnay

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre de personnel formé à l'année
- Nombre de participants aux formations

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de supports remis aux nouveaux recruté
- Amélioration des pratiques suite aux audits croisées

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1				x																
Etape n°1-2						x														
Etape n°2-1					x															
Etape n°2-2								x												
Etape n°2-3									x											
Etape n°3-1											x									
Etape n°3-2													x							
Etape n°3-3																		x		

Références bibliographiques et réglementaires

Références réglementaires

- Arrêté du 31 Mars 1999, relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitalier et les établissements médicaux-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur à l'article L501 du CSP
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Bonnes Pratiques de la Pharmacie Hospitalière de Juin 2001
- Code de la santé publique (CSP)
- Circulaire DGOS n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé
- Guide DGOS Qualité de la prise en charge médicamenteuse / Outils pour les établissements de santé. Février 2012
- Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur
- Guide HAS Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments
- CAQES :
- Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
- Arrêté du 27 avril 2017 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale
- Instruction ministérielle N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 – art.57 modifiant l'article L.162-30-4 du code de la sécurité sociale

AXE 2 : PRODIGUER DES SOINS D'EXCELLENCE

Thème 5 : Gestion des risques liée aux soins

Le choix a été de traiter ici la gestion des risques liée aux soins, dans une approche du soin comme générateur de risque pour les soignants.

Le GHT et son projet de soins, objet de rencontres et de partage d'expériences dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques a favorisé l'élaboration d'objectifs et d'actions ayant pour but l'amélioration de nos pratiques pour tendre vers une meilleure efficacité.

Les fiches actions réalisées, concernent, dans un premier temps la prévention des troubles musculo-squelettiques. L'objectif étant de proposer aux professionnels des outils de prévention adaptés et de favoriser la diminution de nombre d'accident du travail, par une harmonisation des pratiques au sein du GHT.

Dans un deuxième temps, le suivi des indicateurs qualité s'est imposé comme un moyen de développer la culture qualité en sensibilisant et mobilisant tous les soignants à intégrer le suivi d'indicateurs dans l'organisation des soins.

Enfin le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, qui englobe aussi bien les EPP, mais également les CREX, RMM, Audits, RETEX... a été formalisé comme une cible permettant de dynamiser la démarche qualité et gestion des risques auprès des personnels paramédicaux en lien avec la certification commune V2020.

Cette évaluation sera faite au plus proche du patient, le nombre de patients-traceurs sera multiplié par 5 en moyenne sur l'ensemble des établissements. La formation des soignants à cette méthode est donc essentielle, en commençant par les cadres de proximité.

Le thème des risques psychosociaux initialement évoqué dans le PSP ne fera pas l'objet d'une fiche action : la proposition a été partagée de renvoyer cette thématique et la gestion de ce risque vers le projet social en lien avec le CHSCT, tout en gardant en mémoire, l'intérêt de l'entretien professionnel, à l'interface du projet de soins et du projet social.

[2.5.1 Prévenir l'apparition des TMS](#)

[2.5.2 Réaliser le suivi des indicateurs qualité](#)

[2.5.3 Développer les démarches d'évaluation de pratiques professionnelles](#)

Fiche action n°2.5.1

PRÉVENIR L'APPARITION DES TMS

Responsable du projet

Nom :
M^{me} BLOQUET et M^{me} GARCIA (CHRB)
M^{me} NEVERS (GHIRM) -
M. BEHR (CHAGM)

Fonction :
Cadres supérieurs de santé
Coordonnatrice sage-femme
Coordonnateur en maïeutique

Acteurs concernés

Rôle et mission

M^{me} MAMANE (CHIRB)
M^{me} BERNARD (GHILRM)
M^{me} LAALAOUI (CHAGM)
M PAGES (CHLRBM)
M^{me} SAKPA(GHLIRM)
M^{me} WILLERFERT(GHILRM)
M^{me} MAMELLI (GHILRM)
M^{me} GANIVET (GHILRM)
M^{me} DELAUNAY (CHAGM)

Cadre de santé kinésithérapeute
Réfèrent prévention TMS
Kinésithérapeute
Ingénieur qualité direction qualité
Ingénieur qualité direction qualité
Ingénieur qualité direction qualité
Cadre supérieur de santé direction des soins
Cadre de santé
Coordinatrice sage-femme

Diagnostic de la situation existante

Situation très hétérogène sur les trois établissements :

Présence d'une cellule TMS (réunion 2 ou 3 fois/ans) et d'un référent TMS sur GHIRM / présence d'un référent TMS sur CHRB / ni cellule ni référent TMS sur CHAGM.

- Formation différente pour le référent TMS (F° ARS/CRAMIF pour GHIRM et autre pour CHRB).
- Présence de Formateur outil de glisse (un par pôle) sur GHIRM
- Budget obtenu via l'ARS pour GHIRM, rien pour les deux autres.
- Formation pour les soignants, les techniques et administratifs, et les ESI 1ère année pour le CHRB / formation pour les soignants avec une salle dédiée pour GHIRM / rien en ce moment pour CHAGM.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Proposer aux professionnels des outils de prévention des TMS adaptés et favoriser la diminution du nombre d'AT.
Objectif n°2	Proposer des formations « gestes et postures » pour prévenir les TMS
Objectif n°3	Harmoniser les pratiques dans le GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Identifier un référent préventeur des risques TMS par établissement (et proposer la création d'une cellule de prévention des TMS par établissement)
Etape n°2	Proposer la création d'une cellule TMS GHT
Etape n°3	Envisager un état des lieux et un inventaire de l'existant dans chaque établissement des moyens logistiques à disposition et des formations proposées
Etape n°4	Promouvoir la connaissance des équipements disponibles ou existants
Etape n°5	Définir les besoins par établissement, service et pathologie. Définir des cibles prioritaires Evaluer les besoins en matériel adapté Proposer un programme d'équipement et participer au choix
Etape n°6	Evaluer l'utilisation des « outils » mis en place.
Etape n°7	Poursuivre et développer les différentes formations, les harmoniser au sein du GHT
Etape n°8	Organiser des journées d'information/ sensibilisation et favoriser le partage d'expérience

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Aspect médico-économique
- Possibilité de détachement des agents pour les formations
- Difficulté de mobilité du personnel
- Méconnaissance de l'utilisation du matériel

Moyens humains

- Temps dédié pour le référent TMS.
- Remplacement des agents en formation.

Moyens matériels et financiers

- Achat de matériel adapté pour les services.

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Les référents sont identifiés
- Les acteurs de la cellule GHT sont identifiés, nombre de réunions réalisées
- Inventaire et état des lieux réalisés
- Nombre de formations organisées
- Nombre d'agents formés et suivi des AT liés au TMS.
- Suivi de l'évolution des AT et TMS

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de réunions cellule
- Nombre de formations / journée d'information réalisées
- Nombre d'agents formés
- Suivi des AT et TMS
- Suivi du programme d'investissement proposé

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x																
Etape n°2				x	x	x														
Etape n°3																				
Etape n°4								x	x											
Etape n°5								x	x											
Etape n°6												x	x							
Etape n°7								x	x											
Etape n°8																x	x			

Références bibliographiques et réglementaires

Guide pratique Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) MINISTÈRE DE LA DÉCENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE ÉDITION 2015

Article L.4121-2 du code du travail

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTENORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/publication/ARSGuideTMS_mai_2013.pdf

Fiche action n°2.5.2

RÉALISER LE SUIVI DES INDICATEURS QUALITÉ

Responsable du projet

Nom :
M^{me} BLOQUET et M^{me} GARCIA (CHRB)
M^{me} NEVERS (GHIRM) -
M. BEHR (CHAGM)

Fonction :
Cadres supérieurs de santé
Coordonnatrice sage-femme
Coordonnateur en maïeutique

Acteurs concernés

Rôle et mission

M^{me} MAMANE (CHIRB)
M^{me} BERNARD (GHILRM)
M^{me} LAALAOUI (CHAGM)
M PAGES (CHLRBM)
M^{me} SAKPA(GHLIRM)
M^{me} WILLERFERT(GHILRM)
M^{me} MAMELLI (GHILRM)
M^{me} GANIVET (GHILRM)
M^{me} DELAUNAY (CHAGM)

Cadre de santé kinésithérapeute
Réfèrent prévention TMS
Kinésithérapeute
Ingénieur qualité direction qualité
Ingénieur qualité direction qualité
Ingénieur qualité direction qualité
Cadre supérieur de santé direction des soins
Cadre de santé
Coordinatrice sage-femme

Diagnostic de la situation existante

Participation des 3 établissements au recueil des divers indicateurs qualité
Politique de restitution identique (bureau de pôle, conseil de service, réunion cadre, gestion documentaire...)
Modalité de recueil hétérogène
Hétérogénéité des formations proposées autour de la démarche qualité
Implication de l'encadrement mais défaut d'appropriation des indicateurs par les équipes

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Développer la culture qualité en sensibilisant et mobilisant l'ensemble des acteurs soignants en lien avec la direction qualité
Objectif n°2	Faciliter l'appropriation des résultats des indicateurs qualité par l'ensemble des acteurs soignants en collaboration avec la direction qualité et gestion des risques
Objectif n°3	Faciliter la mise en place et le suivi des plans d'actions par services unités ou pôle avec l'aide de la qualité et gestion de risques

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

Etape n°1	Poursuivre et développer les différentes formations en rapport avec la démarche qualité
Etape n°2	Généraliser les restitutions régulières en collaboration avec le service qualité
Etape n°3	Intégrer le suivi des indicateurs dans l'organisation des soins pour une plus grande implication de l'ensemble des acteurs soignants
Etape n°4	Généraliser et augmenter la participation des soignants aux démarches d'évaluation en lien avec la fiche 2.3.3 (dossier/audit...)
Etape n°5	Formaliser un plan d'action par suivi et par pôle
Etape n°6	Assurer le suivi des objectifs et l'évaluation des résultats

Identification des freins et des vigilances éventuels

Utilisation d'un langage plus adapté
Possibilité de détacher du temps agents

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
<ul style="list-style-type: none"> Direction qualité Implication de tous les acteurs soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Matériel de présentation à disposition

Eléments d'évaluation	
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de formations suivies Nombre d'intervention de restitution 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'audit réalisé Nombre de formations suivies Régularité des interventions de restitution Nombre d'audits réalisés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x	x	x	x												
Etape n°2					x	x	x	x	x											
Etape n°3					x	x	x	x	x											
Etape n°4					x	x	x	x	x	x										
Etape n°5					x	x	x	x	x	x										
Etape n°6					x	x	x	x	x	x										

Références bibliographiques et réglementaires

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/suivi_indicateurs_qualite_fiche_technique_2013_01_31.pdf

fiche HAS: Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins Juin 2017

Fiche action n°2.5.3

DÉVELOPPER LES DÉMARCHES D'ÉVALUATION DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} BLOQUET et M ^{me} GARCIA (CHRB) M ^{me} NEVERS (GHIRM) - M. BEHR (CHAGM)	Cadres supérieurs de santé Coordonnatrice sage-femme Coordonnateur en maïeutique

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} MAMANE (CHIRB) M ^{me} BERNARD (GHILRM) M ^{me} LAALAOUI (CHAGM) M PAGES (CHLRBM) M ^{me} SAKPA(GHLIRM) M ^{me} WILLERFERT(GHILRM) M ^{me} MAMELLI (GHILRM) M ^{me} GANIVET (GHILRM) M ^{me} DELAUNAY (CHAGM)	Cadre de santé kinésithérapeute Réfèrent prévention TMS Kinésithérapeute Ingénieur qualité direction qualité Ingénieur qualité direction qualité Ingénieur qualité direction qualité Cadre supérieur de santé direction des soins Cadre de santé Coordonnatrice sage-femme
---	--

Diagnostic de la situation existante

Programme d'audits :

Une Formation auditeurs patients traceurs existe sur les 3 établissements
Existence d'un pool d'auditeurs internes sur les 3 établissements
Programme d'audit interne engagé sur Ballanger et Montfermeil en cours à Montreuil
En gestion documentaire mis à disposition d'une boîte à outil « audit interne » sur Montfermeil
Existence d'une cotation entre A et D donnant une correspondance avec la certification sur les 3 établissements
Audits de dossiers 5 par mois dans chaque service sur Ballanger et Montfermeil
Audits des dossiers pour les IPAQSS, la douleur... sur Montreuil
Participation systématique d'un ingénieur qualité aux conseils de service ou de pôle pour la sensibilisation des équipes, présentation des bilans des différentes démarches qualité/gestion des risques (nombre d'EI, type, IQSS, focus sur les points de vigilances...) sur Montfermeil

CREX/RETEX/RMM

Une démarche de mise en place pour les CREX/RETEX/RMM dans les 3 établissements
Une cellule RSMQPECM : piloter et accompagner les services lors des REMED existante à Montreuil
Communication via le flash info à Ballanger et disponible sur l'intranet à Montfermeil
Plan d'action existant sur les 3 établissements

EPP

Fusion des comités EPP et DPC en 2018 à Montreuil
Relance et poursuite du calendrier d'EPP sur différentes filières au sein des trois établissements

Formations :

Des formations existent sur les 3 établissements
Semaine de la sécurité sur les 3 établissements
Pas de formation à l'EPP

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Dynamiser la démarche qualité et gestion des risques auprès des personnels paramédicaux en lien avec la certification commune
--------------	---

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Faire le diagnostic de la situation existante au sein des 3 établissements en collaboration avec le service qualité et gestion des risques
Etape n°2	Organiser une formation des Cadres de Santé à la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec le service qualité et gestion des risques, la formation continue et la DSI
Etape n°3	Partager les différents outils à disposition avec les équipes paramédicales (EPP/CREX/RMM/EIG/Audits...) en collaboration avec le service qualité et gestion des risques
Etape n°4	Favoriser la participation des agents aux formations sur la qualité et gestion des risques en collaboration avec le service de formation continue, la DSI et le service qualité et gestion des risques
Etape n°5	Généraliser et augmenter la participation des paramédicaux à la démarche qualité en collaboration avec le service qualité et gestion des risques et la DSI*
Etape n°6	Renforcer le retour des informations auprès des équipes en collaboration avec les cadres de santé et le service qualité et gestion des risques (flash info/ réunion de service/ Réunion informelle/ staff...)
Etape n°7	Assurer un suivi périodique des PAQSS en collaboration avec le service qualité et gestion des risques
Etape n°8	Partager au sein du GHT les expériences en lien avec la Direction du GHT, les DSI et la Direction qualité et gestion des risques du GHT

Identification des freins et des vigilances éventuels

Rendre obligatoire la formation pour les cadres de santé
 Valoriser et s'appuyer sur les actions déjà menées
 Limiter le nombre d'actions lancées : prioriser en cohérence avec les thèmes du PSP
 Prendre en compte les évolutions du référentiel de bonne pratique
 Financement du remplacement des agents lors des formations et missions d'audits

Moyens humains

- Soutien de la gouvernance
- Cellule qualité
- Remplacement des professionnels lors des formations

Moyens matériels et financiers

- Implication de la formation continue
- Supports méthodologiques des services qualité et gestion des risques

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre de cadres formés
- Nombre d'agents formés
- Nombre de RMM/CREX/EPP....

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre d'agents formés
- Nombre de RMM/CREX/EPP....
- Partage d'expérience dans le GHT

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x															
Etape n°2				x	x	x	x													
Etape n°3				x	x	x	x													
Etape n°4					x	x	x	x	x	x										
Etape n°5						x	x	x	x	x										
Etape n°6						x	x	x	x	x	x									
Etape n°7						x	x	x	x	x	x	x								
Etape n°8								x	x	x	x	x	x							

Références bibliographiques et réglementaires

Manuel de certification des établissements de santé de septembre 2014

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/gdr_-_guide_ev_v2014.pdf

Management de la qualité et gestion des risques https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2741662/en/3-management-de-la-qualite-et-des-risques

AXE 3 : PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE SOIGNÉE DANS SA SPÉCIFICITÉ

Thème 6 : Prendre en charge la personne soignée dans sa spécificité

« La vulnérabilité des choses précieuses est belle parce que la vulnérabilité est une marque d'existence »

Simone Veil

Etre patient vulnérable à l'hôpital peut être difficile et douloureux. Cette vulnérabilité est parfois majorée car la maladie rend par essence vulnérable.

L'hôpital, lieu de soins et de guérison, est dans certains cas un lieu où la vulnérabilité s'exacerbe.

Le handicap, la précarité, l'inter culturalité et les troubles du comportement, visages de la vulnérabilité qui se distinguent quotidiennement au sein de nos établissements

3.6.1 Améliorer la prise en charge du patient porteur d'un handicap

3.6.2 Optimiser les parcours de soins adaptés aux patients en situation de précarité

3.6.3 Développer une communication pertinente et efficace entre les soignants et les patients tout en respectant les valeurs et les croyances des patients

3.6.4 Optimiser la prise en charge des patients atteints de troubles du comportement

Fiche action n°3.6.1

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PORTEUR D'UN HANDICAP

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
Patricia BOURCERET	Coordinateur général des Soins et Superviseur
Nadine BARTH	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Jacky CANGO	Cadre supérieur de pôle GHIRB
Almecinda CHABAS	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Cédric FILIAS	Représentant de la Direction qualité

Acteurs concernés

Rôle et mission

Nadine BARTH	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Sylvie BAUDOUIN	Cadre de Pôle GHIRM
Jacky CANGO	Cadre supérieur de pôle GHIRB
Almecinda CHABAS	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Sabine BOURGES	Cadre SF
Cédric FILIAS	Représentant de la Direction qualité
Vanessa LAURCIE	Cadre de santé
Catherine RIBAILLE	Cadre Supérieur Socio –éducatif
Nathalie RUTELLA	Infirmière
Evelyne TARDY	Cadre de santé formateur IFITS Théodore Simon

Diagnostic de la situation existante

La Haute Autorité de Santé a élaboré un guide de bonnes pratiques professionnelles en juillet 2017, pour améliorer, accompagner, et organiser les soins auprès de la personne porteuse de handicap. Les établissements se doivent de répondre à cette demande.

Des actions isolées ont été mises en place

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Participer à la formalisation d'une politique institutionnelle du GHT sur la prise en charge du patient en situation de handicap . Formalisation d'un document (ex. : charte, projet spécifique handicap à insérer dans le projet d'établissement
Objectif n°2	Assurer la qualité et la continuité du parcours de santé de la personne en situation de handicap (accueil, parcours santé)
Objectif n°3	Collaborer à l'offre d'accessibilité au sens large pour le maintien de l'autonomie de la personne en situation de handicap
Objectif n°4	Travailler les représentations des professionnels et développer les compétences de ces derniers pour répondre à une prise en charge personnalisée et globalisée pour la prise personne en situation de handicap

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

Etape n°1	Participation à l'élaboration d'un projet handicap avec un axe spécifique de rééducation GHT à insérer dans le projet d'établissement et le projet de soins
Etape n°2	Elaboration d'une procédure d'accueil de la personne en situation de handicap selon ses besoins, son parcours de soins (consultations, urgences, radiologies, bloc opératoire et service d'hospitalisation, HAD, ...)
Etape n°3	Identification de la place de l'aidant dans le parcours du patient porteur d'un handicap. Contribution au recensement des moyens de communication dont chaque établissement dispose
Etape n°4	Incitation à la définition d'une signalétique adaptée et sa mise en œuvre. Incitation à la facilitation du déplacement et de l'accessibilité dans les services de la personne en situation d'handicap.
Etape n°5	Participation à l'élaboration d'un programme de formation

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Résistance au changement
- Approche différente du soin
- Manque de formation
- Effectifs insuffisants
- Les équipements non adaptés, insuffisants ou inexistants
- Le budget du GHT
- La différence de l'autre

Moyens humains

- Direction de la communication
- Direction des Soins
- Direction des Ressources Humaines
- Direction informatique
- Direction des ressources physiques
- Service de la formation
- Les associations
- Le service social
- Le service de kinésithérapeute

Moyens matériels et financiers

- Budget destiné au matériel
- Budget destiné à la communication
- Budget destiné aux interprètes extérieurs
- Moyens informatiques

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Audit des dossiers : recueil de données renseignées sur le patient et l'aidant.
- Transmission ciblée : participation de l'aidant dans la prise en charge du patient dans les soins.
- Nombre de personnels formés
- Charte réalisée
- Procédures formalisées sur l'accueil sur le parcours patient (Urgences-Consultations-Service d'hospitalisation-Radiologie- Bloc opératoire)
- Besoins en équipement recensés
- Liste du matériel disponible sur le GHT
- Liste d'interprètes réalisée
- Annuaire des associations réalisé
- Projet de rééducation spécifique GHT réalisé
- Profil de poste du référent Handicap réalisé
- Recensement des documents sur lesquels les pictogrammes doivent figure

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Résultat : 100% renseignements tracés
- Communication annuelle/Rapport d'activité de la Formation continue
- Charte diffusée et appliquée/audit
- Procédures diffusées et appliquées /Audit
- Etat des lieux réalisé sur les équipements
- Installation d'un logiciel GHT
- Liste diffusée, connue des services
- Annuaire des associations diffusé et connu des services
- Projet de rééducation spécifique GHT diffusé et appliqué
- Les 2 référents par Pôle sont positionnés avec des missions clairement identifiées.
- Les documents sont estampillés des pictogrammes

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1					x	x	x	x	x	x	x	x								
Etape n°2				x	x															
Etape n°3					x	x														
Etape n°4					x	x	x	x												
Etape n°5					x	x														

Références bibliographiques et réglementaires

Guide d'amélioration des pratiques professionnelles : Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2017. Haute Autorité de Santé - juillet 2017

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel 2005;12 février

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Journal Officiel 2016;

Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. Journal officiel 2016;10 juillet

Haute Autorité de Santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014.

Fiche action n°3.6.2

OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS ADAPTÉS
AUX PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
Patricia BOURCERET	Coordinateur général des Soins et Superviseur
Nadine BARTH	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Jacky CANGO	Cadre supérieur de pôle GHIRB
Almecinda CHABAS	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Cédric FILIAS	Représentant de la Direction qualité

Acteurs concernés

Rôle et mission

Sylvie BAUDOUIN	CS
Sabine BOURGES	Coordinatrice SF
Vanessa LAURCIE	CS
Nathalie RUTELLA	IDE
Catherine RIBAILLE	Cadre supérieur socio-éducatif

Diagnostic de la situation existante

Le patient en situation de précarité est insuffisamment identifié dès son entrée à l'hôpital, par conséquent l'identification de sa situation, de ses besoins sont pris en compte trop tardivement. Le constat sur ce qui a été réalisé en la matière sur les 3 établissements devra se faire en amont.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Identifier dès l'admission les principales difficultés rencontrées par le patient en situation de précarité
Objectif n°2	Définir un processus de prise en charge du patient en situation de précarité
Objectif n°3	Accompagner le patient en situation de précarité dans les différentes étapes de sa prise en charge
Objectif n°4	Adapter les dispositions et dispositifs ci-dessus au parcours des mères et nouveau-nés en situation de précarité en s'appuyant sur l'existant

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

Etape n°1	Collaboration à la réalisation d'une fiche d'identification reprenant les critères d'inclusion en termes de précarité
Etape n°2	Elaboration d'un processus de prise en charge des patients en situation de précarité à chaque point d'entrée de l'hôpital (SAU, CS,...)
Etape n°3	Participation à la création d'un support recensant toutes les ressources pouvant être mises en œuvre dans l'accompagnement du patient en situation de précarité
Etape n°4	Harmonisation des pratiques au sein du Pôle femme-enfant au sein du GHT concernant la prise en charge des mères et nouveau-nés en situation de précarité en s'appuyant sur les staffs médico-psycho-sociaux des 3 sites

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficultés à identifier en première intention du patient en situation de précarité
- Clarifier le rôle et les missions de chaque acteur du processus

Moyens humains		Moyens matériels et financiers																		
L'identification des critères de précarité devra s'organiser en lien avec les postes d'accueil existant et l'accompagnement social		Le financement de moyens humains peut être envisagées																		
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)		Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)																		
Réalisation de la fiche d'identification et du processus de prise en charge Réalisation du support recensant les ressources		Réalisation d'un audit à 6 mois de la mise en œuvre du processus Suivi statistiques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ nombre de fiches d'identification transmises au service social ▪ nombre de dossiers traités par service social 																		
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Étape n°1				x	x	x														
Étape n°2				x	x	x														
Étape n°3								x	x	x										
Étape n°4					x	x	x													
Références bibliographiques et réglementaires																				
<p>Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions</p> <p>Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé</p> <p>Code de la Santé Publique : article L.6112-1, L.6112-3, L.6112-6</p> <p>Arrêté du 23 mars 2007 (application article D.162-8 du Code de la Sécurité Sociale)</p> <p>Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde – Rapport 2012</p>																				

Fiche action n°3.6.3

DÉVELOPPER UNE COMMUNICATION PERTINENTE ET EFFICACE ENTRE LES SOIGNANTS ET LES PATIENTS TOUT EN RESPECTANT LES VALEURS ET LES CROYANCES DES PATIENTS

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
Patricia BOURCERET	Coordinateur général des Soins et Superviseur
Nadine BARTH	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Jacky CANGO	Cadre supérieur de pôle GHIRB
Almecinda CHABAS	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Cédric FILIAS	Représentant de la Direction qualité

Acteurs concernés

Rôle et mission

Nadine BARTH	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Sylvie BAUDOUIN	Cadre de Pôle GHIRM
Jacky CANGO	Cadre supérieur de pôle GHIRB
Almecinda CHABAS	Cadre supérieur de pôle GHIRM
Sabine BOURGES	Cadre SF
Cédric FILIAS	Représentant de la Direction qualité
Vanessa LAURCIE	Cadre de santé
Catherine RIBAILLE	Cadre Supérieur Socio –éducatif
Nathalie RUTELLA	Infirmière
Evelyne TARDY	Cadre de santé formateur IFITS Théodore Simon

Diagnostic de la situation existante

Le GHT accueille des patients de nationalités multiples. La barrière de la langue ainsi que les différences culturelles engendrent pour ces patients une grande vulnérabilité. En effet, nombre d'entre eux se trouve confronté à des difficultés tant sur le plan administratif pour les différentes démarches que sur leur parcours de soins pour ce qui relève de la compréhension et des différents choix qu'ils doivent effectuer.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Privilégier l'interprétariat par contact direct à l'interprétariat par téléphone
Objectif n°2	Participer à l'optimisation de l'interprétariat interne au GHT
Objectif n°3	Développer la communication en l'absence d'interprétariat
Objectif n°4	Inciter à la formation du personnel à l'interculturalité

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Collaboration à la réactualisation régulière du recensement des soignants volontaires parlant une ou plusieurs langues étrangères.
Etape n°2	Valorisation de la mise à disposition aux personnels soignants d'un annuaire des interprètes bénévoles du GHT
Etape n°3	Intégration dans le parcours de soins de l'appel à l'interprétariat externe (lien avec le service achat)
Etape n°4	Collaboration à l'élaboration d'une procédure commune au GHT de l'utilisation des prestations externes d'interprétariat
Etape n°5	Incitation à l'élaboration d'un lexique des termes indispensables à la prise en charge en plusieurs langues et en deux parties. Une première partie administrative commune pour tous les patients, une seconde partie spécifique adaptée aux différentes spécialités médicales et paramédicales.

Etape n°6	Participation à la création de supports de communication visuelle adaptés aux différentes situations rencontrées dans les parcours de soins
Etape n°7	Contribution au développement des contacts avec les associations culturelles permettant de faire appel à des bénévoles.
Etape n°8	Incitation des soignants à s'inscrire à la formation interculturelité lors du recensement des besoins en formation par l'encadrement.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque d'intérêt et de motivation des personnels soignants et administratifs
- Résistance au sujet
- Méconnaissance de la différence et de l'« Autre »
- Coûts financiers
- Indisponibilité des acteurs
- Suivi avec mise à jour régulière
- Connaissances des limites à mettre en place

Moyens humains

- Direction de la communication
- Service de formation
- Direction des soins infirmier
- Direction des ressources humaines
- Direction de l'informatique
- Direction achats et service économique et logistique

Moyens matériels et financiers

- Moyens de communication
- Réalisation et diffusion des outils
- Cessions de formations
- Temps dégagé pour les différents acteurs
- Outil informatique
- Financement de l'interprétariat externe

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Listing des personnels volontaires à l'interprétariat réalisé
- Existence d'une procédure commune au GHT de l'utilisation des prestations externes d'interprétariat
- Existence du lexique
- Supports de communication visuelle créés
- Recensement des associations
- Réalisation du projet formation commune au GHT
- Recensement des besoins de formation

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Accessibilité du listing par tout le GHT
- Nombre de recours à l'interprétariat externe
- Diffusion du lexique à l'ensemble des services du GHT
- Diffusion des supports de communication visuelle
- Rédactions des différentes conventions avec les associations
- Nombre de formations réalisées et liste des participants

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x				x				x				x				x
Etape n°2					x				x				x				x			
Etape n°3								x	x	x										
Etape n°4						x	x													
Etape n°5								x	x	x	x	x								
Etape n°6												x	x							
Etape n°7				x																
Etape n°8			x				x				x				x				x	

Références bibliographiques et réglementaires

HAS-Personnes vulnérables et éloignées du système de santé, communiqué de presse du 26 octobre 2017.
L.GAJO, M.GRABER, M.E.MOLINA et A.D'ONOFRIO (2001) Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quels services ? Bulletin VALS-ASLA (association suisse de linguistique appliquée) 74,153-174.
J.MADER (200). Etre compris et comprendre, un droit du patient. Fondamental. Soins infirmiers, 8, 66-70.
Communication non verbale patient/soignant : <https://www.aphp.fr/medipicto>
Livret de santé bilingue : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/livrets-bilingues.asp>
Interculturalité, médiation et interprétariat et santé. La santé en action n°442-Décembre 2017.52p.

Fiche action n°3.6.4

OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES DU COMPORTEMENT

Responsable du projet

Nom : Nadine BARTH Jacky CANGO Almecinda CHABAS Cédric FILIAS	Fonction : Cadre supérieur de pôle GHIRM Cadre supérieur de pôle GHIRB Cadre supérieur de pôle GHIRM Représentant de la Direction qualité
---	---

Acteurs concernés

Rôle et mission

Nadine BARTH Sylvie BAUDOUIN Sabine BOURGES Jacky CANGO Almecinda CHABAS Vanessa LAURCIE Catherine RIBAILLE Nathalie RUTELLA	Cadre de pôle Cadre de pôle Sage-femme coordinatrice Cadre de pôle Cadre de pôle Cadre de santé Cadre supérieure socio-éducatif Infirmière diplômée d'Etat
---	---

Diagnostic de la situation existante

Tous les services hospitaliers confondus accueillent des patients souffrants de troubles du comportement (à savoir : l'agitation, la déambulation, le risque suicidaire et le risque de fugue). Chaque établissement s'est donc pourvu de procédures relatives à ces troubles et d'une conduite à tenir formalisée, en cas de sortie d'un patient à l'insu de son service. Des formations institutionnelles sont intégrées au plan de formation et sont proposées chaque année au personnel hospitalier. Chaque établissement, renseigne son compte qualité en matière de risques spécifiques.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Actualiser et harmoniser les protocoles de prise en charge de patients présentant des troubles du comportement.
Objectif n°2	Former et sensibiliser les soignants à repérer, évaluer et signaler les troubles du comportement d'un patient.
Objectif n°3	Améliorer la prévention du risque suicidaire.

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

Etape n°1	Contribution à la mise en place d'une action d'EPP sur la contention de la personne soignée.
Etape n°2	Participation à l'harmonisation sur le GHT d'un programme de formation pour le personnel, sur les troubles du comportement et organiser annuellement une journée de sensibilisation.
Etape n°3	Collaboration à la réalisation d'une action d'EPP sur la prévention du risque suicidaire et systématiser les RETEX après toute tentative de suicide et/ou suicide.

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins : <ul style="list-style-type: none"> Temps de récupération des documents existants, de mutualisation et de rédaction de documents uniques. Résistance aux changements des acteurs concernés. 	Vigilances : <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des acteurs concernés. Actualisation régulière des procédures.
--	---

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe paramédicale pluridisciplinaire ▪ Service de formation ▪ Service qualité ▪ Service informatique ▪ Service sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût de formation ▪ Outils informatiques partagés

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
Procédures de prise en charge de patient présentant une agitation ou risque suicidaire réalisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité des procédures harmonisées à l'ensemble du personnel du GHT ▪ Résultats des EPP et plans d'actions ▪ Nombre de RETEX ▪ Nombre de personnes formées et de formations

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x															
Etape n°2				x	x															
Etape n°3						x	x	x												

Références bibliographiques et réglementaires

Article de la revue médecine et armées, 2010, 38, 5, 435-441, Prendre en charge un état d'agitation, G. Thomas, E. Le Pape, E. Py-Leroy, G. Tourinel, Article reçu le 3 juillet 2008, accepté le 23 juin 2010

Recommandations rédigées par le Jury de la Conférence de Consensus organisée par la SFMU sur « L'agitation en urgence (petit enfant excepté), ANAES, Pratique professionnelle, JEUR, 2003, 16, 58-64, Masson, Paris, 2003. Conférence tenue à Toulouse le 6 décembre 2002

Revue : adsp n° 45 décembre 2003, page 20-30, Prévenir le suicide : repérer et agir, Jean-Louis Terra

Fiche pratique élaborée par la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP : Sortie à l'insu du service « fugues » – Jurisprudences, 04/06/2013

Recommandations de bonnes pratique de l'HAS : Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 19 et 20 octobre 2000 - Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière – Paris

Direction générale de la santé (DGS) – Sous-direction « promotion de la santé et prévention des maladies chroniques » - Bureau Psychiatrie et santé mentale – Reconnaître la crise suicidaire publiée le 28/07/2014

AXE 4 : ACCOMPAGNER ET FAVORISER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES

Thème 7 : Accompagner et favoriser l'évolution des métiers et des compétences

L'axe 4 est également un thème unique : le 7ème. Il concerne « l'évolution des métiers et des compétences » et requiert une attention particulière, d'une part, au regard des perspectives du GHT en matière d'attractivité, de fidélisation et de développement des filières professionnelles, et d'autre part, au regard de l'adéquation qualitative des métiers aux besoins sanitaires du bassin de recrutement du territoire.

L'attractivité et la fidélisation des professionnels constituent un levier politique, stratégique et opérationnel dont dépend une volonté managériale objectivée traduite dans le parcours professionnel des paramédicaux, depuis la phase de recrutement jusqu'à l'accompagnement du développement des compétences qui se veut procédural, évolutif et pérenne.

Les fiches actions déclinées dans cet axe visent l'accompagnement managérial des cadres de santé, la gestion des remplacements des personnels paramédicaux afin de garantir la promotion des compétences professionnelles ainsi que la fidélisation des acteurs paramédicaux au sein du GHT.

[4.7.1 Accompagnement managérial des cadres de santé](#)

[4.7.2 Attractivité et fidélisation des professionnels](#)

[4.7.3 Gestion des remplacements des personnels paramédicaux](#)

Fiche action n°4.7.1

ACCOMPAGNEMENT MANAGÉRIAL DES CADRES DE SANTÉ

Responsable du projet

Nom : Lydia SCHULL Christine BASTIMENT Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Direction des soins GHIRM CSS Pôle Pédiopsychiatrie-Psychiatrie Adulte CHRB CSS Adjointe Direction des Soins CHRB
---	---

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeurs des Soins Cadres et FF CS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} BELARBI Hakima CS CHRB ▪ M^{me} NEVERS-LALLEMAND Sylvie CSS SF GHIRM ▪ M^{me} CHATEAUNEUF Myriam CS CHIM ▪ M^{me} CHIRON Nathalie CS CHIM ▪ Mr BEHR Patric Cadre Paramédical de Pôle CHIM Responsables formations continues : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} LAPOUGE Patricia 	Conseil et orientations stratégiques Selon les étapes Selon les étapes
--	--

Diagnostic de la situation existante

CHI Robert Ballanger :

- Absence de formalisation de la politique de management des cadres
- Absence d'une charte de management de l'encadrement
- Existence d'un organigramme de l'encadrement
- Existence d'un accompagnement des nouveaux cadres et FF cades à leur nouvelle fonction
- Les personnels ayant un projet cadre sont positionnés au moins 1 an sur un poste d'encadrement (FFC).
- Organisation par la DS de réunions 3 à 4 fois par an avec l'ensemble de l'encadrement
- Organisation par la DS de réunions tous les 15 jours avec les cadres supérieurs de santé de pôle
- Organisation par la DS de réunions tous les 3 mois avec l'encadrement pôle par pôle
- Absence de partage des pratiques managériales
- Mise ne œuvre en 2018 d'une action de formation continue pour l'encadrement « Gestion de projet dans le cadre du GHT »
- Absence d'identification des parcours qualifiants de l'encadrement
- Accompagnement des projets de MASTER et/ou DU
- Hétérogénéité dans participation des cadres aux projets de territoire
- Absence de séminaire local ou GHT pour les cadres

GHI LeRaincy-Montfermeil :

- Existence d'un organigramme de l'encadrement et de la DS
- Mise en place d'une formation obligatoire en 2015 intitulée « management pour l'encadrement » en 5 modules.
- Les personnels ayant un projet cadre sont positionnés au moins 1 an sur un poste d'encadrement (FFC).
- Existence d'un plan d'intégration pour les FFC et les cadres avec accompagnement par un tuteur
- Organisation par la DS de réunions 4 fois par an avec l'ensemble de l'encadrement
- Organisation par la DS de réunions tous les 15 jours avec les cadres de pôles et les cadres supérieurs de santé
- Accompagnement des projets de MASTER et/ou DU
- Absence de séminaire local et/ou GHT pour les cadres
- Absence d'identification des parcours qualifiants de l'encadrement
- Hétérogénéité dans participation des cadres aux projets de territoire

CHI Montreuil :

- Absence de formalisation de la politique de management des cadres
- Absence d'une charte de management de l'encadrement
- Existence d'un organigramme de l'encadrement
- Existence d'un accompagnement des nouveaux cadres
- Absence de formalisation d'un accompagnement des FF cades à leur nouvelle fonction
- Projet de partage des pratiques managériales en réunion mensuelle des cadres mais absence de modèle de type « co-développement »
- Absence d'identification des parcours qualifiants de l'encadrement
- Hétérogénéité dans participation des cadres aux projets de territoire
- Absence de séminaire local ou GHT pour les cadres

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Formaliser une politique commune de management des cadres au sein du territoire
Objectif n°2	Optimiser et accompagner l'évolution des compétences de l'encadrement sur le territoire
Objectif n°3	Impliquer et positionner l'encadrement sur l'élaboration et la conduite des projets de territoire

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Rédiger la charte de management des cadres du territoire
Etape n°1-2	Harmoniser l'accompagnement des FF CS et des CS lors de leur prise de fonction sur le territoire
Etape n°1-3	Développer le partage des pratiques managériales des cadres au sein du territoire
Etape n°2-1	Cartographier les compétences spécifiques des cadres sur le territoire
Etape n°2-2	Définir des parcours qualifiants de l'encadrement sur le territoire
Etape n°2-3	Proposer des actions de formations communes au sein du territoire
Etape n°3-1	Cartographier les différents projets médicaux partagés du territoire
Etape n°3-2	Décliner et suivre par filières les projets de soins paramédicaux du territoire

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficulté de réunir les différents participants des 3 établissements au regard des contraintes géographiques et de calendrier
- Moyens financiers nécessaires à la mise en place d'axes d'amélioration (séminaires, formations diplômantes...)
- Turn over de l'encadrement, difficulté de recrutement des cadres
- Manque d'envie et crainte de l'encadrement des évolutions des pratiques en lien avec le territoire

Moyens humains

- L'ensemble des Directions des Soins
- L'ensemble de l'encadrement

Moyens matériels et financiers

- Outils de vidéoconférence
- Budgets de formations

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Le nombre de FF CS et CS accompagnés lors de leur prise de fonction
- Le nombre de réunions de partage des pratiques managériales organisé au sein du territoire et le taux de participation
- Le nombre de formations diplômantes de l'encadrement
- Le nombre de formations communes pour les cadres sur le territoire et le taux de participation

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023				
	T1	T2	T3	T4																	
Etape n°1-1			x	x	x																
Etape n°1-2						x	x	x													
Etape n°1-3									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°2-1			x	x	x																
Etape n°2-2						x	x	x													
Etape n°2-3									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°3-1			x	x	x																
Etape n°3-2						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Références bibliographiques et réglementaires

PSP du GHT - PMP du GHT
Plan de formations continues des 3 établissements

Fiche action n°4.7.2

ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION
DES PROFESSIONNELS

Responsable du projet

Nom : Lydia SCHULL Christine BASTIMENT Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Direction des soins GHIRM CSS Pôle Pédopsychiatrie-Psychiatrie Adulte CHRB CSS Adjointe Direction des Soins CHRB
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeurs des Soins Direction des Ressources Humaines : <ul style="list-style-type: none"> Mr DESROSES Kévin AA CHRB M^{me} CATHALIFAUD Rosalie AA GHIRM M^{me} LARCHIER Martine Adjoint des Cadres CHRB 	Conseil et orientations stratégiques Copilotes
Cadres et FF CS : <ul style="list-style-type: none"> M^{me} BELARBI Hakima CS CHRB M^{me} NEVERS-LALLEMAND Sylvie CSS SF GHIRM Mr SALLES Sébastien CS MER/GHIRM M^{me} CHATEAUNEUF Myriam CS CHIM M^{me} CHIRON Nathalie CS CHIM Mr BEHR Patric Cadre Paramédical de Pôle CHIM 	Selon les étapes
Paramédicaux : <ul style="list-style-type: none"> Mr GRANGER Franck Technicien de Laboratoire GHIRM Me DELALANDE Katia, Masseur-kinésithérapeute GHIRM 	Selon les étapes

Diagnostic de la situation existante

CHI Robert Ballanger :

- Existence d'une politique de recrutement formalisée dans une procédure « Mobilité interne et recrutement des personnels paramédicaux »
- Existence de fiches de poste par catégories professionnelles. Point de vigilance : l'actualisation qui n'est pas toujours effective
- Parution des postes en interne et en externe peu lisible. Point de vigilance : l'actualisation qui n'est pas toujours effective
- Stagiairisation des IDE à l'issue de 6 mois de CDD. Pour les autres catégories professionnelles, mise en CDI au bout de 6 mois.
- Entretien systématique pour chaque candidature IDE
- Hétérogénéité dans l'accessibilité à la titularisation en fonction du métier
- Reprise d'une partie de l'ancienneté dans le privé par la DRH.
- Absence de politique de recrutement spécifique pour les métiers en tension
- Organisation d'une journée d'accueil pour l'ensemble des personnels nouvellement recrutés une fois par an
- Absence d'organisation d'un programme annuel d'intégration des nouveaux personnels
- Existence d'une commission de sélection des promotions professionnelles
- Existence d'une charte de fonctionnement de cette commission
- Absence de politique d'évaluation des personnels formalisée
- Existence de supports d'évaluation communs
- Existence de règles communes pour l'attribution des surprimes

GHI LeRaincy-Montfermeil :

- Existence d'une procédure et politique de recrutement interne à la Direction des Soins du personnel infirmier de rééducation et des services médico-technique
- Existence de fiches de postes par catégories professionnelles (centralisées à la DS par pôle et service). Point de vigilance : l'actualisation qui n'est pas toujours effective
- Parution des vacances de postes en interne (diffusion par mail général et affichage par la DRH). Et en externe dans les revues spécialisées : Hétérogénéité dans l'accès au mail et l'affichage
- Rencontres des lycéens, participation aux journées portes ouvertes en partenariat avec l'IFITS
- Organisation d'une journée d'accueil pour l'ensemble des personnels nouvellement recrutés (une fois par an en septembre).
- Organisation d'un programme annuel d'intégration des nouveaux IDE (différents modules de formation dispensés sur 15 jours).
- Remise à tous les nouveaux arrivants d'un plan d'intégration et de suivi (outil utile pour la prise de poste et la réalisation de l'évaluation par l'encadrement).
- Organisation d'une réunion annuelle pour l'analyse des demandes de promotions professionnelles et formations diplômantes
- Existence de supports d'entretien d'évaluation et de formation communs avec guide méthodologique de la technique d'entretien
- Pour les métiers en tension, démarche des cadres de santé et des cadres de pôles auprès des centres de formation (école de manipulateur en radiologie, IADE, IBODE...) et participation à des forums métiers.

CHI Montreuil :

- Pas de politique de recrutement formalisée ni écrite, ni affichée. Un fonctionnement par habitudes à fluidifier
- Existence de fiches de poste par catégories professionnelles centralisées à la direction des soins par pôle et par service. Point de vigilance : l'actualisation qui n'est pas toujours effective
- Parution des vacances de postes en interne (affichage DSAP et diffusion cadres) Et en externe internet du CHIM, FHF, Indeed et parfois sur revues spécialisées : Hétérogénéité dans l'accès au mail et l'affichage en cours d'harmonisation
- Stagiairisation des IDE à l'issue de 6 mois de CDD. Pour les autres catégories professionnelles, mise en CDI au bout de plusieurs mois (variabilité).
- Entretien systématique pour chaque candidature IDE par l'encadrement
- Hétérogénéité dans l'accessibilité à la titularisation en fonction du métier
- Reprise d'une partie de l'ancienneté dans le privé par la DRH.
- Absence de politique de recrutement spécifique pour les métiers en tension
- Organisation d'une journée d'accueil pour l'ensemble des personnels nouvellement recrutés une fois par an
- Absence d'organisation d'un programme annuel intégration des nouveaux personnels
- Organisation d'une réunion annuelle pour l'analyse des demandes de promotions professionnelles et formations diplômantes, en cours de modification (séparation PP, DU/Master sur 2 périodes de l'année)
- Absence de politique d'évaluation des personnels formalisée, en dehors de la campagne d'évaluation annuelle et des fiches d'évaluation semestrielles de mise en stage
- Existence de supports d'évaluation communs

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Formaliser une politique de recrutement des personnels paramédicaux commune au sein du territoire en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines (DRH)
Objectif n°2	Formaliser une politique de fidélisation des personnels paramédicaux commune au sein du territoire avec le DRH
Objectif n°3	Formaliser une politique commune d'évaluation des personnels paramédicaux au sein du territoire avec le DRH

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Harmonisation de fiches de poste par métiers au sein du territoire
Etape n°1-2	Harmonisation des modalités de publication et d'affichage des postes à pourvoir au sein du territoire
Etape n°1-3	Définition de règles communes de modalités de recrutement des personnels paramédicaux au sein du territoire
Etape n°1-4	Partage des programmes d'intégration existants au sein du territoire
Etape n°1-5	Identification des métiers en tension au sein de GHT
Etape n°1-6	Définition de règles communes de modalités de recrutement des métiers en tension au sein du territoire
Etape n°2-1	Harmonisation des modalités d'accessibilité aux formations qualifiantes au sein du territoire
Etape n°2-2	Harmonisation du processus de sélection de demandes de promotion professionnelle au sein du territoire
Etape n°2-3	Elaboration de règles communes d'évolution de carrière et d'attribution des surprimes au sein du territoire
Etape n°3-1	Harmonisation des maquettes de supports d'évaluation au sein du territoire
Etape n°3-2	Harmonisation des pratiques d'entretien d'évaluation

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficulté de réunir les différents participants des 3 établissements au regard des contraintes géographiques et de calendrier
- Moyens financiers nécessaires à la mise en place d'axes d'amélioration
- Le statut de la fonction publique hospitalière

Moyens humains

- L'ensemble des Directions des Soins
- L'ensemble des cadres de la DRH
- Les soignants des différentes professions

Moyens matériels et financiers

- Outils de vidéoconférence
- Budgets

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de fiches de poste métiers réalisé
- Tableaux de bord de suivi des effectifs paramédicaux :
 - Recrutement
 - Mobilité interne et externe (motifs)
 - Le nombre de formations qualifiantes
 - Le nombre d'agents en promotion professionnelle

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1							x	x	x	x										
Etape n°1-2											x	x	x	x						
Etape n°1-3			x	x	x	x														
Etape n°1-4			x	x																
Etape n°1-5			x																	
Etape n°1-6			x	x	x	x														
Etape n°2-1							x	x	x	x										
Etape n°2-2							x	x	x	x										
Etape n°2-3											x	x	x	x						
Etape n°3-1															x	x	x	x		
Etape n°3-2															x	x	x	x		

Références bibliographiques et réglementaires

Statut de la fonction publique hospitalière
 Répertoire des métiers
 PSP
 Projet social
 Plan de formations continues des 3 établissements

Fiche action n°4.7.3

GESTION DES REMPLACEMENTS DES PERSONNELS PARAMÉDICAUX

Responsable du projet

Nom :

Lydia SCHULL
Christine BASTIMENT
Nathalie GODEFROY

Fonction :

CSS Direction des soins GHIRM
CSS Pôle Pédiopsychiatrie-Psychiatrie Adulte CHRB
CSS Adjointe Direction des Soins CHRB

Acteurs concernés

Rôle et mission

Directeurs des Soins

Direction des Ressources Humaines :

- Mr DESROSES Kévin AA CHRB
- M^{me} CATHALIFAUD Rosalie AA GHIRM
- M^{me} LARCHIER Martine Adjoint des Cadres CHRB

Cadres et FF CS :

- M^{me} BELARBI Hakima CS CHRB
- M^{me} NEVERS-LALLEMAND Sylvie CSS SF GHIRM
- M^{me} CHATEAUNEUF Myriam CS CHIM
- M^{me} CHIRON Nathalie CS CHIM
- Mr BEHR Patric Cadre Paramédical de Pôle CHIM

Conseil et orientations stratégiques

Copilotes

Selon les étapes

Diagnostic de la situation existante

CHI Robert Ballanger :

- Existence d'un tableau de suivi des effectifs par services à la Direction des Soins
- Existence de maquettes organisationnelles par service et par pôle
- Existence d'une procédure institutionnelle « Gestion des remplacements »
- Existence d'équipe de suppléance par pôle
- Existence d'équipe de suppléance institutionnelle
- Existence d'une charte de fonctionnement de l'équipe de suppléance institutionnelle
- Tableaux de suivi des enveloppes de remplacements par pôles à harmoniser, utilisation très hétérogène par les CSS
- Existence d'équipe de suppléance institutionnelle
- Existence d'une charte de fonctionnement de l'équipe de suppléance institutionnelle
- Tableaux de suivi des enveloppes de remplacements par pôles à harmoniser, utilisation très hétérogène par les CSS
- Existence d'une procédure institutionnelle « Recrutement et suivi des personnels paramédicaux de remplacement »
- Existence d'un fichier de vacataires à disposition des cadres, mise à jour à effectuer
- Logiciel de remplacements identique sur les 3 établissements
- Déploiement d'un logiciel de remplacement prévu en Juin 2019
- Absence d'harmonisation des tarifs de remplacement sur les 3 établissements pour les HSUP et les vacataires
- Permanence de l'encadrement organisée sur les 3 établissements
- Existence d'une procédure institutionnelle sur « L'organisation de la permanence de l'encadrement »
- Présence de cadres institutionnels de Nuit

GHI LeRaincy-Montfermeil :

- Existence d'un tableau de suivi des effectifs par pôles et par services à la direction des soins
- Existence de maquettes organisationnelles par pôle et par services
- Existence d'une cellule de coordination des remplacements des personnels paramédicaux : fonctionnement avec des ETP dédié (1,5 agent administratif et 0.2 CSS)
- Existence d'une note d'organisation sur le fonctionnement interne de la cellule de centralisation des remplacements.
- Existence d'une procédure institutionnelle sur la gestion des remplacements et d'une politique de remplacements.
- Existence d'un fichier partagé par l'encadrement pour la centralisation des demandes de remplacements.
- Existence d'un fichier de vacataires dont le vivier est réactualisé régulièrement
- Existence d'un fichier de recensement des agents volontaires pour réaliser des heures supplémentaires (fichier réactualisé annuellement).
- Existence d'une charte de fonctionnement des vacataires et d'une fiche d'évaluation des vacataires
- Existence d'une équipe de suppléance de nuit (8 ETP IDE et 11 ETP AS), qui permet de répondre aux congés statutaires. Equipe gérée par l'encadrement de nuit.
- Marché d'intérim par le RESAH avec demande quasi exclusive pour les infirmiers spécialisés.
- Tableaux de suivi mensuel de dépenses envoyés aux cadres de pôle et DS tous les mois par la DRH.
- Tableaux de bord de suivi de l'absentéisme envoyés aux cadres de pôle et DS par la DRH.
- Permanence de l'encadrement organisée et révisée depuis février 2019 (avec garde de cadres sur le WE et JF en présentiel sur 12 heures et présence d'un cadre par pôle dès 8 h en semaine).

CHI Montreuil :

- Existence d'un tableau de suivi des effectifs par services à la Direction des Soins
- Existence de maquettes organisationnelles par service et par pôle
- Existence d'une procédure institutionnelle « Gestion des remplacements »
- Existence d'équipe de suppléance institutionnelle
- Existence d'une charte de fonctionnement de l'équipe de suppléance institutionnelle

- Tableaux mensuels de suivi des remplacements par pôles suivi par DSAP
- Existence de règles de recours aux vacataires internes et/ou externes au CHIMvia MEDGO
- Existence d'un fichier de vacataires réactualisé régulièrement
- Absence d'harmonisation des tarifs de remplacement sur les 3 établissements pour les HSUP et les vacataires
- Permanence de l'encadrement organisée et révision en cours (en prévision élargissement de la garde de cadres sur le WE et JF en présentiel sur 12 heures) présence d'un cadre sur Pôle Mere enfant et un cadre sur les autres services adultes jusqu'à 20h en semaine).
- Equipe de suppléance jour et nuit gérée par encadrement supérieur de la DSAP
- Marché d'intérim RESAH principalement pour IADE- IBODE
- Centralisation en DSAP pour le PNM des demandes de remplacements motivés des services.
- Recours sur MEDGO centralisé en DSAP
- Suivi du seuil mensuel et annuel des heures supplémentaires payées par agent en DSAP
- Existence d'une gestion de la suppléance en intra pôle: Mobilité des agents (actif sur le PME)

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Harmoniser une politique de gestion des remplacements des personnels paramédicaux au sein du territoire en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines (DRH)
Objectif n°2	Organiser la permanence de l'encadrement de chacun des établissements du GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1-1	Harmonisation des tableaux de suivi des effectifs Direction des Soins au sein du GHT
Etape n°1-2	Utilisation d'un support commun de maquettes organisationnelles Direction des Soins au sein du GHT
Etape n°1-3	Rédaction d'une procédure « Gestion des remplacements » commune au sein du GHT
Etape n°1-4	Mise en place d'une cellule de remplacements centralisée par établissement
Etape n°1-5	Déploiement d'un logiciel commun de gestion des remplacements au sein du GHT
Etape n°1-6	Harmonisation des tableaux de bord de suivi « Absentéisme et Remplacements » au sein du GHT
Etape n°2-1	Mise en œuvre de la permanence de l'encadrement par établissement

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Difficulté de réunir les différents participants des 3 établissements au regard des contraintes géographiques et de calendrier
- Moyens financiers nécessaires à la mise en place d'axes d'amélioration
- Le statut de la fonction publique hospitalière

Moyens humains

- L'ensemble des Directions des Soins
- L'ensemble des cadres de la DRH

Moyens matériels et financiers

- Outils de vidéoconférence
- Budgets

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Tableaux de bord de suivi :
- De l'absentéisme
 - Des remplacements

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1-1			x	x																
Etape n°1-2			x	x																
Etape n°1-3			x	x	x															
Etape n°1-4		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°1-5		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°1-6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°2-1	x																			

Références bibliographiques et réglementaires

Guide GTT

AXE 4 : ACCOMPAGNER ET FAVORISER L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES

Thème 8 : Proposer des parcours de formation qualifiants et valoriser les expertises soignantes

La définition d'une politique de stage partagée sur le territoire du GHTGPNE répond à une évolution de l'organisation du système de santé. Elle représente un axe essentiel de l'harmonisation de la formation.

Elle s'inscrit dans une volonté d'harmoniser l'accompagnement des étudiants dans leur parcours professionnalisant. Elle favorise la création d'outils communs pour l'apprentissage. Elle est en adéquation avec l'axe 4 du PSP GHTGPNE.

Elle permet de répondre à des enjeux stratégiques, sociaux et pédagogiques :

- L'adéquation de la formation aux évolutions des besoins en compétence.
- Le développement de la coopération au sein du GHT.
- La construction de modalités de partenariat entre les instituts de formation et les établissements.
- L'amélioration des conditions de formation et de la qualité de la professionnalisation des étudiants.
- La garantie de l'équité entre les étudiants du territoire par l'optimisation de l'offre de stage.
- Le développement des formations par simulation, nouvelle méthode d'apprentissage, en lien avec les instituts de formation, les établissements et les laboratoires de simulation en santé.

L'action de « maintien et développement des compétences via la formation continue (DRH GHT) n'a pas fait l'objet de la rédaction d'une fiche action. Un groupe de travail conduit par la DRH auquel s'associent des professionnels de la filière « Soins » se réunit déjà pour y travailler en lien avec l'évaluation annuel des compétences des agents et les mesures d'accompagnement des projets de promotion professionnels

4.8.1 Mise en œuvre de la politique commune d'encadrement des étudiants en soins infirmiers au sein du GHT GPNE

4.8.2 La coordination de l'offre de stage sur le territoire

4.8.3 La Simulation en santé

Fiche action n°4.8.1

MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE COMMUNE D'ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS AU SEIN DU GHT GPNE

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
Mme BAUDOUIN Sylvie	Cadre de pôle
M ^{me} DIA Seynabou	Cadre supérieur de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} BUISSON Anne	Cadre supérieur IFITS
M ^{me} FEUILLERAT Christelle	Cadre hygiéniste
M ^{me} GANDON Christel	Coordinatrice des stages
M ^{me} LAPOUGE Patricia	Responsable formation continue
Mr MAISTO Thierry	Cadre de santé
M^{me} NAHON Valérie	Responsable pédagogique IFITS
M ^{me} PIERRET France	Responsable formation continue
M^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieur de pôle

Diagnostic de la situation existante

Le GHT GPNE accueille plus de 600 étudiants en formation initiale. Le principe des formations paramédicales repose sur un dispositif d'alternance organisé avec 50% de formation clinique et 50% de formation théorique. Le stage représente un espace d'apprentissage essentiel pour l'acquisition des compétences professionnelles. Pour améliorer les conditions d'apprentissage au cours de la phase de professionnalisation des étudiants en stage, depuis octobre 2017, un groupe de travail a été initié sur le territoire, entre les établissements de santé et les instituts de formation. Suite à l'organisation de focus groupe, des diagnostics de chaque IFSI et de chaque établissement ont été réalisés. Ils ont permis de déterminer des sous-groupes de travail en lien avec :

La formalisation de la politique de stage sur le GHTGPNE

Les besoins et offre de stage, le partage des stages, la coordination

Le rôle des différents acteurs de l'alternance

L'harmonisation des outils et mise à disposition au sein du territoire

Chaque sous-groupe a déterminé des objectifs et des actions qui sont en cours d'élaboration dont la finalité n'est pas encore opérationnelle. L'ensemble des travaux est validé par un comité de pilotage constitué des DRH, des directions de soins des établissements, des directions des instituts de formation et des représentants du groupe projet

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Harmoniser les pratiques d'encadrement des étudiants au sein du GHT afin de garantir à toutes les étapes de l'encadrement le respect et la sécurité de la personne soignée
Objectif n°2	Mettre en place des parcours de stage paramédicaux professionnalisant
Objectif n°3	Rendre attractif les structures hospitalières du GHT pour fidéliser le personnel

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

Etape n°1	Définir le rôle des différents acteurs de l'alternance participant à l'encadrement des étudiants
Etape n°2	Identifier des parcours de stage professionnalisants au sein de chaque pôle en lien avec les parcours patients
Etape n°3	Harmonisation des outils existants pour l'accueil, l'encadrement et le suivi des étudiants
Etape n°4	Développer les compétences des encadrants pour la mise en œuvre d'une politique d'accueil et d'encadrement de qualité

Etape n°5

Organiser une rencontre annuelle entre les différents acteurs de l'alternance participants à l'encadrement des étudiants

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Le temps
- La disponibilité des professionnels
- Le manque de personnel

Moyens humains

- L'encadrement des établissements
- Les infirmières
- Les cadres formateurs

Moyens matériels et financiers

- Moyens informatiques
- Moyens de communication
- Coût des formations

Éléments d'évaluation**Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)**

- Les fiches missions sont créées et présentées dans les instituts de formation et les établissements du GHT GPNE
- Au minimum 1 tuteur formé dans les services
- Les parcours de stage professionnalisant sont en cours d'identification par pôle

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Audit des professionnels participants à l'encadrement des étudiants sur les fiches missions
- Nombre d'infirmiers(es) formés au tutorat entre 2019 et 2022
- les parcours de stage sont identifiés, formalisés et validés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer la fiche missions du formateur référent du lieu de stage ▪ Créer la fiche mission du tuteur de stage ▪ Définir les modalités d'échange entre les professionnels de proximité et les formateurs, les directions des soins, des pôles et les IFSI 	x			x																
Etape n°2					x															
Etape n°3	x			x	x	x	x													
Etape n°4		x		x																

Références bibliographiques et réglementaires

Instruction N° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stage paramédicaux
 Instruction DGOS/RH1 N°2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière

Fiche action n°4.8.2

LA COORDINATION DE L'OFFRE DE STAGE SUR LE TERRITOIRE

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} BAUDOUIN Sylvie	Cadre de pôle
M ^{me} DIA Seynabou	Cadre supérieur de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} BUISSON Anne	Cadre supérieur IFITS
M ^{me} FEUILLERAT Christelle	Cadre hygiéniste
M ^{me} GANDON Christel	Coordinatrice des stages
M ^{me} LAPOUGE Patricia	Responsable formation continue
Mr MAISTO Thierry	Cadre de santé
M ^{me} NAHON Valérie	Responsable pédagogique IFITS
M ^{me} PIERRET France	Responsable formation continue
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieur de pôle
M ^{me} DIA Seynabou	Cadre supérieur DS

Diagnostic de la situation existante

Le GHT GPNE accueille plus de 600 étudiants en formation initiale.

La déclinaison de la politique de stage sur le GHT GPNE a pour objectif de répondre :

- à la pénurie des places de stage
- à la nécessité de proposer des parcours professionnalisant
- à rendre lisible l'offre aspirant à la fois à qualité de la formation mais aussi à l'attractivité des établissements de santé du territoire
- à la fidélisation des futurs professionnels.

Le groupe de travail initié en octobre 2017 sur la politique de stage au sein du territoire a réfléchi sur l'offre et les besoins de places de stage au sein du GHT dans une perspective de partage des ressources entre les instituts de formation et les établissements.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Identifier les ressources des établissements de santé : <ul style="list-style-type: none"> en partageant les places de stage du territoire en coordonnant l'offre de stage en construisant un outil commun informatisé partagé au sein du GHTGPNE
--------------	--

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

Etape n°1	Elaborer une cartographie de l'offre de stage sur le territoire pour l'ensemble des étudiants du GHT GPNE
Etape n°2	Créer un outil commun quantitatif de recensement de l'offre de stage pour le GHT GPNE
Etape n°2-1	Partager l'outil validé par le comité de pilotage du groupe politique de stage sur les établissements
Etape n°2-2	Tester l'outil sur les 3 établissements et le réajuster en fonction des observations
Etape n°2-3	Présenter l'outil aux équipes d'encadrement et aux maitres de stage
Etape n°3	Mettre en place l'outil informatisé partagé et le réajuster en fonction des besoins ou des contraintes de services de soins.
Etape n°3-1	Mettre cet outil « en lecture seule » à la disposition des cadres de santé du GHT GPNE dans la perspective un objectif de lisibilité des places de stage accordées

Etape n°3-2

Les instituts communiqueront chaque année leur planning de l'alternance et rempliront l'outil afin de faciliter le travail des coordinateurs des stages des établissements

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de temps
- Mobilisation des professionnels
- Résistance au changement

Moyens humains

- Informaticien
- Attaché de communication
- Les coordinateurs de stage du GHT

Moyens matériels et financiers

- Budget pour la plateforme
- Moyens informatiques
- Moyens financiers

Éléments d'évaluation**Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)**

- La capacité d'offre de stage est connue
- La visibilité de l'offre de stage est accessible à l'encadrement des services et aux formateurs

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de places de stage proposé au sein du GHT GPNE
- Support informatique créé

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1	x																			
Etape n°2		x																		
Etape n°2-1			x																	
Etape n°2-2				x																
Etape n°2-3					x															
Etape n°3					x															
Etape n°3-1					x															

Références bibliographiques et réglementaires

Fiche action n°4.8.3

LA SIMULATION EN SANTÉ

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
M ^{me} BAUDOUIN Sylvie	Cadre de pôle
M ^{me} DIA Seynabou	Cadre supérieur de santé
M ^{me} VERNHES Sylvie	Cadre supérieur de santé

Acteurs concernés

Rôle et mission

M ^{me} BUISSON Anne	Cadre supérieur IFITS
M ^{me} FEUILLERAT Christelle	Cadre hygiéniste
M ^{me} GANDON Christel	Coordinatrice des stages
M ^{me} LAPOUGE Patricia	Responsable formation continue
Mr MAISTO Thierry	Cadre de santé
M ^{me} NAHON Valérie	Responsable pédagogique IFITS
M ^{me} PIERRET France	Responsable formation continue

Diagnostic de la situation existante

La simulation en santé est développée dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Elle s'applique aussi bien aux professionnels soignants qu'aux étudiants. Elle peut être proposée en équipe pluridisciplinaire. Actuellement, sur les différents sites, il a été mis en place :

Robert Ballanger IFSI

- Simulation en santé à l'IFSI
- Une salle de TP aménagée + mannequin Anne
- Projet d'appel d'offre pour organiser de la simulation en pluridisciplinarité (ESI + étudiants en médecine)
- Formation continue
- Simulation sur mannequin et lit pour l'AFGSU

André Grégoire :

- Laboratoire de simulation haute-fidélité :
 - Prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire adulte en équipe pluridisciplinaire
 - Prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire pédiatrique en équipe pluridisciplinaire
 - Transfusion et accident transfusionnel
 - Urgence maternelle et néonatale en salle de naissance
- Projet de simulation sur la préparation médicamenteuse en pharmacie

Montfermeil :

- Chambre des erreurs sur les Ormes
- Projet de formation par réalité virtuelle (thématique : prise en charge médicamenteuse)
- Formation par simulation lors des formations institutionnelles d'hygiène
- Simulation sur mannequin pour l'AFGSU

IFSI Théodore Simon :

- 5 Salles de simulation + mannequins
- Projet de simulation sur l'addictologie (interdisciplinaire entre étudiants médecins et infirmiers)
- Projet d'apprentissage par simulation progressive pour les étudiants infirmiers

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Construire un projet pédagogique commun par thématique pour développer les formations par simulation
Objectif n°2	Mettre en œuvre le programme pour les agents et étudiants du GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Recenser l'existant (moyens matériels et humains) sur chacun des établissements
Etape n°2	Elaborer un projet pédagogique et une éventuelle mutualisation des actions
Etape n°3	Rédiger des séances communes par thématique
Etape n°4	Communiquer autour du projet au sein du GHT
Etape n°5	Evaluer le programme de formation

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Mobilité du personnel
- Disponibilité du personnel
- Disponibilité des différents acteurs
- Disponibilités des moyens matériels
- Respecter les particularités de chaque site

Moyens humains

- Formateurs
- Service formation
- Service communication
- Reprographie

Moyens matériels et financiers

- Cout matériel (locaux et consommables)
- Formation des formateurs

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- 60% du personnel a reçu une formation par simulation

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1				x	x															
Etape n°2						x	x	x	x											
Etape n°3							x	x												
Etape n°4									x											
Etape n°5													x							

Références bibliographiques et réglementaires

- HAS2019.Guide méthodologique. Simulation en santé et Gestion des risques
- Arrêté du 26 septembre 2014 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier – article 5 la simulation en santé est une méthode pédagogique innovante basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive.

AXE 5 – DÉVELOPPER L'INNOVATION ET LA RECHERCHE

Thème 9 : Développer les coopérations, l'innovation et la recherche

L'axe 5 qui est également le thème 9 « Développer les coopération, l'innovation et la recherche » constitue un véritable défi pour le GHT de saisir les opportunités d'acceptation des dimensions modernisées d'activités tout en prenant en compte les nouvelles pratiques de collaborations interprofessionnelles en s'appuyant sur des technologies innovantes dans les exercices professionnels.

Dans cette focale, la coopération entre professionnels de santé ainsi que l'exercice infirmier en pratiques avancées créent des opportunités dans les innovations de prise en soin des usagers d'une part, en offrant des perspectives de recherche paramédicale, d'autre part.

Les fiches actions déclinées dans cet axe visent le développement novateur dans des domaines tels que les coopérations en santé, les pratiques avancées, la recherche paramédicale ainsi que la contribution des innovations technologiques dans les exercices professionnels repensés.

5.9.1 Développer des coopérations entre professionnels de santé

5.9.2 Promotion de l'exercice infirmier en pratiques avancées

5.9.3 Promotion de la recherche paramédicale

5.9.4 Promotion des nouvelles technologies de l'exercice paramédical

Fiche action n°5.9.1

DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Responsable du projet

Nom : Jean Claude BORDY Christophe BOURDON Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Pôle Spécialités médicales CS Pôle Imagerie CSS Adjointe à la Direction des Soins CHRB
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Médecins :	Conseils et orientations stratégiques
Coordonnateur Général des Soins	Conseils et orientations stratégiques
Cadres : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} ESTEVAO Vanessa CS GHIRM ▪ M^{me} DEL PINO Stéphanie CS GHIRM ▪ M^{me} MOEDDEB Besna CS CHIM ▪ Mr JEANGOUDOUX CS CHIM ▪ M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS CHIM 	Copilotes
Paramédicaux :	Selon les étapes du projet
Responsables formation continue : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} LAPOUGE Patricia CHRB 	Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Robert Ballanger

- Absence de coopération existante
- Existence d'un projet de coopération Anesthésistes/IADE sur la pose de Midline, non validé par l'ARS
- Absence de cartographie des coopérations possibles
- Absence de formation pour les professionnels de santé
- Absence de suivi et d'évaluation des protocoles de coopérations

André Grégoire :

- Absence de coopération existante, mais un projet émanant du CEGGID non traitée
- Absence de cartographie des coopérations possibles
- Absence de formation des professionnels de santé
- Absence de suivi et d'évaluation des protocoles de coopérations

Montfermeil :

- Existence d'une coopération médico-IDE sur « Chimiothérapie orale » validée par ARS
- Formation de 2 IDE d'oncologie à cette coopération
- Projets de coopération en Diabétologie et en Gastroentérologie
- Absence de cartographie des coopérations possibles
- Absence de suivi et d'évaluation des protocoles de coopérations

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Favoriser la mise en place de coopérations entre professionnels de santé au sein du GHT
--------------	---

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Recensement des coopérations entre professionnels de santé existantes au niveau national
Etape n°2	Cartographie des coopérations existantes au sein du GHT
Etape n°3	Cartographie des coopérations possibles présentant un intérêt pour la prise en charge du patient, pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé au sein du GHT
Etape n°4	Communication de leurs existences aux instances CME, CSIRM
Etape n°5	Adhésion des professionnels de santé à l'intérêt de développer une coopération
Etape n°6	Déclinaison et suivi du plan de formation des professionnels de santé concernés
Etape n°7	Mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes de coopérations du GHT

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Méconnaissance du processus de coopérations
- Volonté des acteurs
- Manque de temps et de moyens
- Multi sites

Moyens humains

- Délégués, délégués et formateurs

Moyens matériels et financiers

- Coût des formations
- Coût en remplacement
- Moyens logistiques

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nbre de processus de coopérations éligibles au sein du GHT

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nbre de processus de coopérations réalisés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1			x																	
Etape n°2			x	x																
Etape n°3			x	x																
Etape n°4					x															
Etape n°5						x	x	x	x											
Etape n°6						x	x	x	x											
Etape n°7										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Références bibliographiques et réglementaires

Site ARS « Coopérations-Coop-PS »

Loi HPST du 21 juillet 2009 à l'article 51 :

- les protocoles de coopération se définissent entre autres comme : « un protocole entre professionnels de santé accepté par l'ARS, pour effectuer la mise en place, à titre dérogatoire, de transferts d'activités ou d'actes de soins ».
- « Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (...) »

Fiche action n°5.9.2

PROMOTION DE L'EXERCICE INFIRMIER EN PRATIQUES AVANCÉES

Responsable du projet

Nom : Jean Claude BORDY Christophe BOURDON Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Pôle Spécialités médicales CS Pôle Imagerie CSS Adjointe à la Direction des Soins CHRB
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Médecins :	Conseils et orientations stratégiques
Coordonnateur Général des Soins	Conseils et orientations stratégiques
Cadres :	Copilotes
<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} TOUZZALI Saliha CSS DS GHIRM • M^{me} DEL PINO CS GHIRM • M^{me} MOEDDEB Besna CS CHIM • Mr JEANGOUDOUX CS CHIM • M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS CHIM 	
IDE :	
Responsables formation continue :	Selon les étapes du projet
<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} LAPOUGE Patricia CHRB 	Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Robert Ballanger

- Absence d'IDE en pratiques avancées
- Absence de cartographie des champs d'activités potentiels en pratiques avancées
- Absence de formation en cours d'IDE en pratiques avancées

André Grégoire :

- Absence d'IDE en pratiques avancées
- Absence de cartographie des champs d'activités potentiels en pratiques avancées, mais 1 demande en dialyse et 1 lettre d'intention en cours pour un protocole de coopération en addictologie
- Absence de formation en cours d'IDE en Master IPA

Montfermeil :

- Absence d'IDE en pratiques avancées
- Absence de formation en cours d'IPA
- Absence de cartographie des champs d'activités potentiels en pratiques avancées
- Projet professionnel rédigé pour 2 IDE en Diabétologie
- Projets en réflexion : 1 en SSR, 1 en Unité de Gériatrie Aigue, 1 sur l'HDJ de Gériatrie, 1 en Cardiologie

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Favoriser la promotion de l'exercice infirmier en pratiques avancées au sein du GHT
--------------	---

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

Etape n°1	Recensement des projets de pratiques avancées en cours au niveau du GHT
Etape n°2	Recensement des champs d'activités éligibles aux pratiques avancées ayant un intérêt pour la prise en charge du patient, pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé au sein du GHT
Etape n°3	Communication de leurs existences aux instances CME, CSIRMT

Etape n°4	Identification des impacts de la mise place des pratiques avancées sur les organisations médicales et paramédicales
Etape n°5	Sélection des candidats au master 2 en pratiques avancées à partir d'un projet professionnel
Etape n°6	Formation des IDE sélectionné(e)s
Etape n°7	Mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes de pratiques avancées du GHT

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Méconnaissance de l'exercice IDE en pratiques avancées
- Volonté des acteurs
- Manque de temps et de moyens
- Multi sites

Moyens humains

- Praticiens
- IDE
- Universités

Moyens matériels et financiers

- Coût des formations
- Coût en remplacement
- Moyens logistiques

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Nombre de champs d'activités éligibles aux pratiques avancées

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nbre d'IDE formé(e)s aux pratiques avancées
- Nbre de programmes de pratiques avancées développés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1			x																	
Etape n°2			x	x																
Etape n°3					x															
Etape n°4						x	x	x	x											
Etape n°5							x													
Etape n°6											x	x	x	x	x	x	x	x		
Etape n°7																			x	x

Références bibliographiques et réglementaires

Textes réglementaires IDE pratiques avancées :

- L'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, introduit la mise en place de professionnels en pratique avancée des auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin.
- La Stratégie nationale de santé 2018-2022 : le développement des pratiques avancées en soins infirmiers, « pour renforcer les coopérations entre professionnels de santé et leur donner un rôle plus central dans la PEC, notamment dans le suivi des maladies chroniques ».

Fiche action n°5.9.3

PROMOTION DE LA RECHERCHE PARAMÉDICALE

Responsable du projet

Nom : Jean Claude BORDY Christophe BOURDON Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Pôle Spécialités médicales CS Pôle Imagerie CSS Adjointe à la Direction des Soins CHRB
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Médecins :	Conseils et orientations stratégiques
Coordonnateur Général des Soins	Conseils et orientations stratégiques
Cadres : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} TOUZZALI Saliha CSS DS GHIRM ▪ M^{me} DEL PINO CS GHIRM ▪ M^{me} MOEDDEB Besna CS CHIM ▪ Mr JEANGOUDOUX CS CHIM ▪ M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS CHIM 	Copilotes
Paramédicaux : <ul style="list-style-type: none"> ▪ M^{me} POIROT Nathalie Diététicienne 	Selon les étapes du projet

Diagnostic de la situation existante

Robert Ballanger :

- Absence de projet de recherche paramédicale
- Absence de collaboration des équipes paramédicales aux projets médicaux de recherche
- Absence de protocoles de recherche paramédicale

André Grégoire :

- Absence de réponse aux appels à projets de recherche paramédicale
- Absence de collaboration des équipes paramédicales aux projets médicaux de recherche
- Absence de protocoles de recherche paramédicale

Montfermeil :

- Absence de projet de recherche paramédicale
- Existence d'une collaboration des équipes paramédicales aux projets médicaux de recherche sur la thématique Maladies Infectieuses Chroniques de l'Intestin
- Recherche paramédicale sur la consultation pré-anesthésie IDE

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Promouvoir les programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) au sein du GHT
--------------	---

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

Etape n°1	Recensement des projets de programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) en cours au niveau du GHT
Etape n°2	Evaluation de l'opportunité d'intégrer des programmes de recherche en lien avec les CHU de référence
Etape n°3	Sensibilisation les professionnels paramédicaux à intégrer et/ou initier des programmes de recherche au sein du GHT
Etape n°4	Initiation de la démarche projet avec les équipes volontaires

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Méconnaissance des programmes de recherche infirmière et paramédicale
- Désintérêt des acteurs pour cette thématique
- Manque de temps et de moyens
- Multi site

Moyens humains

- Praticiens
- Paramédicaux

Moyens matériels et financiers

- Coût des formations
- Coût en remplacement
- Moyens logistiques

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Cartographie des PHRIP existantes au niveau national
- Nbre de paramédicaux formés à la recherche

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nbre programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) mis en oeuvre

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1							x	x	x	x										
Etape n°2											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°3												x	x	x	x	x	x	x	x	x
Etape n°4														x	x	x	x	x	x	x

Références bibliographiques et réglementaires

Décrets de compétences des personnels paramédicaux
PHRIP nationaux existants

Fiche action n°5.9.4

PROMOTION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS L'EXERCICE PARAMÉDICAL

Responsable du projet

Nom : Jean Claude BORDY Christophe BOURDON Nathalie GODEFROY	Fonction : CSS Pôle Spécialités médicales CS Pôle Imagerie CSS Adjointe à la Direction des Soins CHRB
---	--

Acteurs concernés

Rôle et mission

Médecins :	Conseils et orientations stratégiques
Coordonnateur Général des Soins	Conseils et orientations stratégiques
Cadres :	Copilotes
<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} TOUZZALI Saliha CSS DS GHIRM • M^{me} DEL PINO CS GHIRM • M^{me} MOEDDEB Besna CS CHIM • Mr JEANGOUDOUX CS CHIM • M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS CHIM 	
Paramédicaux :	Selon les étapes du projet
Formation continue :	Selon les étapes du projet
<ul style="list-style-type: none"> • M^{me} LAPOUGE Patricia CHRB 	

Diagnostic de la situation existante

Robert Ballanger :

- Existence d'un projet médical de télémédecine en dermatologie
- Absence de personnel paramédical formé à la télémédecine
- Absence de réunion en visioconférence
- Participation des paramédicaux aux projets architecturaux, informatiques, équipements, matériels biomédical et dispositifs médicaux
- Existence de laboratoires de simulation IFSI

André Grégoire :

- Absence de projet médical de télémédecine connu
- Absence de personnel paramédical formé à la télémédecine
- Absence de réunion en visioconférence
- Participation des paramédicaux aux projets architecturaux, informatiques, équipements, matériels biomédical et dispositifs médicaux
- Absence de réponse aux appels à projets et/ou de participation à « hôpital expo »
- Existence d'un laboratoire de simulation au sein de l'établissement
- Existence de laboratoires de simulation IFSI

Montfermeil :

- Projets de télémédecine en diabétologie et en cardiologie
- Absence de personnel paramédical formé à la télémédecine
- Absence de réunion en visioconférence pour les paramédicaux
- Participation des paramédicaux aux projets architecturaux, informatiques, équipements, matériels biomédical et dispositifs médicaux.
- Existence de laboratoires de simulation IFSI

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1

Promouvoir le développement des nouvelles technologies (télémédecine, visioconférence et simulation en santé) dans l'exercice paramédical au sein du GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Recensement des projets de développement des nouvelles technologies dans l'exercice paramédical
Etape n°2	Recensement des besoins en formation des paramédicaux
Etape n°3	Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets en lien avec les services techniques, informatiques et biomédicaux

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Contraintes budgétaires
- Résistance au changement
- Manque de temps et de moyens
- Multi sites

Moyens humains

- Praticiens
- Paramédicaux
- Services techniques, informatiques et biomédicaux

Moyens matériels et financiers

- Investissements matériels
- Coût des formations

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- Cartographie des nouvelles technologies mises en oeuvre au sein du GHT

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nbre de projets de nouvelles technologies mis en oeuvre
- Nbre de paramédicaux formés aux nouvelles technologies

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2019				2020				2021				2022				2023			
	T1	T2	T3	T4																
Etape n°1					x	x	x	x												
Etape n°2									x											
Etape n°3										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Références bibliographiques et réglementaires

Programmes de simulation en santé proposées aux paramédicaux
 Programme régional de télémédecine - ARS Ile de France

ANNEXE 1 : MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL DU PSP DU GHT GPNE

GROUPE 1 : AMÉLIORER LE PARCOURS DU PATIENT

PILOTES : M^{me} Halima KACHKACHE, M^{me} Marie BLOQUET, M^{me} Lauriane CREMER, M^{me} Micheline DOIREAU

MEMBRES :

M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS Urgences
M^{me} PERENNEC Emilie SF Coordinatrice salle de naissance
M^{me} MOEDDEB Besma FFCS Néphrologie / dialyse
M^{me} SIMON Carole FFCS Consultation
M^{me} RUTELLA Nathalie IDE en psychiatrie extra hospitalier
M^{me} GERMANY Marthe CS en SSR/ neurologie
M^{me} MAMANE-DURO Ruth CS rééducateur plateau technique
M^{me} NOURRY Isabel FFCS urologie/orl
Mr FILIAS Cédric Responsable qualité
Mr THOUVENIN Aymeric Etudiant cadre
M^{me} VAPPEREAU Sylvie FFCS HAD
M^{me} YAHY Ouiza IDE Unité mobile de Gériatrie
M^{me} EL BARAKA Myriam IDE coordinatrice d'aide au retour à domicile
M^{me} TALIBON Julie Pilote locale MAIA Seine Saint Denis Sud-Est
M^{me} RIBAILLE cadre supérieur socio-éducatif

GROUPE 2 : DÉVELOPPER LE DOSSIER DE SOINS INFORMATISÉ ET LA COMMUNICATION

PILOTES : M^{me} Sandrine WICK, M^{me} Patricia TERRACHER, Saliha TOUZZALI

MEMBRES :

Mr DORLAND Bernard directeur des soins
M^{me} L'HOUE Fabienne Ingénieur qualité
M^{me} BOURGEOIS Sylvie CS cardiologie
M^{me} GIRAudeau Manuela CS Médecine/DSI
M^{me} KOULOUCHE Layla CS HDJ oncologie/DSI
M^{me} COLOMER Nathalie CS chirurgie
Mr BELLAHCENE Adel CS planning Familial & CS obstétrique
M^{me} DELALANDE Katia kinésithérapeute
M^{me} GANDON Christel IDE référente DPI
Mr ZAKIN Kévin IDE UHTCD
Mr SEVERIN Armand (IDE référent mouvements)
Mr SPLINGART Pierre AS Référent Dossier Soins Informatisé

GROUPE 3 : PROMOUVOIR LA QUALITÉ DES SOINS

PILOTES : M^{me} Sophie DAIRE, M^{me} Sylvie VERNHES, M^{me} Florence OGER, M^{me} Eléna MAMELLI

MEMBRES :

M^{me} CHIALI Sandrine FFCS
M^{me} LALLEMAND Laura IDE
M^{me} WILLEFERT Mathilde Ingénieur qualité
M^{me} TROUSSART Marie christine CS
Mr LOUZOLO Daniel CS
M^{me} GILI Emmanuelle CS

M^{me} TRINQUART Juliette IADE
M^{me} VENDRUSCOLO Laurence IDE
M^{me} VISTE Sandrine IDE
M^{me} LEGALL Catherine IDE
M^{me} LECANTE Véronique PUI
M^{me} ZAVERIO Brigitte CS
M^{me} SYLVESTRE Laura Diététicienne
M^{me} TISSIER Sylvie Diététicienne
Mr SAINTEMEME Représentant des usagers
M^{me} WILLEFERT Ingénieur Qualité

GROUPE 4 : ASSURER LA SÉCURITÉ DES SOINS

PILOTES : M^{me} Cecile LANCIEN, M^{me} Sandrine WICK, M^{me} Natalie VAN DE VELDE, M^{me} Chantal DAGNEAUX, M^{me} Nadine PASTRE

MEMBRES :

M^{me} BOURCERET Patricia Directrice de soins
Mr Edith SAKPA
M^{me} PRETOT Claudine CSS
M^{me} FEUILLERAT Christelle CDS
M^{me} RAISIN Jacqueline CDS
M^{me} DURAND Martine CDS
Mr BULOT Fabrice IDE
M^{me} LEBORGNE Sabrina CDS
M^{me} PATRON Elodie FFCDS
M^{me} MPINDA Christine CDS
M^{me} VILLIERS Martine AMA
Mr PERREIRA Aurélien Adjoint Admission
M^{me} CONDETTE Sylvie CDS
M^{me} ESNAULT Christel IDE
M^{me} MAMELLI Elena CSS
M^{me} COTELLE Cécile CDS
M^{me} LEROY thi my linh FF CDS
M^{me} TOUZZALI Saliha CSS
Mr GROS DUBOIS CDS
M^{me} MOULA Sipora CDS

GROUPE 5 : DÉVELOPPER LA GESTION DES RISQUES LIÉS AUX SOINS

PILOTES : M^{me} Sylvie GARCIA, M^{me} Marie BLOQUET, Mr Patric BEHR, M^{me} Sylvie NEVERS

MEMBRES :

M^{me} MAMANE Cadre de santé kinésithérapeute
M^{me} BERNARD Ingénieur qualité direction qualité
M^{me} LAALAOUI Ingénieur qualité direction qualité
M PAGES Ingénieur qualité direction qualité
M^{me} SAKPA Référent prévention TMS
M^{me} WILLERFERT Kinésithérapeute
M^{me} MAMELLI Cadre supérieur de santé direction des soins
M^{me} GANIVET Cadre de santé
M^{me} DELAUNAY Coordinatrice sage-femme

GROUPE 6 : PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE SOIGNÉE DANS SA SPÉCIFICITÉ

PILOTES : Mr Jacky CANGOU, M^{me} Almécinda

CHABAS, M^{me} Nadine BARTH

MEMBRES :

M^{me} BAUDOIN Sylvie CSS
M^{me} BOURGES Sabine SF coordinatrice
M^{me} RIBAILLE Catherine CSS
M^{me} RUTELLA Nathalie IDE
M^{me} TARDY Evelyne Cs formateur

GROUPE 7 : ACCOMPAGNER ET FAVORISER L'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES

PILOTES : M^{me} Christine BASTIMENT, M^{me} Nathalie GODEFROY, M^{me} Lydia SCHULL

MEMBRES :

M^{me} BELARBI Hakima CS
M^{me} NEVERS-LALLEMAND Sylvie CSS SF
M^{me} CHATEAUNEUF Myriam CS
M^{me} CHIRON Nathalie CS
Mr BEHR Patric Cadre Paramédical de Pôle
M^{me} LAPOUGE Patricia responsable de formation continue
Mr DESROSES Kévin AA
M^{me} CATHALIFAUD Rosalie AA
M^{me} LARCHIER Martine Adjoint des Cadres
Mr GRANGER Franck Technicien de Laboratoire
Me DELALANDE Katia, Masseur-kinésithérapeute

GROUPE 8 : PROPOSER DES PARCOURS QUALIFIANTS ET VALORISER LES EXPERTISES SOIGNANTES

PILOTES : M^{me} Sylvie VERNHES, M^{me} Senabou DIA, M^{me} Sylvie BAUDOIN

MEMBRES :

M^{me} BUISSON Anne cadre formateur
M^{me} FEUILLERAT Christelle Cadre hygiéniste
M^{me} GANDON Christel Cadre formateur Coordinatrice des stages
M^{me} LAPOUGE Patricia Responsable formation continue
Mr MAISTRO Thierry CS
M^{me} NAHON Valérie Responsable pédagogique
M^{me} PIERRET France Responsable formation continue
M^{me} VERNHES Sylvie CS
M^{me} DIA S

GROUPE 9 : DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS, L'INNOVATION ET LA RECHERCHE

PILOTES : M^{me} Nathalie GODEFROY, Mr Jean Claude BORDY, Mr Christophe BOURDO

MEMBRES : M^{me} ESTEVAO Vanessa CS

M^{me} DEL PINO Stéphanie CS
M^{me} MOEDDEB Besna CS
Mr JEANGODOUX CS
M^{me} BULGHERONI Stéphanie CS
M^{me} LAPOUGE Patricia CHRB responsable formation continue
M^{me} TOUZZALI Saliha CSS DS
M^{me} POIROT Nathalie Diététicienne

Groupement Hospitalier de Territoire
Grand Paris Nord-Est
Aulnay-sous-Bois - Le Raincy-Montfermeil - Montreuil



CHI
Robert
Ballanger

Boulevard Robert Ballanger
93 600 Aulnay sous Bois

GHI
Le Raincy-
Montfermeil

10 rue du Général Leclerc
93 370 Montfermeil

CHI
André
Grégoire

56 boulevard de la Boissière
93 100 Montreuil