

Projet de soins partagé

du GHT Plaine de France



Juin 2017



Groupement Hospitalier de Territoire
Saint-Denis  Gonesse
Plaine de France

Table des matières

Préface	5
Glossaire	6
Le projet de soins partagé du GHT « Plaine de France »	7
Des aspects règlementaires	7
Les bases d'un futur projet commun partagé autour d'un diagnostic territorial	7
Un projet construit sur une analyse de l'existant	7
Une opportunité de fonder une communauté de pratiques	8
Un socle de valeurs à partager construite à l'échelle du GHT	8
• Le prendre soin et la bienveillance	8
• Le patient acteur de sa santé et « co-acteur » de sa sécurité	8
• Les valeurs définies et partagées	9
Un lien avec les autres projets	10
Une méthodologie pragmatique et participative	10
Personnes concernées	10
Les phases du projet	11
• Etape 1 : <i>phase préliminaire</i>	11
• Etape 2 : <i>phase de production</i>	11
• Etapes 3 et 4 : <i>phase de validation et de communication.</i>	12
• Etape opérationnelle : <i>phase de mise en œuvre opérationnelle.</i>	12
Architecture.	12
• Le plan d'action.	12
• Les fiches-actions.	13
Cinq axes stratégiques, neuf thématiques et une mise en œuvre opérationnelle traduite en 30 fiches actions	14
AXE 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient	15
Thème 1 : Améliorer le parcours patient	15
• Fiche action n°1.1	16
• L'information du patient	16
• Fiche action n°1.2	18
• Le livret d'accueil	18
• Fiche action n°1.3	20
• L'utilisation de chartes	20
• Fiche action n°1.4	22
• Promouvoir et développer l'Education Thérapeutique	22
• Fiche action n°1.5	24
• Optimisation du parcours de soins des patients précaires	24
• Fiche action n°1.6	26
• Développer des synergies dans la prise en charge sociale du patient	26
AXE 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient	29
Thème 2 : Promouvoir les valeurs soignantes et la bienveillance	29
• Fiche action n°2.1	30
• Favoriser l'appropriation des valeurs soignantes	30
• Fiche action n°2.2	32
• Développer la Bienveillance et le Prendre soin	32
• Fiche action n°2.3	34
• Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients	34
AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins	37
Thème 3 : Améliorer le dossier de soins et la traçabilité des actions de soins	37
• Fiche action n°3.1	38
• Développer une culture commune de l'écrit soignant	38
• Fiche action n° 3.2	40
• Réaliser des Audits Croisés de l'écrit soignant	40
• Fiche action n°3.3	42
• Construire un plan d'action de l'amélioration de la qualité de la traçabilité des soins	42
• Fiche action n°3.4	44
• Assurer le développement et la pérennité de l'informatisation du dossier de soins	44

AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins	47
Thème 4 : <i>Assurer la prise en charge de la douleur et sa traçabilité</i>	47
• Fiche action n°4.1.	48
• Poursuivre la mise en œuvre du réseau relais douleur et développer la dynamique	48
• Fiche action n° 4.2	50
• Développer la prévention des douleurs induites par les soins	50
• Fiche action 4.3	52
• Valoriser les compétences et les ressources spécifiques	52
AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins	55
Thème 5 : <i>Prévenir les risques et promouvoir une culture de la qualité et de la sécurité</i>	55
• Fiche action N°5.1.	56
• Renforcer la sécurité du patient dans les secteurs interventionnels (Imagerie, Endoscopie + PTO)	56
• Fiche action n°5.2.	58
• Développer la culture de la déclaration des événements Indésirables	58
AXE 3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes	61
Thème 6 : <i>Renforcer les compétences managériales</i>	61
• Fiche action n°6.1	62
• Evaluations des pratiques managériales (Analyse de pratiques professionnelles)	62
• Fiche action n°6.2	64
• Optimiser et formaliser les organisations de pôle	64
• Fiche action n°6.3	66
• Séminaire d'encadrement	66
AXE 3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes	69
Thème 7 : <i>Assurer la continuité des soins jour nuit</i>	69
• Fiche action n°7.1	70
• Partage d'expériences sur les missions de l'encadrement paramédical et la continuité des soins	70
• Fiche action n°7.2	72
• Informatiser le cahier de garde des cadres de santé	72
AXE 4 : Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche	75
Thème 8 : <i>Développer les EPP et la recherche</i>	75
• Fiche action n°8.1	76
• Former aux EPP et les développer dans le cadre du projet de soins GH	76
• Fiche action n°8.2	78
• Sensibiliser à la notion de patient traceur Développer les audits au sein du GHT	78
• Fiche action n°8.3	80
• Elaborer et partager des chemins cliniques au sein du GHT	80
• Fiche action n°8.4	82
• Former et développer des actions de recherche paramédicale.	82
AXE 5 : Contribuer à l'enseignement et à la formation	85
Thème 9 : <i>Promouvoir le lien avec les Instituts de formation</i>	85
• Fiche action n°9.1.	86
• Identifier la fonction tutorale et valoriser les professionnels	86
• Fiche action n°9.2	88
• Améliorer l'accueil des étudiants et définir des parcours de stage	88
• Fiche action n°9.3.	90
• Développer les liens avec les instituts de formation	90
Annexe 1	93
Membres des Groupes de travail du PSP	93

Préface

Partie intégrante de la convention constitutive du GHT « plaine de France », l'écriture du projet de soins partagé constitue une étape importante de formalisation de nombreux projets communs et de leur mise en œuvre dans les 5 années à venir. Il permet à l'ensemble des personnels soignants de s'exprimer et de proposer en lien avec le projet médical partagé des actions d'amélioration de la prise en charge du patient.

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

Sa construction participative et pluridisciplinaire constitue une richesse indéniable qui se retrouve dans les projets et les actions proposées. Plus de cent vingt personnes ont participé à la formalisation de 30 projets présentés sous la forme de fiches actions. Ce projet collectif promeut également la reconnaissance des responsabilités et de l'engagement des personnels soignants dans une démarche d'amélioration continue des soins.

Nous remercions tous les personnels du CH de Gonesse et du CH de Saint-Denis 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.

Bernard Dorland

Président de la CSIRMT du GHT Plaine de France,
Coordonateur général des soins du CH de Saint-Denis



Isabelle Frassa

Vice-présidente de la CSIRMT du GHT Plaine de France,
Coordonatrice générale des soins du CH de Gonesse



Glossaire

ARS	Agence régionale de Santé
CDU	Commission des usagers
CGS	Coordination Générale des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHSD	Centre hospitalier de Saint-Denis
CHG	Centre hospitalier de Gonesse
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CSIRMT	Commission de soins infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
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

Le projet de soins partagé du GHT « Plaine de France »

Le Groupement Hospitalier de Territoire est une innovation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont l'article 107 dispose que « *chaque établissement public est parti à une convention de GHT* ». Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualités. Dans chaque groupement, les établissements partis élaborent un Projet Médical Partagé ainsi qu'un Projet de Soins Partagé garantissant une offre de soins de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Des aspects règlementaires

La formalisation du PSP est strictement encadrée :

- par les textes récents en lien avec la mise en place des GHT, comme l'article R.6132-5 du code la santé publique :

« Le projet de soin de GHT... s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical » et « la participation à sa rédaction par les équipes soignantes, de chaque filières concernées ».

- par des textes plus anciens en lien avec la fonction et les missions du Directeur des soins, comme le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, l'Article 4 alinéa 3 précise :

« Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins... »

Les bases d'un futur projet commun partagé autour d'un diagnostic territorial

Le projet médical et le projet de soins partagés sont les ciments de l'édification du GHT pour mettre en application une gradation des soins, structurée autour des filières de prise en charge. Le PMP et le PSP sont ancrés dans le diagnostic territorial des besoins en santé, cette première étape a permis d'envisager et de formaliser les pistes de réflexions et définir les actions à engager pour construire une réponse adaptée aux besoins de santé spécifiques à notre territoire. Nous visons une réponse qui se veut cohérente, pragmatique, réaliste et applicable.

Ainsi le projet de soins du GHT est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical. Il présente des axes propres de développement.

C'est avant tout un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche.

Il se veut opérationnel afin d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts des projets des 2 établissements du GHT et de leur contexte respectif.

Enfin, l'organisation en pôle d'activités sous-tend une déclinaison du projet de soins du GHT à terme, au sein des pôles. Ainsi, à partir des filières et parcours d'une offre de soins graduée identifiés dans le PMP, il s'agira de décliner les principes d'organisation soignante des activités pour chacune de ces filières et donc par pôle.

Secondairement, chaque pôle pourra décliner les parcours prévalent de prise en charge et tendre à formaliser des chemins cliniques pour chaque filière de prise en charge.

Un projet construit sur une analyse de l'existant

L'écriture des projets de soins est récente : 2014 pour Gonesse et 2015 pour Saint-Denis. Cela représente globalement 30 actions pour Gonesse et 55 pour Saint Denis.

Un travail commun en avril 2016 a permis d'identifier une trentaine d'actions qui ont constitué une première version synthétique du futur projet de soins commun du GHT. Cette version a été intégrée dans la convention constitutive du GHT transmise à nos tutelles

Cette première version a permis de faire émerger :

- Des actions communes dont les objets sont très proches et qui seront facilement partagées.
- Des actions spécifiques développées par l'un ou l'autre des hôpitaux, mais dont les deux parties veulent tirer les expériences en les mettant en commun.

Une opportunité de fonder une communauté de pratiques

Par le partage des pratiques professionnelles et des compétences au sein du GHT, par leur analyse et leur comparaison, par leur confrontation aux meilleures références et standards, ces pratiques doivent s'enrichir pour sécuriser davantage et faire évoluer les parcours et les prises en charges médico-soignantes des patients et des usagers.

Un socle de valeurs à partager construite à l'échelle du GHT

Une des finalités du projet de soins partagé est de confirmer certaines valeurs déjà appropriées par les professionnels de chaque établissement.

Les valeurs sont des références pour toute action. Elles guident les comportements, les attitudes et ont une influence sur les actes. Les valeurs des professionnels se traduisent dans la relation que les personnels de santé entretiennent avec le patient et plus globalement dans la prestation des soins.

Le concept de valeur se réfère à différentes définitions, dont certaines nous parlent plus que d'autres :

- « la valeur humaine est l'idéologie d'un individu ou partagée par un groupe d'individus » (définition du dictionnaire).
- « Préférences collectives qui apparaissent dans un contexte institutionnel et participent à sa régulation » (BOUDON et BOURRICAUD, 1983).
- « Ce que les Hommes apprécient, estiment, désirent obtenir, recommandent, voir proposent comme idéal » (REZSOHAZY, 2006).

Le projet médical et le projet de soins partagés réaffirment une prise en charge du patient de qualité dans laquelle ce dernier est acteur de sa santé et « co-acteur de sa sécurité ».

Dans un contexte de maîtrise des dépenses, la dimension du soin se renforce à travers des parcours patients davantage ciblés et des filières mieux organisées.

Chaque établissement est porteur d'une histoire et d'une culture qui lui sont propres, auxquelles les soignants sont attachés.

Une philosophie du soin et des valeurs ont été déclinées dans chacun des projets de soins existants et connus des professionnels.

Dans le cadre du GHT, des valeurs définies communes aux deux établissements construisent un socle incontournable et permettent une démarche innovante. Ce panel de valeurs est un levier indispensable pour donner du sens au projet de soins partagé et à ses actions déclinées sur les cinq prochaines années.

Nous voulons donc réaffirmer plusieurs approches philosophiques du soin :

Le prendre soin et la bientraitance

Le « prendre soin » et la bientraitance sont des termes qui s'adressent aussi bien aux patients qu'aux équipes.

Walter Hesbeen définit « le prendre soin » comme : « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé. »

La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité, de sa singularité. « Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes. »

Le patient acteur de sa santé et « co-acteur » de sa sécurité

Les professionnels des deux entités hospitalières se sont mobilisés autour de la « certification V 2014 » en évaluant le parcours du patient par processus. La méthode du patient traceur utilisée a été riche d'enseignement.

Cette démarche de certification met l'accent sur le renforcement du partenariat soignant/soigné, une implication plus marquée du patient à la sécurité de son parcours de soins, une communication adaptée et une écoute plus attentive à son égard.

Les valeurs définies et partagées

Au travers quelques définitions, différentes valeurs prennent du sens en lien avec le soin :

L'esprit d'équipe / la solidarité :

La solidarité se situe dans le domaine de l'action, plus précisément des relations humaines. Elle est d'ordre éthique bien plus que politique, c'est par sa dimension sociale qu'elle apparaît au grand jour, dans le « vivre ensemble ».

La solidarité est un sentiment collectif, l'homme évoluant dans une tension entre le groupe et son individualité (Kant parlait d'insociable sociabilité). La solidarité est un sentiment qui pousse les hommes à s'accorder une aide mutuelle, dans la conscience du fait que l'aide ou l'attention apportée à l'autre à un moment, pourra être reçue de l'autre ultérieurement. La solidarité tisse donc un lien entre les individus ou les groupes et entre des situations vécues par ces individus ou ces groupes.

L'écoute de l'autre / La bienveillance / La bientraitance :

Cette notion recouvre un ensemble d'attitudes et de comportements positifs et constants de respect, de bons soins, de marques et manifestations de confiance, d'encouragement et d'aide envers des personnes ou des groupes en situation de vulnérabilité ou de dépendance.

Le respect :

Le respect appliqué à un individu prend un sens plus proche de l'estime, et s'appuie sur l'aptitude à se remémorer les actes auparavant accomplis par un individu, lorsque ceux-ci sont dignes d'être reconnus. Le respect ne doit pas être confondu avec la tolérance, car celle-ci n'a pas les mêmes motifs, et contrairement au respect, elle n'est pas incompatible avec le mépris.

La confiance :

Elle se définit comme un sentiment de sécurité vis-à-vis de quelqu'un ou quelque chose. Il s'agit d'un mot du langage courant plutôt que d'un concept scientifique rigoureusement défini. Elle s'acquière et se travaille tout au long de notre vie professionnelle.

L'équité :

C'est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. L'équité se manifeste, par exemple, lorsqu'on doit apprécier un cas particulier ou concret sans se laisser guider par les seules règles du droit. C'est une forme de justice qui prend plutôt en considération l'esprit de la loi que la lettre, pour en tempérer les effets ou la faire évoluer si, comme dit Aristote, « elle se montre insuffisante en raison de son caractère général ».

L'équité est donc un état d'esprit qui veut aller au-delà de ce qui est juste sur le plan légal et peut donc s'opposer à la loi lorsque celle-ci présente des lacunes ou s'avère inadaptée, voire injuste. L'équité est sous-tendue par un principe de justice non écrit, antérieur aux lois et supérieur à celles-ci. Il est donc très difficile de définir ce qui est équitable.

L'inter-culturalisme par J.M.G. Le Clézio :

« Le multiculturalisme est une question caduque. Nous vivons dans un monde de rencontres, de mélanges et de remises en cause. *Les flux migratoires existent depuis toujours, ils sont même à l'origine de la race humaine. Le multiculturalisme tel qu'on le nomme en ce moment n'est plus suffisant. Il favorise des ghettos, isole les cultures et favorise le durcissement du radicalisme. ... Le seul espoir reste dans l'ouverture de l'interculturel.*

Dans la rencontre des cultures et des civilisations, chaque apport a son importance, et nous ne pouvons demander à personne de renoncer à la moindre part de son héritage ».

Les compétences cliniques transculturelles :

La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'institution qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer.

Une manière d'aborder le sujet est d'abord l'attitude. Chaque patient doit être traité avec le même respect, la même dignité, sans considération de culture, ethnique, religion ou de statut social. « Traiter tout le monde de la même manière » est important mais cela ne suffit pas.

Connaître les principales coutumes, valeurs, croyances en matière de santé qu'un grand nombre de groupes culturels développent est un autre aspect des compétences transculturelles.

Cependant, attitudes et connaissances, là aussi ce n'est pas encore suffisant. Parfois, cela peut s'avérer négatif : car si l'on pense automatiquement qu'un groupe de patients en particulier va agir d'une manière particulière, c'est un stéréotype qui peut conduire à une péjoration du soin.

Comment chaque professionnel de santé interagit avec les patients afin de mieux comprendre leurs coutumes, leurs valeurs, leurs croyances en matière de santé afin de répondre de la manière la plus adaptée ?

Dans ce cadre, en associant les « attitudes » aux « connaissances » et aux « compétences », il développe ce que l'on peut nommer des compétences cliniques transculturelles.

Un lien avec les autres projets

Dans sa construction le Projet de Soins Partagé est articulé avec le Projet Médical Partagé et en lien avec la mise en œuvre et l'activité des filières médicales. L'accompagnement du projet de soins se veut principalement transversal 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 l'optimisation des données du patient regroupées dans son dossier de soins. 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 les directions qualités. C'est pourquoi le PSP présente un axe spécifique sur 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 le cas, par exemple, des actions mises en œuvre dans le cadre de la traçabilité des soins ou de l'informatisation du dossier du patient.

En ce sens, les visites de certification V2014 récentes et les préconisations formalisées pour chaque site impactent les actions opérationnelles du projet de soins partagé. Cela concerne en particulier, les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) comme la douleur et les Indicateurs de Qualité et de Sécurité de Soins (IQSS) très prégnants dans la traçabilité des soins au quotidien.

Chacun de nos deux CH devra rendre dans les 6 à 12 mois un nouveau compte qualité, véritable cartographie des risques par processus, accompagné d'un plan d'action. Puis nous devons préparer dès 2020 un compte qualité commun.

Nos actions pourront s'appuyer sur l'ensemble des référents qualité désignés au CHSD ou au CHG.

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.

Une méthodologie pragmatique et participative

La méthodologie privilégie un projet de soins pragmatique et réaliste. Elle favorise une démarche tout autant participative que pluridisciplinaire. Le projet présente une déclinaison pratique en fiches-actions. Une participation pluridisciplinaire dans le cadre de groupes de travail permet une validation renforcée des axes stratégiques paramédicaux.

Personnes concernées

Le Projet de Soins implique autant que possible la participation des 18 métiers des filières infirmières, de rééducation et médicotechniques. : les 4 métiers de la filière Infirmière (Infirmier, Infirmier Anesthésiste, Infirmier de Bloc, Puéricultrice) et les 4 métiers d'aide (Aide-Soignant, Auxiliaire de puériculture, Agent des Services Hospitaliers, Aide Médico-Psychologique), les 7 métiers de la filière de rééducation (Masseurs- Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes Orthoptistes, Diététiciens, Pédiatres-Podologues) et les 3 métiers médicotechniques (Techniciens de Laboratoire, Préparateurs en Pharmacie, Manipulateurs en Electroradiologie médicale)

Les phases du projet

Etape 1 : phase préliminaire

Une première phase a été conduite par les deux directions des soins au mois de mai et juin 2016. Elle a permis, au sein de ces deux directions, d'identifier des thématiques et des actions communes possibles. Ces orientations paramédicales stratégiques ont été intégrées dans la 1^{ère} version de la convention constitutive et validées au préalable par les instances représentatives de chaque hôpital au mois de juin 2016 puis en comité stratégique du GHT. Cette première phase, constitue la 1^{ère} étape du projet de soins du GHT. Cette phase « préliminaire » associe et comporte plusieurs étapes :

- **Réaliser la synthèse** des actions existantes au sein des deux projets de soins et **évaluer le niveau d'avancement et de finalisation des actions menées.**
- **Analyser le contexte du projet de soins du GHT:** Il s'appuie sur des données disponibles dans le projet du GHT en lien avec les besoins de santé régionaux et le diagnostic territorial (indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins du territoire). et sur le projet médical commun dans sa 1^{ère} version. Ce dernier présente les différentes spécialités médicales existantes et la filiarisation de ces prises en charge.
- **Définir la méthodologie d'élaboration du projet de soins.**
- **Valider les thématiques et les axes de travail en lien avec les Directions des soins et l'encadrement.** afin de décliner des orientations paramédicales stratégiques de manière participative en lien avec les cadres et cadres de pôle volontaires et leur proposer de piloter des groupes de travail.

Etape 2 : phase de production

Une deuxième phase est conduite entre septembre 2016 et mai 2017. Elle correspond à l'étape dite de « production » du projet de soins du GHT 2017-2021. Le lancement des travaux des groupes est organisé lors d'une réunion d'encadrement en septembre 2016 et 4 réunions de travail sont proposées aux groupes de travail (neuf au total) qui proposent la déclinaison d'une thématique en actions concrètes (sous la forme de fiches « action »)

Constituer un comité de pilotage (COPIL)

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

Identifier les pilotes de projet

Composition	Cadres Supérieurs de Santé (et de Pôle) (1 de Saint-Denis, 1 de Gonesse) Après appel à candidature des directions des soins Personne dont la compétence reconnue est en lien direct avec le thème Dispose d'une lettre de mission précisant les modalités de pilotage
	<ul style="list-style-type: none">- Constituer un groupe pluridisciplinaire d'une douzaine de personnes- Animer 4 réunions de 2 heures entre octobre 2016 et mai 2017- Animer et coordonner les travaux de son groupe- Assurer la mise en œuvre des actions définies par le groupe de travail- Assurer la qualité du rendu et le respect du calendrier- Désigner un responsable de mise en œuvre opérationnelle de la fiche-action- Assurer la synthèse de la production écrite au moyen de fiches-actions- Rendre compte au comité de pilotage de l'avancée des travaux du groupe- Rendre autonome les participants- Réaliser un bilan d'étape 2 fois / an- Formaliser une synthèse de l'avancée annuelle des travaux.

Composer les groupes de travail.

Composition 12 personnes	Cadres de santé et de professionnels volontaires Membres des CSIRMT des 2 établissements Professionnels manifestant leur intérêt auprès de l'encadrement paramédical.
	<ul style="list-style-type: none">- Construire les fiches-actions à partir des thématiques recensées- Assurer la recherche documentaire et réglementaire- Suivre la méthode de travail impulsée par les pilotes- Rendre compte des travaux réalisés devant le comité de pilotage

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

La troisième phase dite de « validation et communication » correspond à la validation par le comité de pilotage des travaux réalisés par les groupes. 3 dates sont proposées au comité de pilotage désigné pour valider les thématiques et les actions proposées et déclinées (octobre 2016 janvier et mai 2017)

Les documents finalisés et formalisés sont soumis à l'approbation des DG, des instances du GHT : Comité Stratégique, CSIRMT du GHT, Collège Médical et Comité des Elus. Enfin, la communication et la diffusion du projet de soins du GHT sont organisées entre juin et juillet 2017.

Etape opérationnelle : phase de mise en œuvre opérationnelle.

La mise en œuvre opérationnelle du projet de soins du GHT est programmée à compter de juillet 2017. Les pilotes des groupes de travail poursuivent l'animation, s'assurent de la réalisation des différentes actions et produisent un bilan annuel des réalisations présentées à la CSIRMT du GHT. Ainsi, les responsables dédiés aux fiches-actions pilotent la mise en œuvre des actions.

La déclinaison des orientations stratégiques du projet de soins et des actions programmées conduisent, entres autres, à la formalisation des différents plans de formation nécessitant une planification sur les 5 prochaines années.

Architecture.

Le plan d'action.

Le plan d'action se décompose en cinq grands axes stratégiques. Chaque axe se décline en thématiques qui, elles-mêmes, se traduisent en « fiches-actions ». Ainsi, une méthodologie rigoureuse est adoptée pour produire une arborescence logique. Les groupes de travail sont constitués autour d'une thématique qui décline celle-ci en projet sous la forme de « fiches actions »

Axe 1	Thème 1	Groupe 1	Action 1
			Action 2
			Action 3
Axe 1	Thème 2	Groupe 2	Action 4
			Action 5
			Action 6
			Action 7
Axe 2	Thème 3	Groupe 3	Action 8
			Action 9
Axe 3	Thème 4	Groupe 4	Action 10
			Action 11
Axe 3	Thème 5	Groupe 5	Action 12
			Action 13
			Action 14

Etc...

Les fiches-actions.

Le choix de formaliser le Projet de Soins sous forme de fiches-actions permet de décliner un projet et ses objectifs de manière très opérationnelle. La méthode permet d'assurer un suivi et une évaluation plus concrète des actions menées. Les fiches-actions présentent les différents items suivants :

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

Le diagramme de Gantt est l'outil retenu pour évaluer la réalisation des actions et l'atteinte des résultats ou indicateurs proposés en tenant compte du calendrier de chaque étape déterminée pour mener l'action ciblée à son terme.

Cinq axes stratégiques, neuf thématiques et une mise en œuvre opérationnelle traduite en 30 fiches actions



Cinq axes stratégiques et neuf thématiques :

Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

- Améliorer le parcours patient (6 FA)
- Promouvoir les valeurs soignantes et la bientraitance (3 FA)

Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins

- Améliorer le dossier de soins et la traçabilité des actions de soins (4 FA)
- Assurer une prise en charge de la douleur et sa traçabilité (3 FA)
- Prévenir les risques et promouvoir une culture de la qualité et de la sécurité (2 FA)

Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

- Renforcer les compétences managériales (3 FA)
- Assurer la continuité des soins jour-nuit (2 FA)

Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche

- Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et la recherche (4 FA)

Contribuer à l'enseignement et à la formation

- Promouvoir le lien avec les instituts de formation (3 FA)

AXE 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

Thème 1 : Améliorer le parcours patient

L'objectif à terme sera de mieux décliner les principes d'organisation des activités soignantes au sein des filières et des parcours de l'offre graduée de soins identifiés dans le PMP.

L'analyse de chaque filière permettra de préciser chaque étape de la prise en charge et ainsi définir les parcours prévalents par service, par pôle ou par spécialité. L'utilisation de la méthodologie «patient traceur» et l'élaboration de chemins cliniques complètent, cette approche réfléchie de manière pluridisciplinaire (voir thème 8 : FA 8.3) Il faudra mettre en œuvre l'innovation par des dispositifs à l'échelle du GHT : comme l'exercice infirmier en pratique avancée et les coopérations entre professionnels de santé.

A ce titre, les domaines d'interventions en pratique avancée peuvent comporter (art L 4301-1 –I du code de la santé publique) :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques, des actes de surveillance clinique et paraclinique.
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à la prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou Dans un premier temps, l'intérêt sera porté sur des actions très opérationnelles.

La fluidité des parcours des patients dépend au sein de notre GHT pour une part non négligeable de l'organisation de la prise en charge sociale. Cette approche permet d'anticiper au mieux les risques spécifiques touchant des populations particulièrement vulnérables ou précaires. Le travail social permet ainsi de prévenir le risque de rupture dans le parcours de soin et cet accompagnement construit avec l'ensemble des acteurs du territoire se fait dès les premières heures de l'hospitalisation du patient. La préparation de la sortie du patient de manière précoce en est un exemple pertinent.

Ces objectifs sont déclinés en six fiches actions

Fiche Action n°1.1 : L'information du patient

Fiche Action n°1.2 : Le livret d'accueil

Fiche Action n°1.3 : L'utilisation de chartes

Fiche Action n°1.4 : Promouvoir et développer l'éducation thérapeutique

Fiche Action n°1.5 : Optimisation du parcours de soins du patient précaire

Fiche Action n°1.6 : Développer des synergies dans la prise en charge sociale du patient

Fiche action n°1.1

L'information du patient

Responsable du projet

Nom : Mme HEGO Maryse / M. CRAS Olivier

Fonction : Cadre supérieur de santé de pôle

Acteurs concernés

Rôle et mission

Le groupe du NHG (7 agents)

Equipe pluridisciplinaire qui apporte sa pratique tout au long du parcours.

Diagnostic de la situation existante

Commande des directions des 2 établissements, dans le cadre du GHT.

Amélioration de la qualité de l'information du patient :

- Délai du temps de transmission
- Pertinence et exhaustivité du contenu
- Sensibilisation des équipes sur l'importance de la transmission
- Adapter l'information au regard des situations

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1 Effectuer un état des lieux**Objectif n°2** Comparer et analyser l'existant**Objectif n°3** Déterminer les actions communes et spécificités de chaque établissement**Objectif n°4** Mutualiser les moyens : harmonisation des procédures, des formations, des outils, des échanges de dispositifs (passerelles)

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1 Réalisation de l'état des lieux dans chaque établissement à l'aide d'un outil de recueil**Etape n°2** Traitement et analyse des données recueillies**Etape n°3** Présentation du bilan et détermination des axes prioritaires à travailler**Etape n°4** Mise en commun des dispositifs d'information

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins :

- Temps à consacrer à la collecte des informations (volume et origine très diverses).
- Temps consacré à l'analyse.
- Temps à dégager pour former le personnel (voir si existence du cahier des charges de ce type de formation).
- Barrière de la langue et / ou troubles cognitifs pour certains patients.

Vigilances :

- Temps à consacrer au patient pour l'accueillir et lui fournir toutes les informations dont il a besoin pour le bon déroulement de son parcours.
- S'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées.
- Veiller à l'actualisation des informations réglementaires (veille juridique).

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Binôme d'auditeurs (1 du CH Gonesse + 1 du CH Saint-Denis) Service DQGR Service reprographie Service communication	Outil informatique (logiciel d'audit) Evaluation du temps consacré (ETP)

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
Construction de l'enquête et du recueil de données (Sphinx)	Analyse et bilan de l'enquête

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Etat des lieux dans chaque établissement					X	X	X	X												
ETAPE 2 Analyse des données recueillies									X	X	X	X								
ETAPE 3 Détermination des axes prioritaires à travailler													X	X	X	X				
ETAPE 4 Mutualisation des dispositifs d'information																	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Fiche action n°1.2

Le livret d'accueil

Responsable du projet

Nom : Mme HEGO Maryse / M. CRAS Olivier	Fonction : Cadre supérieur de santé de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
Le groupe du NHG (7 agents)	Equipe pluridisciplinaire qui apporte sa pratique tout au long du parcours.

Diagnostic de la situation existante

Commande des directions des 2 établissements, dans le cadre du GHT.
 Amélioration de la qualité de l'information transmise au patient via le livret d'accueil.
 Pertinence et exhaustivité du contenu.
 Pas d'harmonisation des contenus et supports.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Réaliser un état des lieux
Objectif n°2	Comparer et analyser l'existant
Objectif n°3	Déterminer les actions communes et spécificités de chaque établissement Avoir un contenu compréhensible pour l'ensemble des patients (pictogramme) Réaliser une trame d'élaboration commune
Objectif n°4	Sensibiliser les équipes sur l'importance de la remise du document institutionnel

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Réalisation de l'état des lieux dans chaque établissement à l'aide d'un outil de recueil
Etape n°2	Traitement et analyse des données recueillies
Etape n°3	Elaboration d'un livret d'accueil sur chaque site ayant une trame commune Préserver l'identité et la spécificité de chaque site Déterminer un format (taille, page....)
Etape n°4	Présentation du livret sur chaque site

Identification des freins et des vigilances éventuels

Freins :

Temps consacré à l'analyse et au choix des items à inclure dans le livret.

Vigilances :

Veiller au respect des textes réglementaires.

S'assurer de la diversité du panel interrogé.

Temps réservé à la sensibilisation des personnels sur la distribution des livrets.

Mise à jour annuelle nécessaire (actualisation).

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Binôme d'auditeurs (1 du CH Gonesse + 1 du CH Saint-Denis) Service DQGR Service reprographie Service communication Service clientèle	Outil informatique (logiciel, publication assistée par ordinateur PAO) Evaluation du temps consacré (ETP) Production du livret.

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
Construction de l'enquête (25%), recueil de données (Sphinx) (50%). Analyse et bilan de l'enquête.	Publication et présentation du livret d'accueil.

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Réalisation de l'état des lieux dans chaque établissement à l'aide d'un outil de recueil					X	X	X	X												
ETAPE 2 Traitement et analyse des données recueillies									X	X	X	X								
ETAPE 3 Elaboration d'un livret d'accueil sur chaque site ayant une trame commune. Préserver l'identité et la spécificité de chaque site. Déterminer un format (taille, page....)													X	X	X	X				
ETAPE 4 Présentation du livret sur chaque site.																	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé**
- Code de la santé publique - Article L1112-2

Axe n° 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient**Groupe N°1: Améliorer le parcours patient****Fiche action n°1.3*****L'utilisation de chartes*****Responsable du projet**

Nom : Mme HEGO Maryse / M. CRAS Olivier	Fonction : Cadre supérieur de santé de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme BLADT Pascale Le sous-groupe du CHSD (7 agents)	Equipe pluridisciplinaire qui apporte sa pratique tout au long du parcours

Diagnostic de la situation existante

Afin de renforcer la coopération entre les établissements de santé au sein d'un territoire et améliorer les prises en charge, la loi de santé a créé les « groupements hospitaliers de territoire » (GHT). De ce fait, il a été décidé d'un projet de soins commun entre le Centre Hospitalier de St Denis et celui de Gonesse.

L'utilisation des chartes est un enjeu majeur de ce projet commun sachant qu'il existe des chartes sur les trois sites (Delafontaine, Casanova, Gonesse). Permettre une « cohésion » sur ce thème semble essentiel pour nos établissements.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Recenser les chartes existantes dans les deux établissements
Objectif n°2	Recenser leurs modes de diffusion
Objectif n°3	Harmoniser les pratiques
Objectif n°4	Réaliser des audits communs sur la diffusion des chartes

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Collection des différentes chartes des deux établissements
Etape n°2	Analyse des Lieux et Supports de diffusion des chartes
Etape n°3	Mise en commun des pratiques et harmonisation
Etape n°4	Elaboration d'une grille commune d'audit, Réalisation d'audit par binôme GHT, Analyse des résultats, Diffusion aux personnels

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Temps à consacrer à la collecte des informations.
- Trois sites à auditer (Casanova, Delafontaine, Gonesse)
- Personnels à détacher pour les recensements et audits

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Binôme d'auditeurs (1 du CH Gonesse + 1 du CH Saint-Denis)	Outil informatique

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
- Chartes récupérées + moyen de diffusion - Grille d'audit formalisée	- Audit effectué

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Etat des lieux dans chaque établissement					X	X	X	X												
ETAPE 2 Analyse des données recueillies									X	X	X	X								
ETAPE 3 Détermination des axes prioritaires à travailler													X	X	X	X				
ETAPE 4 Mutualisation des dispositifs d'information																	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- Projet de soins CH Saint-Denis
- Projet de soins CH Gonesse

Fiche action n°1.4

Promouvoir et développer l'Education Thérapeutique

Responsable du projet

Nom : M. CRAS Olivier / Mme HEGO Maryse	Fonction : Cadre supérieur de santé de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
Le sous-groupe du CHSD et du CHG Cadres de pôle, Cadres de santé, Paramédicaux Cellule de gestion des risques et de la qualité Direction des soins, Formation continue	Copilotes Participants Conseil et orientation stratégiques Conseil et orientation stratégiques

Diagnostic de la situation existante

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 un enjeu majeur du Projet de Soins partagé du GHT, sachant qu'il existe déjà des programmes ETP mis en place sur les deux établissements (CHSD, CHG). Permettre une « cohésion » sur ce thème semble essentiel pour les deux établissements.

En lien avec la certification V2014, il est primordial d'identifier et de recenser, dans le cadre de la thématique «Education Thérapeutique du Patient», les actions éducatives ciblées qui sont mises en œuvre dans les différents services des deux établissements du GHT, en reprenant les critères retenus par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de conforter et développer un maillage territorial de proximité.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Constituer un comité de suivi « ETP » partagé sur les deux établissements.
Objectif n°2	Etablir un diagnostic de la situation existante en identifiant les programmes d'ETP déjà mis en œuvre sur les deux établissements et les projets de nouveaux programmes d'ETP.
Objectif n°3	Accompagner dans la méthodologie les nouveaux projets d'ETP au sein du GHT.
Objectif n°4	Communiquer et échanger sur les différentes actions de la démarche d'ETP

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Nomination des membres du comité de suivi « ETP » en faisant appel au volontariat.
Etape n°2	Réalisation de la cartographie des programmes ETP existants et des projets d'ETP.
Etape n°3	Suivi des équipes soignantes dans l'appropriation de la démarche d'ETP. Aide à la création de supports pédagogiques et outils mutualisés nécessaires au développement de l'information et de la formation sur la démarche d'ETP, en se référant aux recommandations de l'HAS et de l'INPES.
Etape n°4	Organisation d'actions mutualisées d'information et de formation sur la démarche d'ETP en lien avec le service de la Formation Continue.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de disponibilité des agents pour s'impliquer dans l'ETP,
- Eloignement géographique des deux établissements,
- Coût de formation des agents impliqués dans les programmes d'ETP (Plan de formation du GHT),
- Financement incertain pour les nouveaux programmes d'ETP autorisés.

Moyens humains		Moyens matériels et financiers																			
Personnel soignant, médical et administratif		Locaux et équipements dédiés (informatique, supports pédagogiques) Coût de reprographie et de formation continue																			
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)									Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)												
Formalisation d'un outil pédagogique et d'aide sur l'ETP Au moins 50% des référents ETP formés									Nombre de formations ETP réalisées / an Nombre de nouveaux programmes d'ETP mis en place												
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
		2017				2018				2019				2020				2021			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Constitution comité de suivi « ETP » partagé					X	X															
ETAPE 2 Identification programmes ETP existants et nouveaux projets							X	X	X												
ETAPE 3 Aide à la création supports pédagogiques et outils mutualisés										X	X	X									
ETAPE 4 Organisation actions mutualisées d'information et de formation en ETP					X		X		X		X		X		X		X		X		X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<p>- Haute Autorité de santé (HAS), Recommandations : Education thérapeutique du patient – définition, finalités et organisation. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007 : 8 p.</p> <p>En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf</p> <p>- Haute Autorité de santé (HAS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007 : 112 p.</p> <p>En ligne : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programmededucation-therapeutique-du-patientdans-le-champ-des-maladies-chroniques</p> <p>- Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. <i>Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation</i>. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.</p> <p>En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf</p> <p>- D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique (2e éd.). Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2004 : 155 p.</p> <p>- DGOS, Groupement Hospitalier de Territoire : Idées clés pour le projet de soins partagé, édition février 2017</p>																					

Fiche action n°1.5

Optimisation du parcours de soins des patients précaires

Responsable du projet

Nom :	Fonction :
Mme Le Samedi	cadre supérieure socio-éducatif
Mme Barbereau	responsable service social patient CHSD
Mme Tadount	responsable service social patient CHG

Acteurs concernés	Rôle et mission
Chargée de mission sociale auprès de la Direction Services sociaux Service de soins Service administratifs - Financiers CME Direction des soins Direction des affaires financières Bed manager	Prise en charge des patients précaires : sorties d'hospitalisation, accès aux soins, droits sociaux et protection des personnes vulnérables. Pilotage et formation / Transmission des outils Prise en charge des patients et repérage des situations Mise en place et suivi de la politique d'établissement, du projet de soin

Diagnostic de la situation existante

Connaissances inégales par l'ensemble des acteurs de l'établissement des difficultés spécifiques des parcours de soins des patients précaires

Connaissances inégales de l'apport du service social hospitalier, des contraintes et des dispositifs territoriaux

Difficultés de repérage des problématiques spécifiques des patients précaires dès l'entrée d'hospitalisation par les soignants, les services administratifs

Difficultés d'anticipation des sorties de ces patients – date prévisionnelle de sortie peu utilisée.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer le repérage des patients précaires (scoring) et intégration de la démarche dans les pratiques
Objectif n°2	Anticiper la sortie des patients précaires (date prévisionnelle de sortie)
Objectif n°3	Prendre en compte des dispositifs d'aval en fonction des situations sociales
Objectif n°4	Valoriser le travail des services sociaux hospitaliers dans le parcours du patient

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Formation des acteurs à la précarité
Etape n°2	Construction et transmission des documents supports sur : <ul style="list-style-type: none"> ✓ les parcours patients précaires, ✓ les dispositifs existants, ✓ les modalités d'intervention des services sociaux en fonction des organisations des deux établissements.
Etape n°3	Mise en place à destination des soignants et administratifs, d'un outil de scoring patient permettant le repérage des problématiques précaires dès l'entrée de l'hospitalisation. Travailler à la date prévisionnelle de sortie en tenant compte des particularités
Etape n°4	Mise en place systématique d'instances hebdomadaires et mensuelles programmées (RCP ou CHL) sur les situations les plus complexes

Identification des freins et des vigilances éventuels

Mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés
 Chronophagie des actions et des recueils de données
 Multiplication des situations complexes, et volatilité des dispositifs d'accompagnement et des réglementations
 Turn-over des équipes soignantes et sociales

Moyens humains

Disponibilité du temps de mise en route de la formation et veille législative
 Un mi-temps partagé sur le groupe hospitalier
 Formateurs externes sur les thèmes spécifiques (Comede, accueil du public, violences....)

Moyens matériels et financiers

Reprographie, support divers et formations des formateurs
 Utilisation de locaux adaptés
 Travail avec le service informatique sur le scoring

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Nombre de formations
 Nombre de personnes formées
 Création du support scoring en partenariat – Intégration de la démarche par les acteurs du soin

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Réalisation du scoring pour 100 % des patients hospitalisés

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Former les acteurs à la précarité				X	X	X														
ETAPE 2 Construire et transmettre des documents supports								X	X	X										
ETAPE 3 Mettre en place un outil de scoring							X	X												
ETAPE 4 mise en place d'instances hebdomadaires					X	X														

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

Fiche action n°1.6

Développer des synergies dans la prise en charge sociale du patient

Responsable du projet

Nom : Mme Le Samedi Mme Barbereau Mme Tadount	Fonction : cadre supérieure socio-éducatif responsable service social patient CHSD responsable service social patient CHG
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

Cadres sup, cadres, travailleurs sociaux, et agents des services sociaux hospitaliers de Saint-Denis et Gonesse

Participants au projet et à sa mise en oeuvre

Diagnostic de la situation existante

Commission des hospitalisations longues existantes au CHSD et au CHG
Deux services sociaux distincts qui à ce jour ont peu d'interface
Améliorer la synergie entre les deux services

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Améliorer la synergie entre les deux services Deux services sociaux distincts qui à ce jour ont peu d'interface
Objectif n°2	Mutualiser les partenariats et les ressources des deux institutions (Sécurité sociale, MDPH, partenaires ...)
Objectif n°3	Echanger sur les pratiques, les innovations et participer à des instances communes.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Partager les savoirs faire et les connaissances des deux équipes
Etape n°2	Mettre en commun les partenariats et les développer
Etape n°3	Fluidifier les échanges sur les pratiques et les suivis des situations

Identification des freins et des vigilances éventuels

Historique et profils différents des populations accueillies,
Historique et organisation différente des deux institutions,
Travail sur deux départements n'ayant pas les mêmes acteurs et les mêmes partenariats.

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Temps de rencontre et d'échanges entre les cadres et les équipes réguliers à prévoir Temps de travail commun des cadres des deux institutions	Locaux, Reprographie, Moyens informatiques Formations, Moyens de locomotion
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Rencontre régulière des cadres par trimestre (4 par an)
 Rencontre annuelle des équipes (1 par an)
 Mise en place de partenariats communs

Rencontre régulière des équipes par secteur d'activité
 Participation aux instances communes
 Plan de formation commun pour les services sociaux
 Concrétisation de partenariats communs

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Partager les savoirs faire et les connaissances des deux équipes				X	X	X														
ETAPE 2 Mettre en commun les partenariats et les développer					X	X	X	X												
ETAPE 3 Fluidifier les échanges sur les pratiques et les suivis des situations							X	X												

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

AXE 1 : Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient

Thème 2 : Promouvoir les valeurs soignantes et la bientraitance

« Promouvoir les valeurs soignantes et la bientraitance » est un axe prioritaire au niveau institutionnel, sur lequel les professionnels du Nouvel Hôpital de Gonesse et du Centre Hospitalier de Saint-Denis veulent poursuivre leur investissement.

Dans un contexte sanitaire en constante évolution, l'échange entre professionnels et l'appropriation des valeurs soignantes paraissent primordiaux. Ceux-ci permettent de maintenir et d'ancrer la pratique dans une conscience collective et de renforcer les liens entre les différents partenaires au sein des filières. C'est pourquoi, l'un des principaux objectifs sera de mener ou de poursuivre une réflexion par service, en lien avec une communication de ces valeurs.

« Développer la Bientraitance et le Prendre soin » est un thème sociétal. Il aborde la question de la maltraitance et de la prévention qui peut en être faite en amont. Chaque soignant peut s'y trouver confronté, lors d'une situation de vulnérabilité du patient. Ainsi, l'investissement et la prise de conscience des professionnels sont importants et doivent être constants tout au long de leur exercice. La mise en place d'outils d'accompagnements pertinents, cohérents et réfléchis, dans le cadre du GHT est plus que nécessaire.

Enfin, harmoniser les pratiques visant à sécuriser les valeurs, les biens et effets personnels des patients, concoure à améliorer la prise en charge globale et le parcours du patient.

Ces objectifs sont déclinés en trois fiches actions

Fiche Action n°2.1 : Favoriser l'appropriation des valeurs soignantes

Fiche Action n°2.2 : Développer la Bientraitance et le Prendre soin

Fiche Action n°2.3 : Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients

Fiche action n°2.1

Favoriser l'appropriation des valeurs soignantes

Responsable du projet

Françoise Boyadjian Amina El Tawil Valérie Bilous Valérie Le Signor Ibrir	FF cadre supérieur de pôle pédopsychiatrie – Pilote NHG FF Cadre de santé pédopsychiatrie NHG Cadre supérieur du pôle gériatrie – Pilote CHSD Cadre de santé SSG/MPRG CHSD – Copilote CHSD
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

Helene Nicolet Michelle Astre Laetitia Delforge Christine Demarty	Cadre de santé, LS 1 CHSD Cadre de santé, LS 2 CHSD Infirmière, Urgences NHG Cadre de santé, pédopsychiatrie extra NHG
----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

Sur les deux établissements : Les valeurs soignantes sont inscrites dans de nombreux documents sur la GED et dans le projet de soins. Un comité d'éthique se réunit. L'IFSI dispense des cours sur cette thématique. Le livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants, les valeurs soignantes y sont évoquées.

Sur Gonesse :

Des formations continues sont réalisées sur le prendre soin. Le comité éthique organise des cafés débats

Sur Saint Denis :

Existence d'une charte de la laïcité- charte du personnel soignant- charte du patient hospitalisé.

Formations dispensées : Bientraitance; Projet de soins ; Projet de vie ; Accompagnement patient Alzheimer ; La toilette autrement

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Définir des valeurs communes et spécifiques au CHSD et au CHG
Objectif n°2	Favoriser auprès de chaque professionnel l'appropriation des valeurs soignantes.
Objectif n°3	Permettre à chaque professionnel de transmettre les valeurs (aux étudiants, nouveaux recrutés, patients, familles...).
Objectif n°4	Favoriser l'expression des questions éthiques en rapport avec les valeurs soignantes lors de débats.

Description de l'action

Etape n°1	Organiser une réunion de service sur le thème des valeurs soignantes afin de permettre l'expression du personnel. Faire remonter les comptes rendus à la direction des soins.
Etape n°2	Formaliser la définition de chaque valeur. Reprendre les définitions avec la direction des soins, la commission des soins.
Etape n°3	Réaliser et diffuser la liste des documents décrivant les valeurs du centre hospitalier (GED onglet valeurs soignantes).
Etape n°4	Communiquer aux équipes (réunions, journées interactives, journées d'intégration....). Inclure les valeurs dans les livrets d'accueil des étudiants. Réaliser des affiches sur les valeurs et les apposer dans les services.
Etape n°5	Evaluer l'appropriation des valeurs soignantes, pendant l'évaluation annuelle et faire un quick audit.
Etape n°6	Organiser ou poursuivre les cafés éthiques ou autres manifestations (groupe inter culturalité, conférences à l'IFSI sur la laïcité...).

Identification des freins et des vigilances éventuels

Manque de temps.
Difficultés à regrouper les agents pour des réunions.
Résistance au changement.
Difficultés d'utilisation de l'outil informatique (GED).

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
Personnel présent. Disponibilité de l'encadrement.	Ordinateur (GED). Salle de réunion.
Eléments d'évaluation	
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
Pourcentage de services ayant affiché les valeurs Résultats du quick audit	Nombre de personnes ayant suivi des formations incluant les valeurs soignantes Nombre de réunions en lien avec les valeurs soignantes

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017		2018				2019				2020				2021			
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Organiser les réunions de service	X	X	X															
ETAPE 2 Formaliser les définitions				X	X													
ETAPE 3 Réaliser et diffuser les documents						X	X											
ETAPE 4 Communiquer aux équipes								X	X			X	X			X	X	
ETAPE 5 Evaluer les connaissances										X	X			X	X			X
ETAPE 6 Organiser les cafés éthiques	X	X			X	X			X	X			X	X			X	X

Références bibliographiques et réglementaires

Ethique cours Elsa Godard et Éric Fiat :

« Pudeur et intimité », in Intimité, Revue Gérontologie et société, n° 122, livraison septembre 2007, Ed. Fondation générale de gérontologie, p. 23-40.

« La difficile formation d'une liberté », in La formation en question, Revue EMPAN, numéro 56, livraison décembre 2004, p. 45-54.

« L'Éthique et la mort », in L'Éthique et la mort, Revue générale de droit médical, Numéro spécial, Les Etudes hospitalières, p. 251-280.

« Patience et longueur de temps », in Soins Gérontologie, numéro 49, livraison Septembre/Octobre 2004, p. 14-17.

: « La négligence est-elle une violence ? », in Revue d'éthique et de théologie morale, numéro 229, livraison juin 2004, Editions du Cerf, p. 27-34.

Corps et âme, Cécile Defaut, 2015. *La couleur du matin profond*, Les petites platons, 2013. *Petit traité de dignité*, Larousse, 2012

« Les enjeux éthiques de la décision », in Santé mentale, numéro 113, livraison décembre 2006, p. 54-59.

« De la maltraitance », in Agir-Ensemble, Croix Rouge, juin 2006.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Prendre soins à l'hôpital, de Walter HESBBEN, Masson, 1997

Code de déontologie du conseil national de l'ordre des infirmiers

Rapport ministériel de janvier 2011 « promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé »

Fiche action n°2.2

Développer la Bientraitance et le Prendre soin

Responsable du projet

BILOUS Valérie (pilote)
Amina El Tawil (Copilote)
Emna Manis (Copilote)
SULTY Roger (pilote)
Françoise Boyadjian (pilote)

Cadre supérieur du pôle de gériatrie CHSD
FF Cadre de santé Pédopsy NHG
Psychologue MPR CHSD
Cadre supérieur de Santé Psychiatrie Adultes NHG
FF cadre supérieur de pôle pédopsy NHG

Acteurs concernés

Rôle et mission

Nathalie Précheur- Patricia Lesouef
Sylvie Mustière - Cathia Cossou
Karima Labssir - Merrand Séverine
Vesco Cathy - Illanes Valérie
Limousin Annick

IDE, EM Pédopsy -Cadre Supérieure de gériatrie NHG
AS, ULSD NHG - IDE, usld NHG
Psychologue du Travail, Préventeur ergonomiste CHSD
Animatrice en gériatrie - Coiffeuse en gériatrie CHSD
Cadre de pôle pédopsychiatrie-addictologie CHSD

Diagnostic de la situation existante

Saint Denis & Gonesse : Il existe une charte de bientraitance en gériatrie. Peu de temps d'échanges liés aux pratiques. Pas ou peu de remise en cause des pratiques. Analyse des pratiques non institutionnalisées dans tous les services. Ecart entre la formation initiale et la réalité des pratiques.

Saint Denis : Il existe des formations « la bientraitance dans les soins », Manque de réajustements des pratiques suite aux formations réalisées. Pratiques non harmonisées sur l'hôpital quant à l'utilisation des outils à disposition d'aide au développement de la bientraitance. Une étude auprès des personnes a été menée en 2015 dont les résultats ne sont pas encore diffusés.

Gonesse : Formation existante « Promouvoir le prendre soin » et obligatoire.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Finaliser le diagnostic pour chaque établissement
Objectif n°2	Sensibiliser au bien-être du patient
Objectif n°3	Développer les analyses de pratiques
Objectif n°4	Enregistrer et diffuser la procédure « Déclaration de maltraitance » sur la GED
Objectif n°5	Ouvrir une réflexion institutionnelle avec le comité éthique

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Rédiger et réaliser une enquête.
Etape n°2	Réaliser et diffuser la liste des documents décrivant les valeurs du centre hospitalier. Compléter les définitions de la bientraitance et du prendre soin dans le projet de soin GHT
Etape n°3	S'assurer de la participation des soignants à la formation Bientraitance. Augmenter le nombre de sessions de formation (FC)
Etape n°4	Uniformiser la charte de bientraitance aux deux établissements et la diffuser
Etape n°5	Recenser les situations à risques propres à chaque service en synthèses d'équipes
Etape n°6	En fonction des situations, proposer la mise en place de temps d'échange (groupes de parole, analyses de pratiques, CREX)
Etape n°7	Harmoniser les procédures en tenant compte des spécificités des établissements
Etape n°8	Solliciter le comité éthique pour mener une réflexion sur ce thème et communiquer largement

Identification des freins et des vigilances éventuels

Résistance au changement
 Turn-over des soignants
 Contexte : démotivation, routine, effectifs restreints, restrictions budgétaires....
 Principe de participation volontaire aux formations

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Temps dégagés pour le personnel pour participer aux différents groupes (formation, analyse des pratiques, etc.)

Prestation analyse des pratiques. Coût supplémentaire de formation

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Nombre de personnel ayant suivi la formation /an

 Enquête sur la connaissance du « Prendre soin » sur intranet (taux de participation et résultats)

A 3 ans, que 75% des personnels/service soient formés
 Enquête d'évaluation de connaissances /3 ans
 Nombre de CREX réalisés sur ce thème
 Nombre de services où la charte est affichée
 Nombre de services ayant mis en place des groupes d'analyse des pratiques

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Enquête				X	X	X											X	X		
ETAPE 2 Gestion documentaire				X	X	X	X													
ETAPE 3 Promouvoir la formation								X												
ETAPE 4 Charte de bientraitance								X	X											
ETAPE 5 Identification des risques										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ETAPE 6 Espaces d'échanges										X	X									
ETAPE 7 Harmoniser les procédures																				
ETAPE 8 Réflexion conjointe avec le CLE						X	X	X	X											

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

Hesbeen, prendre soins à l'hôpital - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002
 -Anesm : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre :
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
 -HAS et FORAP : bientraitance : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance
 -Promotion de la bientraitance, préparation de l'établissement à l'évaluation externe http://slideshare.net/fullscreen/HAS_Sante/bientraitance/26
 -La bientraitance en management, point de vue d'un coach. Réf 457237 SOINS. CADRES, n°83, 2012/08, pages 20-21, 5 réf., ISSN 0183-2980, FRA. BOUSSUGE (Bruno) : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/457237/>
 -Bientraitance et qualité de service : Atelier « Retour d'expérience », Avignon, 16 et 17 septembre 2011, Michel SCHMITT, Pilote de la mission ministérielle « Promouvoir la Bientraitance dans les établissements de santé » http://www.performance-ensante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2011/PDF/Presentations/Ateliers_REX/Atelier4_SCHMITT_Michel.pdf

Fiche action n°2.3

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

Responsable du projet

BILOUS Valérie (pilote) THEPOT Corinne (co-pilote) SULTY Roger (pilote) DEMARTY Christine (co-pilote)	Cadre supérieur du pôle de gériatrie CHSD – régisseur suppléant sur Casanova Cadre de Santé Court-Séjour Gériatrique CHSD Cadre supérieur du Pôle Psychiatrie Adultes NHG Cadre de Santé pédopsychiatrie Extra NHG
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

SAINT JEAN Martine ASTRE Michelle LE SIGNOR IBRIR Valérie NEVEU Christine FROMAGE Corinne LESOUEF Patricia EL TAWIL Amina LIMOUSIN Annick	Cadre de Santé EHPAD – CHSD- régisseur suppléant sur Casanova Cadre de Santé LS2– CHSD Cadre de Santé SSG-MPRG – CHSD Cadre de Santé USP - CHSD Adjoint au cadre sur Casanova -Régisseur - CHSD Cadre supérieur de Pôle Gériatrie NHG Cadre de Santé Espace Ados NHG Cadre de pôle pédopsychiatrie-addictologie CHSD
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

Saint Denis et Gonesse :

Pas de procédure formalisée de sécurisation des biens et valeurs en Pédopsychiatrie.

Hôpital de Saint Denis (CHSD) :

Procédure non harmonisée entre l'hôpital Casanova et l'hôpital Delafontaine concernant le suivi des effets personnels, biens et valeurs. Utilisation aléatoire des sacs vestiaires.

Procédure « gestion des valeurs à l'hôpital Casanova » présente dans la GED.

Hôpital de Gonesse (NHG) :

Existence d'un Mode Opérateur « accès au coffre des cadres de psychiatrie adultes les dimanches/ fériés et la Nuit », en cours d'actualisation/validation.

Existence en Gériatrie d'un règlement de fonctionnement.

Une procédure objets trouvés ou perdus en cours de validation.

Pas de mode opératoire de dépôt des valeurs à l'intention des professionnels du NHG.

Le Règlement Intérieur du patient et le livret d'accueil du patient, précisent les modalités de sécurisation des biens et valeurs des usagers (pas toujours adapté pour les patients de Psychiatrie et de Gériatrie, eu égard à leurs pathologies et/ou à leur situation sociale).

Pas d'autorisation institutionnelle spécifique, accordée aux professionnels de la Psychiatrie et de la gériatrie, quant à la gestion des biens et valeurs des usagers.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Sécuriser les valeurs, les biens et les effets personnels des patients
Objectif n°2	Formaliser les procédures de sécurisation des valeurs, biens, effets personnels des usagers en tenant compte des spécificités des activités.
Objectif n°3	Limiter le stockage au sein des services.

Description de l'action (exprimée en étapes)																				
Etape n°1	Définir les valeurs et les biens et faire un état des lieux des procédures existantes dans les deux établissements, conformes aux textes de lois en vigueur.																			
Etape n°2	Définir les actions à mener et proposer un plan d'action : écriture de procédures, préciser les liens avec la régie, organisation du stockage des biens, sensibilisation et/ou formation des personnels																			
Etape n°3	Tendre vers une harmonisation du formulaire d'inventaire et vérifier son inclusion dans la procédure d'accueil.																			
Etape n°4	Mettre en œuvre le plan d'action et prévoir une évaluation des actions à 6 mois, puis 1 an.																			
Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<p>La multiplicité des acteurs et la spécificité des secteurs d'activité.</p> <p>L'éloignement géographique des 2 établissements.</p> <p>La charge de travail supplémentaire, bien que bénéfique dans la finalité.</p> <p>La confrontation de 2 cultures hospitalières différentes.</p> <p>Manque de connaissance de la législation par les agents.</p>																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Temps de travail dégagé pour travail de groupe										Achat de coffres par l'Institution.										
Pilote du groupe et membres du groupe (IDE, cadres,...)																				
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Evaluation de 50 % des procédures validées en GED, en avril 2017										<p>100 % des procédures validées et diffusées</p> <p>Questionnaires en ligne sur la connaissance et l'utilisation des procédures</p>										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Recensement des procédures			X	X																
ETAPE 2 Elaboration du plan d'action				X	X	X	X													
ETAPE 3 Harmoniser le formulaire d'inventaire				X	X		X													
ETAPE 4 Mise en œuvre du plan d'action							X	X	X	X	X									
(T1 = Trimestre 1)																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> Loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 abrogée par ordonnance du 22 juin 2000 Loi n° 93-550 du 27 mars 1993 (article R 1113-1 à R1113-9 du code de santé publique abrogée par décret du 27 mai 2003 Circulaire interministérielle du 27 mai 1994 et instruction n° 94-078 du 16 juin 1994 réalisée par le Trésor Public Règlement intérieur à l'intention du patient n° DIP.INF.R.001/1 « Accès aux coffres des cadres de Psychiatrie Adultes les dimanches, Fériés et nuit » n° OPC.PEC.PSY.M.006 Règlement intérieur de gériatrie EHPAD-USLD n° MEA.MGI.R.001 																				

AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins

Thème 3 : Améliorer le dossier de soins et la traçabilité des actions de soins

«Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins», ne peut se concevoir sans mener une amélioration constante des supports écrits, informatisés ou non, concernant le patient.

Le dossier de soins se doit d'être d'abord un outil de travail spécifique et partagé des paramédicaux. Il décline au quotidien la démarche raisonnement clinique et un élément de renseignements individuels complémentaires à celui des données administratives et médicales.

Le dossier patient est en permanente évolution, au gré des besoins des soignants et des parutions de textes législatifs. Par ailleurs, il doit également être évalué tant par le contrôle de sa tenue que par les choix d'évolution liés à l'utilisation des diagnostics infirmiers ou des transmissions ciblées.

Les indicateurs IPQSS ont permis de cibler des zones de fragilité du contenu de nos dossiers de soins. Une amélioration de la fiabilité des données est donc nécessaire. Cela concerne d'abord l'amélioration de notre culture écrite commune, qui est la base d'utilisation de tout type de support. Puis, la réalisation d'audit croisé de la qualité de nos dossiers de soins, nous permettra d'identifier des actions d'amélioration de la traçabilité des actions de soins.

Nous retrouvons donc quatre actions dans ce chapitre :

Fiche action n°3.1 : Développer une culture commune de l'écrit soignant

Fiche action n°3.2 : Réaliser des audits croisés de l'écrit soignant

Fiche action n°3.3 : Construire un plan d'action de l'amélioration de la qualité de la traçabilité des soins

Fiche action n°3.4 : Assurer le développement et la pérennité de l'informatisation du dossier de soins

Fiche action n°3.1

Développer une culture commune de l'écrit soignant

Responsable du projet

Nom : LESOUEF Patricia	Fonction : Cadre Supérieur Pôle 3 CH Gonesse
Nom : BLADT Pascale	Fonction : Cadre Médecine CH St Denis
Nom : MONNERIE Béatrice	Fonction : Cadre de neurologie

Acteurs concernés	Rôle et mission
Directeurs des soins Cadres de santé Personnels paramédicaux	Comité de pilotage Copilotes Participer et contribuer à l'appropriation d'une culture institutionnelle autour de l'écrit soignant

Diagnostic de la situation existante

Du fait d'un historique propre à chaque établissement, la culture de l'écrit soignant est très hétérogène.

La culture de l'écrit soignant est ancrée au centre hospitalier de Gonesse, depuis 1993. Un groupe institutionnel, en charge de la gestion du dossier de soins, de son suivi et de la conformité de sa tenue et de la qualité de l'écrit soignant a été instauré depuis cette date.

Au centre hospitalier de Saint Denis :

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Réaliser un bilan de l'existant auprès des différents professionnels de l'établissement <ul style="list-style-type: none"> • connaissance du dossier de soins : composition (fiche d'identification, recueil de données, transmissions ciblées...), utilisation, conformité, respect des bonnes pratiques, • connaissance de la méthodologie de l'écrit : diagramme + transmissions ciblées
Objectif n°2	Mesurer les écarts entre le CH de Gonesse et le CH de Saint-Denis
Objectif n°3	Elaborer un plan d'action commun pour développer une culture de l'écrit soignant partagée

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1.1	Recenser tous les outils existants relatifs au dossier de soins sur chaque établissement
Etape n°1.2	Préparer la grille d'audit commune et choix des indicateurs
Etape n°1.3	Réaliser l'audit auprès des CDS, IDE, AS, AP, autres professionnels de santé intervenant dans le dossier de soins
Etape n°2.1	Centraliser les résultats de l'audit et analyser les écarts entre l'attendu et l'existant sur chaque établissement
Etape n°2.2	Mettre en commun les résultats des deux établissements
Etape n°2.3	Identifier les points forts et les points faibles
Etape n°2.4	Communiquer les résultats
Etape n°3.1	Mettre en place des actions de formations communes (socle des référents, spécifiques, e-learning...)

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Disponibilité des professionnels sur les deux sites impliqués directement dans le groupe
- Mobilisation de l'ensemble des professionnels pour le premier audit (état des lieux)
- Temps consacré pour la mise en œuvre de cette fiche action
- Découvrir et appréhender les outils utilisés par chaque établissement
- Démarche existante au CH Gonesse autour de la formation et qui est à découvrir sur St Denis

Moyens humains

- Cadres des deux structures
- Professionnels paramédicaux (relais pour Gonesse et référents pour Saint Denis)
- Service communication et informatique

Moyens matériels et financiers

- Ordinateur,
- Logiciels
- Système de visioconférence à mettre en place

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Grille d'audit et de dépouillement rédigées et mesure des écarts

Elaboration du plan d'action
Mise en œuvre du plan d'action

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1.1 Recenser les outils existants	x	x																		
ETAPE 1.2 Préparer la grille d'audit			x	x																
ETAPE 1.3 Réaliser l'audit						x	x													
ETAPE 2.1 Centraliser les résultats et analyser les écarts								x	x											
ETAPE 2.2 Mettre en commun les résultats										x										
ETAPE 2.3 Identifier les points forts et points faibles										x										
ETAPE 3 Mettre en place des actions de formations communes												x								

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Référentiel certification relatif au dossier patient et dossier de soins
- Livret pédagogique de formation sur l'écrit soignant
- Décret n° 2004-802 du 29/07/2004 article R.4311-1 code de la santé publique
- BOISVERT Cécile- TERRE J.L. Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins, (Editeur Masson 2003 page 19)
- Circulaire 15/09/1989 : dossier soins composante fondamentale dossier patients

Fiche action n° 3.2

Réaliser des Audits Croisés de l'écrit soignant

Responsable du projet

Nom : LESOUEF Patricia	Fonction : Cadre Supérieur Pôle 3 CH Gonesse
Nom : BLADT Pascale	Fonction : Cadre Médecine CH St Denis
Nom : DORLAND Bernard	Fonction : Directeur des Soins

Acteurs concernés	Rôle et mission
Directeurs des soins Cadres de santé Personnels paramédicaux DIM	Responsable Comité de pilotage et CSIRMTGHT Copilote Auditeur Sélection aléatoire des dossiers

Diagnostic de la situation existante

Déploiement Différent sur chacun des secteurs
 Logiciels informatiques différents à St Denis et à Gonesse
 Dossier de Soins différents sur les deux sites

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire connaître les dossiers de soins entre St Denis et Gonesse
Objectif n°2	Harmoniser les grilles d'audit
Objectif n°3	Réaliser un audit croisé en binôme
Objectif n°4	Réajuster les plans d'actions

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Partager, Echanger les dossiers de soins
Etape n°2	Partager les grilles d'audit. Construire une grille d'audit commune
Etape n°3	Déterminer le nombre de dossiers à auditer Identifier les services audités ; Constituer les binômes Réaliser le calendrier d'audit.
Etape n°4	Procéder à l'analyse des audits en binôme Présentation des analyses au groupe Etablir le plan d'actions Présentation du plan d'actions sur les secteurs de soins de Gonesse et St Denis

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Temps
- Difficultés informatiques
- Disponibilité pour faire les audits en binôme
- Ressources partagées

Fiche action n°3.3

Construire un plan d'action de l'amélioration de la qualité de la traçabilité des soins

Responsable du projet

Nom : LESOUEF Patricia	Fonction : Cadre Supérieur Pôle 3 CH Gonesse
Nom : BLADT Pascale	Fonction : Cadre Médecine CH St Denis
Nom : MONNERIE Béatrice	Fonction : Cadre de neurologie

Acteurs concernés	Rôle et mission
Direction Informatique Cadre des unités Infirmières, Aides-soignantes Autres acteurs paramédicaux de la prise en charge	Organisation des formations Accompagnement des équipes Mise en place et suivi des plans d'action, Traçabilité quotidienne

Diagnostic de la situation existante

La traçabilité des soins est une obligation qui vise à assurer la bonne prise en charge du patient et assurer la continuité des soins.

Actuellement, des dysfonctionnements entre ce qui est attendu et ce qui est réellement tracé, existent. Les multi-supports (dossier informatique et papier) peuvent y contribuer. Malgré un historique propre à chaque établissement, des audits différents sont réalisés au sein des deux hôpitaux. Des modalités d'amélioration sont également formalisées. Ce contexte devra favoriser la mutualisation et l'harmonisation des pratiques, des évaluations et des plans d'actions. Dans cette attente «d'amélioration» la mobilisation du cadre et la motivation des équipes sont essentielles.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Diffuser les résultats d'audits réalisés
Objectif n°2	Cibler les difficultés et proposer des actions d'amélioration de la qualité de la traçabilité des soins par pôle
Objectif n°3	Renforcer les compétences de l'encadrement et des équipes en lien avec la tenue du dossier et la qualité des transmissions ciblées
Objectif n°4	Respecter la règle d'utilisation des supports papiers et informatiques et contribuer au développement du Dossier de soins informatiques
Objectif n°5	Réévaluer à distance et réajuster

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Organisation de réunions de retour d'audit au sein des pôles
Etape n°2	Rédaction et diffusion des plans d'actions par unité et par pôle
Etape n°3	Formalisation d'un cahier des charges autour du besoin de formation et organiser la formation de l'encadrement et des équipes
Etape n°4	Suivi et accompagnement des équipes dans l'utilisation efficiente des supports
Etape n°5	Réalisation de nouveaux audits et bilan des améliorations constatées

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Plusieurs supports (papier + informatisation du dossier)
- Evolution différente des 3 sites
- Temps et disponibilité des acteurs
- Niveau de développement de l'informatisation du dossier disparate

Fiche action n°3.4

Assurer le développement et la pérennité de l'informatisation du dossier de soins

Responsable du projet

Nom : LESOUEF Patricia	Fonction : Cadre Supérieur Pôle 3 CH Gonesse
Nom : BLADT Pascale	Fonction : Cadre Médecine CH St Denis
Nom : MONNERIE Béatrice	Fonction : Cadre de Neurologie CH St Denis

Acteurs concernés	Rôle et mission
Directeurs des soins Cadres de santé Personnels paramédicaux DSI	Comité de pilotage Copilotes Participer et contribuer à l'appropriation d'une culture institutionnelle autour de l'écrit soignant

Diagnostic de la situation existante

Hétérogénéité des outils dossier de soins et de l'avancé de l'informatisation sur l'ensemble des sites. La stratégie du déploiement de l'informatisation du dossier de soins a été modifiée en 2011 sur CH de Gonesse suite à une baisse de la qualité des transmissions ciblées (évaluation de la méthodologie des TC comme prérequis pour passage à l'informatisation = procédure en GED)
 Disparité du déploiement.
 Existence de deux logiciels différents

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Construire des référentiels communs
Objectif n°2	Assurer le déploiement de l'informatisation sur les deux sites
Objectif n°3	Maintenir l'informatisation du dossier de soins en fonction de l'évolution des deux sites

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

Etape n°1.1	Travailler à un outil commun pour validation du passage sur support informatique
Etape n°1.2	Rédiger une procédure d'informatisation commune
Etape n°1.3	Recenser les cibles prévalentes de chaque unité pour construire les thésaurus
Etape n°2.1	Etablir un calendrier et une fiche de suivi du déploiement sur les deux sites
Etape n°2.2	Choisir une dénomination commune et assurer le paramétrage de l'outil informatique
Etape n°2.3	Assurer un accompagnement sur site
Etape n°3	Evaluer et réajuster l'informatisation en fonction du contexte (GHT, évolution réglementaire, évolution des outils informatiques, évolution des organisations...)

Identification des freins et des vigilances éventuels

Vigilance sur la transposition des documents support papier existants au niveau des logiciels

- pas de perte d'informations
- pas de diminution de la qualité et fiabilité de l'écrit soignant

Choix d'un logiciel commun au sein du GHT ?

AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins

Thème 4 : Assurer la prise en charge de la douleur et sa traçabilité

La prise en charge de la douleur est un objectif de qualité et de sécurité des soins comme le précise la loi de 2002 : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur ». Elle est reconnue par l'HAS comme une P.E.P. (pratique exigible prioritaire) et les indicateurs IQSS permettent d'évaluer précisément les efforts consentis.

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 et faire face à une sous-utilisation des ressources existantes par méconnaissance ou par absence de reconnaissance des compétences développées par certains soignants.

On espère aussi sensibiliser davantage les soignants aux douleurs induites par les soins qui sont très fréquentes mais sous évaluées et développer l'utilisation des techniques psychocorporelles dans la prévention et la lutte contre la douleur. La présence de relais douleur devrait permettre des liens plus forts auprès des équipes de soin et d'avancer dans la démarche soignante. La présence d'un infirmier « ressource douleur » par établissement favoriserait le renforcement de ce lien.

L'ensemble de ces travaux doit permettre d'améliorer globalement la prévention et la lutte contre la douleur et agissent en interaction. L'objectif que constitue la réalisation d'une EPP, un des objectifs vise à réunir les différentes réflexions de chacune des fiches actions.

Au vu des objectifs spécifiques, 3 fiches actions ont été ciblées :

Fiche action n°4.1 : Poursuivre la mise en œuvre du réseau douleur et développer la dynamique

Fiche action n°4.2 : Développer la prévention des douleurs induites par les soins

Fiche action n°4.3 : Valoriser les compétences et les ressources spécifiques

Fiche action n°4.1.

Poursuivre la mise en œuvre du réseau relais douleur et développer la dynamique

Responsable du projet

Nom : Marie-Odile COLIN- Michelle VIRLOUVET	Fonction : Pilote
---------------------------------------------------	-------------------

Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Marie –Odile COLIN Mme Michelle VIRLOUVET Cadres et CLUD	Pilote Gonesse Pilote Saint Denis

Diagnostic de la situation existante

Il existe des relais douleur paramédicaux dans chaque service de Gonesse ou de Saint Denis, connus du CLUD. Le profil de poste et les missions des relais sont sur la GED.

Pour Gonesse : 3 réunions annuelles des relais sont organisées pour présenter les actions et objectifs du CLUD et faire remonter les différentes informations et problématiques rencontrées dans les services. Les nouvelles organisations de travail limitent la participation et les activités des relais. En dehors de ce contexte, l'assiduité des relais aux réunions et leur investissement dépendent autant de leur propre implication que de celle de l'encadrement.

A Saint Denis la reconnaissance par leur pair est peu effective et ils ne sont pas suffisamment identifiés par les cadres comme ressources potentielles

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Disposer de relais douleur dans tous les services cliniques et certains médicotechniques du GHT en fonction des particularités et besoins de chaque pôle
Objectif n°2	Définir les missions communes (institutionnelles) et spécifiques (polaires) des relais douleur du GHT ainsi que leur profil de poste
Objectif n°3	Potentialiser le rôle du relais en tant que vecteur de l'information et de sa transmission entre le comité et les services et vice et versa
Objectif n°4	Permettre aux relais de réaliser leur mission (reconnaissance de l'encadrement et de leurs pairs, autonomie d'actions, force de propositions, collaboration entre relais ...)
Objectif n° 5	Valoriser les travaux des relais et pérenniser la dynamique

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

Etape n°1	Répertorier les besoins et les spécificités des problématiques douleur par pôle et par service du GHT auprès des cadres par un questionnaire.
Etape n°2	Formaliser les missions requises, le profil de poste des relais GHT, les responsabilités de l'encadrement dans l'accompagnement et la valorisation des relais
Etape n°3	Mettre à jour annuellement la liste des relais CLUD en fonction des besoins de chaque pôle du GHT et déterminer les modalités de diffusion.
Etape n°4	Organiser une formation spécifique permettant aux relais d'être acteur du changement et personne ressource pour l'amélioration des pratiques professionnelles : animation de groupe, conduite de réunion, évaluation des pratiques
Etape 5	Organiser les modalités de rencontres et de travail entre le CLUD et les relais (réunion relais institutionnels, organisation des travaux, rencontres entre relais)
Etape 6	Valoriser les travaux par l'organisation des journées douleur du GHT

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Difficulté de disponibilité et absence de temps dédié pour les relais Difficultés de diffusion et transmissions des informations relayées par le CLUD Disponibilité /accompagnement et responsabilités des cadres vis-à-vis des relais Disparités de sensibilisation des équipes à la prise en charge du patient douloureux Difficultés de positionnement des relais au sein des équipes																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Les professionnels des établissements du GHT										Temps dédié à réfléchir										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Amélioration des % IPAQSS et % dans les audits du dossier de soins Taux de participation des relais aux réunions 50 % de relais formés à la formation spécifique										100% des pôles avec des relais actifs Indicateur de satisfaction du livret d'accueil										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Répertoire besoins/ questionnaire				X																
ETAPE 2 Formaliser les missions et responsabilités encadrement dans valorisation des relais						X														
ETAPE 3 Mise à jour liste des relais en fonction des besoins de pôle du GHT						X			X				X				X			
ETAPE 4 : Formation spécifiques accompagnement des relais							X													
ETAPE 5 Organiser rencontres entre CLUD et les relais							X													
ETAPE 6 Organiser journée douleur GHT												X								
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> • Référentiel d'activité Infirmier ressource douleur Novembre 2007 SFETD • Evaluation du plan national d'amélioration de la PEC de la douleur 2006-2010 																				

Fiche action n° 4.2

Développer la prévention des douleurs induites par les soins

Responsable du projet

Nom : Marie-Odile COLIN- Michelle VIRLOUVET	Fonction : Pilote
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Marie –Odile Colin cadre pole Mme Michelle Virlovet cadre pôle Cadres de santé CLUD	Pilote Gonesse Pilote Saint Denis

Diagnostic de la situation existante

Les soignants réalisent quotidiennement des actes diagnostiques, thérapeutiques et certains soins qui sont douloureux. Ils considèrent souvent ces douleurs comme étant de courte durée, sans conséquence durable, et donc sans nécessité d'une implication dans leur prévention.

En dépit d'une prise de conscience récente, les douleurs liées aux soins, bien que très fréquentes, sont sous-évaluées et leur prise en compte reste insuffisante.

La charge de travail, les « soins routiniers » et la banalisation des actes rendent parfois cette prise de conscience difficile.

Il ne faut pas dissocier ce que l'on fait et à qui on le fait. Pour y remédier les deux établissements ont développé des techniques alternatives à la prise en charge médicamenteuse.

L'hôpital de Gonesse et de Saint Denis ont mis en place des formations d'hypno-analgésie et l'utilisation du « Méopa ». A Gonesse, la formation est sur cinq jours avec un projet formalisé et à Saint Denis sur deux jours et une journée un mois après.

Cependant, la vision réelle de l'utilisation est méconnue et ces pratiques sont peu valorisées.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Mobiliser les soignants autour de la prévention des douleurs induites par les soins : toilette, mise au fauteuil, soins techniques
Objectif n°2	Poursuivre le développement des compétences des professionnels, la mise en œuvre des techniques psycho-corporelles et des traitements médicamenteux préventifs. Assurer une prise en charge de la douleur et sa traçabilité
Objectif n°3	Formaliser une EPP

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Formaliser la cartographie des soins douloureux et identifier les matériaux à disposition des professionnels
Etape n°2	Recenser les protocoles de prévention mis à disposition des soignants
Etape n°3	Réaliser un audit auprès des patients un jour donné
Etape n°4	Poursuivre les formations techniques psychocorporelles et moyens médicamenteux
Etape n°5	Réaliser des projets cliniques dans chaque pôle par les équipes formées

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de stimulation et motivations des personnels médicaux et paramédicaux - Absentéisme. - Anticipation insuffisante - Faible disponibilité des agents et des cadres - Conception individuelle du soin douloureux 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Temps dédié										Formation continue										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
50% des relais formés à la formation institutionnelle Diminutions des plaintes patients vis à vis PEC douleur 30 % des projets cliniques des pôles réalisés										Résultats des évaluations de l'EPP 60 % des projets cliniques réalisés										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 : Formaliser la cartographie des soins et matériels			X	X																
ETAPE 2 : Recenser les protocoles de prévention			X	X																
ETAPE 3 : Faire audit auprès des patients					X	X														
ETAPE 4 : Formations				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
ETAPE 5 : Réaliser des projets cliniques dans chaque pôle									X	X										
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> • Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24 septembre 1998 • Circulaire DHOS/E2 du 30 Avril 2002 • Plan ministériel triennal 1998-2000 • 11^{ème} journée du Centre national de Ressources de lutte contre la douleur : douleur provoquée par les soins 																				

Fiche action 4.3

Valoriser les compétences et les ressources spécifiques

Responsable du projet

Nom : Marie-Odile COLIN- Michelle VIRLOUVET	Fonction : Pilote
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Marie-Odile COLIN Mme Michelle VIRLOUVET CLUD Direction des soins	Pilote Gonesse Pilote Saint Denis

Diagnostic de la situation existante

De nombreux professionnels sont formés et/ou ont développé des compétences spécifiques en lien avec la douleur, mais elles sont peu connues et peu reconnues au niveau institutionnel et sous utilisées.

Il existe de part et d'autre des temps infirmiers dédiés à la douleur, IDE douleur chronique à Gonesse, IDE ressource douleur à St Denis, mais pas d'affectation sur ce poste à ce jour (50%), et peu de lien et de coordination avec le CLUD à Saint Denis.

Amalgame des professionnels entre les champs d'intervention IDE « Douleur chronique » et IDE « cliniciennes de l'UMSA » à Gonesse.

Il existe à Gonesse des ressources et des compétences validées plutôt orientée douleur chronique et soins palliatifs, alors qu'à Saint Denis, le temps dédié est plus pour la douleur aiguë et péri-opératoire.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Valoriser les expertises institutionnelles, douleur des professionnels en matière de MEOPA, PCA, Hypno analgésie, toucher relationnel.
Objectif n°2	Développer les postes IDE Douleur des 2 établissements du GHT
Objectif n°3	Valoriser l'expertise des équipes de l'UMSA de Gonesse et de L'EMSP de Saint Denis dans la prise en charge de la douleur des patients porteurs de pathologies graves évolutives, cancéreuses, en soins palliatifs et fin de vie.

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Identifier par pôle du GHT les professionnels jour et nuit disposant d'une expertise douleur et formaliser un répertoire recensant les ressources institutionnelles dans chacun des pôles du GHT.
Etape n°2	Déterminer le champ de compétences et de responsabilités de la personne ressource (pré requis, conseil, accompagnement)
Etape n°3	Formaliser et diffuser dans le GHT le profil de poste et les missions des IDE ressources douleur (Chronique à Gonesse, aiguë à Saint Denis) au niveau de la CSMIRT GHT, des réunions de cadres, RIC, par des plaquettes informatives et sur les sites intranet et internet des établissements du GHT
Etape n°4	Pourvoir le poste IDE ressource Douleur à Saint Denis, développer les rôles transversaux : évaluer les activités et le temps dédié (50%-100%)
Etape n°5	Actualiser et diffuser dans le GHT : les missions et les champs d'interventions des IDE « cliniciennes » de l'UMSA et de l'EMSP.
Etape n°6	Créer un groupe Facebook ressources douleur GHT

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Temps alloué et disponibilité des professionnels
- Turn over des professionnels
- Volonté et expérience confirmée des professionnels
- Temps effectif et opérationnel des IDE ressource douleur
- Insuffisance de valorisation
- Aspect budgétaire

Moyens humains

- Cadres
- IDE
- AS

Moyens matériels et financiers

Formation continue

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

- 30% de relais formés à la formation spécifique
- 30% de relais formés aux techniques psychocorporelles

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Poste d'IDE ressource douleur pourvu
- 60 % de relais formés à la formation spécifique et psychocorporelle

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	ETAPE 1 Identification par pole des professionnels Faire un répertoire			X	X															
ETAPE 2 Déterminer champ de compétences de la personne ressource					X	X														
ETAPE 3 Formaliser et diffuser dans le profil de poste ide ressources							X	X												
ETAPE 4 Actualiser les missions ide cliniciennes de l'UMSA et EMSP									X											
ETAPE 5 Créer groupe Facebook										X	X	X								

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Quarante O : Ide référente douleur dévoilée Infirmière magazine 2007
- Référentiel d'activités SFED/ infirmier ressource Douleur Novembre 2007
- Evaluation plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

AXE 2 : Optimiser la qualité et la gestion des risques liés aux soins

Thème 5 : Prévenir les risques et promouvoir une culture de la qualité et de la sécurité

Le PSP est articulé avec l'ensemble des actions suivies par les directions qualité. C'est pourquoi cet axe spécifique porte sur 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. Le management continu de la qualité en lien avec la certification requiert une gestion des risques ambitieuse. Les organisations soignantes doivent favoriser une démarche qualité permanente et partagée. La gestion des risques à priori et à posteriori constituent des actions communes indispensables, comme le traitement et le suivi des événements Indésirables. Le compte qualité commun en 2020 présentera, en partie, la convergence de nos actions en matière de qualité et de gestion des risques.

Ainsi les deux premières actions partagées dans le PSP concernent :

- La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». le bloc opératoire, en tant que plateau technique doit proposer le partage des informations et une vérification croisée de critères considérés comme essentiels, avant ; pendant et après toute intervention chirurgicale. Rendue exigible en 2010, à travers la procédure de certification des établissements de santé, cette check-list largement utilisée dans les blocs opératoires a démontré son efficacité pour diminuer de manière significative la morbi-mortalité postopératoire. Mais l'évaluation de son utilisation reste à réaliser
- De plus, le développement de la culture de la déclaration des événements indésirables doit se poursuivre par des actions ciblées.

Enfin, des actions communes de formation autour de thématiques sur la gestion et la prévention des risques seront mises en œuvre et organisées alternativement au CH de Gonesse et à Saint-Denis

Fiche action n°5.1 : Renforcer la sécurité du patient dans les secteurs interventionnels

Fiche action n°5.2 : Développer la culture de la déclaration des événements indésirables

Fiche action N°5.1.

Renforcer la sécurité du patient dans les secteurs interventionnels (Imagerie, Endoscopie + PTO)

Responsable du projet

Nom : LEVILLAIN Monique MOTARD Karine	Pilote, cadre supérieur de Santé Pilote, cadre supérieur de Santé
---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

Mr Tiago Mendès ; Régine Biville ; Mariame Diallo ; Sarah Araujo ; Catherine Licette ; Christian Ropars	Répartition des actions, suivi et évaluation
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

L'utilisation de la check list est incomplète et la traçabilité non exhaustive

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Développer la culture de la check list pour assurer la sécurité des patients et garantir l'environnement sécurisé
Objectif n°2	Prévenir le risque infectieux sur les secteurs interventionnels
Objectif n°3	Optimiser le parcours du patient par une prise en charge coordonnée sur chaque secteur

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Faire un audit sur les check lists sur chaque secteur des 2 établissements
Etape n°2	Mettre en place les check lists dans tous les services
Etape n°3	Mettre en commun les procédures d'hygiène et faire un audit sur les procédures sur les 2 établissements (par les EOHH)
Etape n°4	Rédiger les chemins cliniques des parcours patient

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Turn over des professionnels
- Absence ou manque de traçabilité
- Méconnaissance des procédures d'hygiène
- Coordination des différents professionnels (IDE, manipulateurs radio...)

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

- EOHH/département gestion des risques - Coordinatrice du PTO - Encadrement imagerie et endoscopie	- Postes informatiques - GED
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre d'audits réalisés et analysés - Nombre de plans d'action mis en place - Nombre de personnes formées - Diminution des non-conformités sur l'utilisation de la check list - Nombre de chemins cliniques	- 90% des acteurs formés à l'utilisation de la checklist - moins de 5 % de non-conformité - taux de dysfonctionnement dans la coordination des parcours - taux de respect des chemins cliniques
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1					X					X										
Construction grille d'audit																				
ETAPE 2						X	X	X												
Réaliser les audits																				
ETAPE 3																				
Analyser les audits restitution																				
ETAPE 4							X	X	X											
Plan d'action																				

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Recommandations HAS
- Check-list HAS, manuel de certification V2014 (critère 26B)

Fiche action n°5.2.

Développer la culture de la déclaration des événements Indésirables

Responsable du projet

Nom : LEVILLAIN Monique MOTARD Karine	Pilote, cadre supérieur de Santé Pilote, cadre supérieur de Santé
---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés	Rôle et mission
Mr Tiago Mendès ; Régine Biville ; Mariame Diallo ; Sarah Araujo ; Catherine Licette ; Christian Ropars	Répartition des actions, suivi et évaluation

Diagnostic de la situation existante

- Au CHG : enquête culture sécurité été 2015
- CREX institutionnel tous les 2 mois. Traite les EI transversaux
- Dans les 2 établissements : Même logiciel de déclaration
Charte de non punitivité

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Développer une culture de sécurité partagée au sein du GHT
Objectif n°2	Mettre en place des CREX communs sur des thématiques transversales
Objectif n°3	Développer la déclaration d'événements précurseurs porteurs de risques

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Faire une enquête culture de sécurité sur les 2 établissements
Etape n°2	Organiser des journées d'échanges sur la sécurité (chambre des erreurs...)
Etape n°3	Ouvrir la formation « annonce d'un dommage liés aux soins » aux personnels de St Denis
Etape n°4	Réaliser des analyses communes (CREX)

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Turn over des professionnels
- Difficultés à communiquer sur les erreurs

Moyens humains	Moyens matériels et financiers
- Département qualité/gestion des risques des 2 établissements	- Logiciel de déclaration (intraqual) - Logiciel de traitement des questions - Locaux : Chambre des erreurs

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)	Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du taux des EI - Nombre des CREX communs - Nombre de personnes formées - Nombre d'analyses communes et d'action mises en place - Nombre d'audits réalisés et analysés - Nombres de plans d'action mis en place - Diminution des non-conformités sur l'utilisation des check lists - Nombre de chemins cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'EI en lien direct avec la sécurité du patient - 90% des actions sont réalisées ou en cours - 90% des acteurs sont formés à l'utilisation de la check list - Moins de 5% de non-conformité - Taux de dysfonctionnement dans la coordination des parcours - Taux de respect des chemins cliniques

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Recueil des données				X																
ETAPE 2 Grille d'entretien						X		X		X		X		X		X		X		X
ETAPE 3 Entretien et analyse				X		X		X		X		X		X		X		X		X
ETAPE 4 Cibler les axes d'amélioration		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

Article L.1413-14 du code de la santé publique

- Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

- Circulaire DGOS/PF2 no 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

- Critères de la certification V2014

AXE 3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

Thème 6 : Renforcer les compétences managériales

La pratique du management est très hétérogène et particulièrement dans le monde de la santé où durant ces dernières années le profil du « cadre » a beaucoup évolué. Au-delà des missions d'encadrement de proximité et de résolution des problèmes de terrain, d'autres missions ont pris de l'importance comme la gestion de projets, l'analyse de pratiques ou la gestion des risques et de la qualité des soins. Le fonctionnement en GHT accentue plus encore ces différences de culture et de pratique.

Le profil des cadres exerçant ce métier évolue également : plus que par le passé, il leur est demandé de se remettre en question et de se former sur de nouveaux champs d'actions et de compétences.

L'écart grandissant entre l'exercice de proximité requis par la qualité du soin et la prise de distance nécessaire dans la conduite de projet est à l'origine de difficultés qui aujourd'hui touchent à l'identité propre du cadre soignant. Il devient de plus en plus ardu d'organiser le temps entre ses différentes missions.

L'encadrement qu'il soit de proximité ou supérieur est un maillon essentiel de la cohésion au sein des filières de soins. Il est fondamental de leur proposer des espaces et des temps de réflexion en lien avec les mutations organisationnelles à venir. Il faut engager les cadres dans une vision de management de territoire et dans le repérage des opportunités de mobilisation de la communauté soignante autour de projets structurants, en diffusant la démarche qualité et en gageant l'efficacité des ressources utilisées.

Le juste équilibre face à l'ensemble de ces missions est difficile à trouver : il faut savoir motiver, concilier, prioriser en tenant compte des contraintes permanentes qu'elles soient économiques ou environnementales.

L'accompagnement des cadres pour le soutien à la mise en œuvre des projets est plus que jamais nécessaire. La formation, l'analyse des pratiques, la simulation managériale, les échanges entre pairs, le co-développement sont des domaines susceptibles de renforcer positivement les fonctions de cadres de santé. C'est dans cette optique que sont proposées les 3 fiches actions suivantes :

Fiche action n°6.1 : Analyses des pratiques managériales.

Fiche action n°6.2 : Optimiser et formaliser les organisations des pôles.

Fiche action n°6.3 : Organisation d'un séminaire de management

Fiche action n°6.1

Evaluations des pratiques managériales (Analyse de pratiques professionnelles)

Responsable du projet

Nicolas Boyer Martine Mabilia	Pilote de la fiche action Co-pilote de la fiche action
Acteurs concernés	Rôle et mission
Direction des soins Cadre supérieur de santé et coordinateur SF Cadre de soins et SF	Mettre en place une démarche EPP sur le management aux seins des 2 établissements

Diagnostic de la situation existante

Au sein de nos établissements, chaque cadre gère avec les outils dont il dispose et qui lui sont mis à disposition : Existence d'une période d'intégration pour les nouveaux cadres soignants dans l'établissement à Gonesse et d'une formation à l'analyse des pratiques managériales sur Saint Denis. Les outils utilisés par l'encadrement diffèrent d'un service à un autre tant à Gonesse qu'à St Denis

On peut aussi mettre en évidence plusieurs difficultés de l'encadrement sur différents points :

- ✓ Approche de l'encadrement face à l'évolution sociétale soignante actuelle.
- ✓ Difficultés managériales lors des entretiens annuels d'évaluation.
- ✓ Difficulté face au changement ou à la gestion de conflit.
- ✓ Difficulté face à l'approche médico-économique actuelle de nos établissements de soins.

Tout cela donne une hétérogénéité dans la capacité en management de chaque cadre ; certains sont à l'aise et peuvent accomplir leurs missions et objectifs et d'autres vont se trouver en grande difficulté.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire un bilan de notre management en se comparant aux critères HAS sur l'encadrement.
Objectif n°2	Optimiser et augmenter les compétences managériales
Objectif n°3	Définir les ressources existantes en termes de pratiques managériales et les généraliser.
Objectif n°4	Avoir des solutions adaptées pour accompagner des cadres en difficulté : <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les échanges formels et informels entre cadres soignants • Favoriser le travail des cadres sur des thématiques managériales

Description de l'action

Etape n°1	Mise en place du groupe de travail et de la méthodologie de l'analyse des pratiques managériales
Etape n°2	Construction de la grille de recueil ou d'auto-évaluation
Etape n°3	Analyse sur l'ensemble de l'encadrement et traitement des résultats
Etape n°4	Discussion en réunion d'encadrement plénière et décision des mesures correctrices adaptées aux 2 sites et respectant les spécificités de chaque service.
Etape n°5	Mise en place des actions correctrices sur le terrain
Etape n°6	Ré-évaluation et analyse des résultats
Etape n°7	Présentation des résultats et décisions d'axes de progression et/ou de pérennisation

Identification des freins et des vigilances éventuels

Ce projet va présenter des obstacles :

- Difficulté de réaliser une grille de recueil complète pour analyser le type de management.
- Temps nécessaire à la réalisation d'une telle étude.
- Turn-over important de l'encadrement rendant difficile l'appropriation des mesures correctrices.
- Moyens nécessaires à la mise en place d'axes d'amélioration (séminaires, budget de formation, coaching...)
- Désir de l'encadrement de se remettre en question et d'évoluer dans sa pratique managériale

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

L'ensemble de l'encadrement

Outils d'aide pour traiter les résultats
Financements pour la mise en place des axes d'amélioration si nécessaire

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

Cette action est à 50% au moment où les résultats du premier audit sont présentés à l'encadrement

Réalisation à 100% après décision de mise en place des actions de pérennisation.

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4																
ETAPE 1 Groupe et méthodologie		x	x	x																
ETAPE 2 Construction grille				x	x	x														
ETAPE 3 Audit 1 et analyse							x	x	x											
ETAPE 4 Discussion et PA									x	x	x	x								
ETAPE 5 Mise en place des PA											x	x	x	x						
ETAPE 6 Audit 2 et analyse															x	x	x			
ETAPE 7 Pérennisation / amélioration																	x	x	x	x

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Ludovic MURA, Aout 2014, Soins cadre N°91, Le directeur des soins et l'innovation managériale, p36 à 39
- Frédéric SOLER, Aout 2014, Soins cadre N°91, Management et intelligence émotionnelle, p40 à 42
- Sébastien DAMART, Aout 2014, Soins cadre N°91, Pour un management intégratif, p43 à 46
- Guide HAS, 2005, Guide pour autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé

Fiche action n°6.2

Optimiser et formaliser les organisations de pôle

Responsable du projet

Idalina Da Silva Nicolas Boyer	Pilote de la Fiche action Co-pilote de la fiche action
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

Chef de pôle (2) Cadre supérieur de pôle (2) Cadre de santé (4) Autres soignant (2) Direction des soins	Le groupe de travail est là pour mener les actions et réaliser les objectifs de la fiche action Accompagnement du projet et validation des documents créés
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

Même si les pôles sont aujourd'hui mis en place (un chef de pôle, un cadre supérieur de pôle et un directeur de pôle), il peut y avoir encore certains qui ne sont pas dotés d'un directeur de pôle.

Nous pouvons observer une gestion et une organisation très différentes d'un pôle à un autre.

De même, il existe une confusion dans les missions et les rôles des différents intervenants (chef de pôle, chef de service, cadre de pôle, cadre sup, cadre de proximité...).

Les projets bien que présents dans la majorité des pôles restent encore à développer sur certains autres.

Enfin, l'autonomie de gestion des pôles est aujourd'hui encore très limitée sur nos établissements et pourrait être beaucoup plus développée afin de mettre en place une véritable dynamique de pôle.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Réaliser une fiche d'identité par pôle afin que celle-ci soit un outil connu de tous
Objectif n°2	Définir les règles internes à chaque pôle ainsi que son organisation en lien avec les ressources humaines et la direction médicale.
Objectif n°3	Réécrire les fiches de poste de l'encadrement en y intégrant une fiche avec les spécificités de chaque service
Objectif n°4	Elaborer un projet d'encadrement de pôle regroupant tous les autres projets d'établissement. Celui-ci doit aborder des aspects organisationnels propres aux pôles mais aussi institutionnels pour une aide à la prise de décision et au suivi.

Description de l'action

Etape n°1	Constitution du groupe de travail et création de la trame des fiches d'identités de Pôle.
Etape n°2	Demande de travail par chaque trio de pôle de compléter la fiche d'identité du pôle mais aussi de transmettre leurs organisations de pôle.
Etape n°3	Le groupe de travail construit la trame des règles internes au pôle liées aux ressources humaines et à la direction des soins
Etape n°4	Mettre à jour les fiches de poste générales de chaque poste d'encadrement et créer une fiche donnant les particularités de chaque secteur.

Identification des freins et des vigilances éventuels

Ce projet peut comporter plusieurs freins :

- Non adhésion et non investissement des acteurs
- Manque de disponibilité des acteurs
- Lourdeur du travail

Pour la réalisation des étapes décrites dans la fiche action et l'atteinte des objectifs :

- prévoir des temps de travail lors des bureaux de pôle
- utiliser une maquette d'aide à la formalisation

Fiche action n°6.3

Séminaire d'encadrement

Responsable du projet

Nicolas Boyer	Pilote de la Fiche action Co-pilote de la fiche action
---------------	-----------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

Cadre supérieur de pôle (2) Cadre de santé (4) Direction des soins (2)	Le groupe de travail est là pour mener les actions et réaliser les objectifs de la fiche action
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

Un séminaire est organisé sur Gonesse et a existé pour les cadres supérieurs sur le CHSD.
 Un travail sur l'analyse des pratiques managériales a aussi été fait sur le CHSD mais rien de plus n'existe à l'heure actuelle. Le plus gros challenge serait de réussir à élever les compétences managériales et d'amener un renouveau dans la dynamique encadrante.
 Aujourd'hui les niveaux de management sont très hétérogène au sein des équipes et encore plus au sein de 2 structures avec une culture différente.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Définir une identité du manager soignant	
Objectif n°2	A partir de l'analyse des pratiques créer un séminaire pour optimiser et développer les modes de management.	
Objectif n°3	Trouver le thème le plus important à traiter pour le premier séminaire	
Objectif n°4	Redynamiser le collectif cadre.	

Description de l'action

Etape n°1	Réaliser l'analyse de pratique - 2017/2018 FA2
Etape n°2	Trouver le thème et organiser des actions et un programme autour de celui-ci
Etape n°3	Communiquer afin d'avoir une adhésion maximum de l'équipe d'encadrement
Etape n°4	Réalisation du 1 ^{er} séminaire et évaluation

Identification des freins et des vigilances éventuels

Ce projet peut comporter plusieurs freins :

- Non adhésion et non investissement des acteurs
- Manque de disponibilité des acteurs pour organiser ce séminaire
- Lourdeur du travail d'analyse des pratiques
- Les difficultés à trouver un financement pour monter le projet.
- La liberté de l'encadrement lors de ce séminaire.

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

L'encadrement pour la mise en place du séminaire La Direction de soins et RH	Finance pour le séminaire : <ul style="list-style-type: none"> • Intervenant • Lieu • Concept
---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Programme prêt Financement validé										Organisation du séminaire Retour d'expérience des participants Préparation du séminaire suivant										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Analyse de pratique			x	x	x	x	x	x	x	x										
ETAPE 2 Thème et préparation											x	x	x	x						
ETAPE 3 Organisation et communication															x	x	x			
ETAPE 4 Réalisation et évaluation																		x	x	
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> • Manager de proximité et hiérarchie : entre le cadre de proximité et le cadre paramédicale de pôle – « négociier pour manager », mémoire 2014, Suzette Rodriguez. • La place du cadre de santé au sein du pôle – soins cadres n°86 2013/05 – pagination 27-29 																				

AXE 3 : Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes

Thème 7 : Assurer la continuité des soins jour nuit

La dynamique de L'hôpital public est de répondre à une offre de soins continue 24h/24, adaptée au bassin de vie, avec une qualité et une sécurité des soins de jour comme de nuit.

L'encadrement présent de jour comme de nuit à la mission d'organiser cette continuité de soins et donc de mettre à disposition des soignants les ressources nécessaires qu'elles soient humaines, matérielles et permettre la création d'outils pratiques et fiables.

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

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

Pour améliorer nos pratiques concernant ces thématiques de continuité des soins et dans un souci permanent de qualité et sécurité pour les patients et les soignants, deux thèmes font l'objet d'une déclinaison en fiche action mais deux autres feront l'objet d'actions ciblées qui concerneront :

- la formalisation des missions du cadre de proximité
- la mise en place d'un fichier informatique partagé par l'ensemble de l'encadrement

Enfin, la gestion des remplacements nécessitera une analyse et un regard sur la prestation de soins mise en œuvre pour compenser l'absence, en particulier de dernière minute. Les moyens de remplacement mis en œuvre feront l'objet d'une analyse approfondie afin d'évaluer s'ils répondent au mieux à la qualité des soins.

Fiche action n°7.1 : Partage d'expérience sur les missions de l'encadrement et la continuité des soins

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

Fiche action n°7.1

Partage d'expériences sur les missions de l'encadrement paramédical et la continuité des soins

Responsable du projet

Nom : Valérie CEPHISE Stéphanie DUPONT Marianne FOURNIER	Pilote Cadre supérieur Pilote Cadre supérieur Pilote Cadre supérieur
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés	Rôle et mission
BENHOUS Linda, JANKOWSKI Sandrine, LANCIEN Cécile, VANSTEENKISTE Nathalie, BRIXHE Christelle, HENRIQUES Roselyne, AUBRY Hélène, PIERRET Anne-Marie, TANRIVERDI Lise, TOSTIVINT Mylène, RENAUD Sophie	Participant du groupe de travail, assurant le suivi et la mise en place des actions du projet de soins

Diagnostic de la situation existante

On constate une méconnaissance des fonctionnements respectifs de l'encadrement de chacun des deux sites ainsi que des différences entre leurs missions. Il existe un référentiel métier « cadre » connu et une formation commune des cadres de santé. Des fiches de postes de cadre jour/nuit existent

Une fiche de missions du cadre de garde ou de permanence est formalisée au CH de Gonesse

Une expérience sur le CH de Saint-Denis de la gestion des plannings des équipes de nuit par l'encadrement de jour et l'organisation de la continuité de l'encadrement a été mise en place depuis plusieurs années.

Il semble nécessaire de partager et de clarifier les missions et les responsabilités de l'encadrement en lien avec la continuité des soins et en particulier le lien entre le jour et la nuit.

Les directions des soins manifestent le souhait de réaffirmer la nécessaire continuité dans la gestion des soins et d'une permanence de l'encadrement.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Appréhender les fonctionnements de chacun des CH et les outils permettant d'assurer la continuité des soins
Objectif n°2	Partager les valeurs et les normes en lien avec la continuité des soins et la permanence de l'encadrement
Objectif n°3	Identifier les axes d'amélioration en lien avec les constats et les écarts
Objectif n°4	Formaliser les évolutions souhaitables des organisations et les moyens nécessaires pour y parvenir

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Programmation de rencontre entre cadres volontaires sur le partage d'expérience et formalisation de SWOT pour définir l'existant
Etape n°2	Engagement d'une réflexion commune sur la responsabilité du cadre en lien avec les valeurs qui sous-tendent la mise en place de la continuité des soins
Etape n°3	Formaliser l'organisation optimale souhaitée et son harmonisation à l'ensemble du GHT
Etape n°4	Accompagnement des évolutions identifiées et la mise en place des actions requises : processus, organisation managériale de pole, formations

Identification des freins et des vigilances éventuels

- La thématique sensible « permanence de l'encadrement » en particulier jour-nuit
- Des craintes d'une charge de travail supplémentaire sans contrepartie
- Histoire et culture des deux établissements en lien avec les missions de l'encadrement
- Les organisations différentes
- La nécessité d'identifier les plus-values et de formaliser des orientations institutionnelles claires et convergentes sur les deux sites en lien avec le thème de la permanence des soins et de l'encadrement

Moyens humains

Moyens matériels et financiers

Temps de rencontre de l'ensemble de l'encadrement
Temps de réunion entre Direction des soins et cadres participants

Accompagnement par de la formation-action

Éléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

- Nombre de rencontre organisées :
- ✓ Partage d'expérience sur les organisations existantes, partage des valeurs ;
 - ✓ Identification des écarts et écriture d'un plan d'action commun

Mise en place des actions correctives sur les deux CH et harmonisation des pratiques

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021				
	T1	T2	T3	T4																	
ETAPE 1 Programmer des rencontres et formaliser l'existant			x	x	x	x	x														
ETAPE 2 Partager les valeurs du soin et de sa continuité			x	x	x	x	x														
ETAPE 3 Identifier axes d'amélioration						x	x	x													
ETAPE 4 Accompagner les évolutions souhaitées								x	x	x	x	x									

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

- Référentiel cadre ; Répertoire des métiers(DGOS)
- Référentiel métier HAS
- Manuel de certification V 2014 : continuité et coordination de la prise en charge des patients

Fiche action n°7.2

Informatiser le cahier de garde des cadres de santé

Responsables du projet

Nom : Valérie CEPHISE Stéphanie DUPONT Marianne FOURNIER	Pilote Cadre supérieur Pilote Cadre supérieur Pilote Cadre supérieur
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Acteurs concernés

Rôle et mission

BENHOUS Linda, JANKOWSKI Sandrine, LANCIEN Cécile, VANSTEENKISTE Nathalie, BRIXHE Christelle, HENRIQUES Roselyne, AUBRY Hélène, PIERRET Anne-Marie, TANRIVERDI Lise, TOSTIVINT Mylène, RENAUD Sophie Direction du système d'information	Participant du groupe de travail, assurant le suivi et la mise en place des actions du projet de soins Mise en place du work flow et de son adaptation au cahier des charges
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic de la situation existante

Pour le CHSD :

La transmission des gardes (nuit, WE, fin de journée) se fait manuellement sur un support manuscrit, pas toujours lu par les interlocuteurs concernés, puisqu'il fait des aller/retour entre l'encadrement et la direction des soins et l'information n'est pas toujours diffusée, ni transmise vers les bons interlocuteurs et elle n'est accessible en temps réel,

Les documents annexes sont dans le cahier et non vers le service

Etude préalable existante sur Delafontaine

Pour le CHG :

Utilisation d'outils non homogènes pour assurer la transmission d'informations entre cadres, (cahier de garde, mails, appels téléphoniques,...)

Absence de portail commun aux cadres pour l'accès aux informations diverses

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Assurer une traçabilité sécurisée des transmissions de garde
Objectif n°2	Déployer l'outil existant « Transgarde » via Intraqual, en l'adaptant aux besoins de chaque site, afin d'assurer une diffusion large des informations vers les bons interlocuteurs
Objectif n°3	Adapter l'outil aux besoins de chaque site afin d'assurer une diffusion large des informations vers les bons interlocuteurs
Objectif n°4	Recourir à la GED via Intraqual

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

Etape n°1	Créer un groupe de travail et faire l'état des lieux de l'existant des deux sites et se rapprocher du Système d'Information des 2 sites pour évaluer la faisabilité d'un outil qui convienne aux 2 sites
Etape n°2	Présenter l'outil à l'encadrement
Etape n°3	Déployer l'outil sur le site du CHG et le réajuster sur le CHSD si nécessaire
Etape n°4	Former l'ensemble des cadres à cet outil

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<p>La date de mise en place du logiciel.</p> <p>La disponibilité des informaticiens.</p> <p>Les problématiques structurelles rencontrées pour l'installation du logiciel.</p> <p>Les différents niveaux de connaissance en informatique des cadres.</p> <p>Le temps de formation des cadres qui peut probablement être long.</p>																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Temps de réunion et de conception de la Direction des soins, des cadres participants et de la Direction du système d'information										Temps de réflexion, de rencontre et de rédaction Maquette, Workflow Temps d'information et accompagnement de la DSIO										
Éléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Mise en place de l'outil informatique sur le CHSD et utilisation en routine										Généralisation de l'outil sur le GHT										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2018				2019			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Étape 1 Etat de lieux			x	x	x	x	x													
Étape 2 Présentation de l'outil						x	x	x												
Étape 3 Déploiement de l'outil								x	x	x	x									
Étape 4 Formation à la prise en main									x	x	x	x	x	x						
<i>(T1 = Trimestre 1)</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> • Textes et décrets régissant la fonction cadre, • Textes et décrets de compétence, • Guide administrateur APHP 2013 • ARS Franche Comté. 																				

AXE 4 : Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche

Thème 8 : Développer les EPP et la recherche

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles vise à réduire les pratiques non adaptées aux besoins du patient ainsi que leurs conséquences en faisant bénéficier chacun de soins efficaces, efficaces, sûrs, conformes aux données actualisées de la science et adaptées à ses choix. Elle englobe les différentes méthodologies telles que « le patient traceur », les REX, REMED, RMM, audits, etc...

Le GHT plaine de France et son projet de soins sont l'occasion de comparer nos pratiques dans ce domaine et de développer sur l'ensemble des deux établissements l'intérêt des professionnels à mettre en œuvre de nouvelles investigations afin de trouver des idées d'amélioration.

La démarche d'évaluation est une confrontation régulière entre la pratique réelle et la pratique idéale. De cette confrontation émergent les actions d'amélioration. En échangeant sur les deux établissements, nos idées d'évaluation et d'amélioration de nos pratiques nous devons tendre vers une meilleure efficacité.

Un pas important a été fait lors de la rencontre organisée entre les deux cellules qualité de Saint-Denis et de Gonesse. Cela a permis un échange très constructif, sur les modes de fonctionnement respectifs et l'état des EPP réalisées ou en cours. Cela a également permis d'organiser ensuite, une assemblée réunissant les deux commissions EPP. Le constat de l'avance importante de Gonesse a été notée, à la fois par l'ancienneté de leur commission et par la formalisation, le suivi et l'aide logistique apportés aux personnels désirant réaliser une EPP. Les deux commissions ont conclu à l'intérêt de mettre en commun les ressources et les idées pour progresser.

La recherche doit faire l'objet d'une plus grande implication des différents métiers via l'encadrement et les initiatives doivent être encouragées et accompagnées. Il faut tendre vers des actions concrètes permettant la participation du GHT à des appels à projet (PHRIP, sociétés savantes...).

La recherche n'est pas encore suffisamment développée : fournir des preuves qui servent de références pour la pratique, la formation, la recherche et la gestion dans le domaine du soin est essentiel pour l'expansion d'un véritable savoir paramédical au service de l'amélioration des pratiques. Il existe un enjeu fort à créer les conditions favorables à l'émergence et à la pérennité d'un vivier de chercheurs capables de développer des programmes ambitieux de recherche, de créer des liens avec les acteurs industriels promoteurs d'innovation pour être mieux reconnu au sein de la communauté scientifique nationale et internationale.

En cela, le GHT présente une opportunité dans son association obligatoire avec un CHU et la présence de centres hospitaliers engagés dans la recherche. La reconnaissance institutionnelle est un levier puissant, aussi le projet de soins partagé peut s'attacher à promouvoir les projets de recherche paramédicale à l'échelle du territoire, par l'instauration de conditions propices telles que : l'enseignement et la formation ou l'accompagnement des cadres par le soutien de ces projets.

Fiche action n°8.1 : Former aux EPP et les développer dans le cadre du projet de soins GHT.

Fiche action n°8.2 : Sensibiliser à la notion de patient traceur Développer les audits au GHT.

Fiche action n°8.3 : Elaborer et partager des chemins cliniques au sein du GHT.

Fiche action n°8.4 : Former et développer des actions de recherche paramédicale

Fiche action n°8.1

Former aux EPP et les développer dans le cadre du projet de soins GH

Responsable du projet

Nom : P. LOPEZ - M. LEVILLAIN / H. PAVAUX	Fonction Cadres supérieurs de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Nelly Rubbens	Copilotes
Mme Pascale Bladt	Copilotes
Mlle Sandrine Jankowski	Copilotes
Cadres de pôle	Animateurs dans le pôle
Cadres de santé	Participants
Personnel paramédical et médical	Conseil et orientation stratégiques
Cellule de gestion des risques et de la qualité	Conseil et orientation stratégiques
Direction des soins, Commission EPP	Conseil et orientation stratégiques

Diagnostic de la situation existante

Sur les deux établissements il existe une commission EPP réunissant des médecins et des paramédicaux qui recense de manière exhaustive les actions d'EPP (nombre et thématique) qui ont été menées dans les différents pôles.

L'implication des pôles semble insuffisante dans certains secteurs et est à développer.

A Gonesse, la cellule qualité pilote les EPP, assure le suivi et apporte une aide technique à la réalisation des EPP.

La commission EPP de Gonesse s'articule autour des pôles avec un responsable médical et un responsable paramédical par pôle.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Faire collaborer les 2 commissions EPP des 2 établissements, éventuellement organiser des commissions communes.
Objectif n°2	Recenser les EPP qui peuvent être développées sur les 2 structures, (indicateurs..) pour les différentes évaluations : EPP, REX, Remed, RMM en lien avec les commissions EPP et les services qualité.
Objectif n°3	Etablir un bilan annuel des résultats d'EPP par pôle et par établissement et les communiquer

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

Etape n°1	Organisation de rencontres entre les commissions EPP et les services qualités
Etape n°2	Diffusion annuelle des EPP sur les deux établissements (GED - Commissions de soins – Comité EPP...)

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Former et sensibiliser l'encadrement au développement des évaluations de pratiques : EPP, REX etc..
- Difficulté pour l'encadrement à s'approprier le GHT : sensibiliser afin de partager.
- Tout travail sur les EPP doit être fait en lien avec le service qualité et validé par les commissions EPP
- La Mobilisation des professionnels sur 2 sites peut être difficile

Fiche action n°8.2

Sensibiliser à la notion de patient traceur Développer les audits au sein du GHT

Responsable du projet

Nom : Monique Levillain Patrick Lopez/ Hélène Pavaux	Cadres Supérieur de Santé
Acteurs concernés	Rôle et mission
Mme Céline Bourseau Mme Nelly Rubbens Service qualité et gestion des risques M. Olivier Cras Mme Pascale Bladt, Mme Paola Clemente Mme Sandrine Jankowski Mme Lucie Velin Mme Sophie Pauchard	Copilotes Copilotes Conseil et orientation stratégiques Participants Participants Participants Participants Participants Participants

Diagnostic de la situation existante

« La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration » (HAS- novembre 2014). Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches. Elle est complémentaire des autres méthodes telles que la RMM, l'audit clinique, le chemin clinique qui font l'objet de guides HAS spécifiques. Cette méthode est également mise en œuvre dans le cadre de la certification V2014.

Des auditeurs sont formés à Gonesse afin de réaliser des audits : ils sont missionnés après « commande » des services demandeurs auprès du service qualité, qui les recense sur la base qualité.

Une première expérience de collaboration GHT sur le patient traceur a déjà été mise en place en 2016: 1 médecin de chaque établissement a effectué un « patient traceur » dans l'autre (chacun étant expert visiteur).

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Formaliser et développer les patients traceurs et audits sur les 2 établissements
Objectif n°2	Réaliser des audits inter-établissement suivant la méthode « patient traceur »
Objectif n°3	Mutualisation d'auditeurs sur les 2 établissements
Objectif n°4	Définir et réaliser des audits pouvant intéresser les 2 établissements (possibilité d'augmenter la population auditée) en lien avec le service qualité

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Développer la collaboration des services qualités des 2 établissements Méthodologie dans la GED Simulation de patient traceur dans les services
Etape n°2	Mutualisation en GHT des formations d'auditeurs
Etape n°3	Réalisation d'audits communs sur les 2 établissements

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de temps et de disponibilité, trois sites (Casanova, Delafontaine, Gonesse)
- Le service qualité coordonne les audits

Moyens humains					Moyens matériels et financiers																
<ul style="list-style-type: none"> - « formateurs » - Temps pour formations et audits 					Informatique																
Éléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)											
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'audits possible GHT proposés - Nombre d'auditeurs formés 										<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'audits GHT - Nombre de patients traceurs GHT 											
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
		2017				2018				2019				2020				2021			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1		Développer la collaboration des services qualités																			
		x					x				x				x				x		
ETAPE 2		Mutualisation en GHT des formations d'auditeurs																			
					x				x				x				x				x
ETAPE 3		Réalisation d'audits communs																			
					x				x				x				x				x
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<p>www.has-sante.fr/.../guide-methodologique-le-patient-traceur 26 nov 2014</p> <p>www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661705/fr/guide-patient-traceur-octobre-2013</p> <p>« Information aux patients. Évaluation de votre parcours de soins par la méthode du « patient - traceur » » (document GED)</p> <p>http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_457168/fr/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration 2008</p>																					

Fiche action n°8.3

Elaborer et partager des chemins cliniques au sein du GHT

Responsable du projet

Nom : P. LOPEZ - M. LEVILLAIN / H. PAVAUX	Fonction Cadres supérieurs de pôle
Acteurs concernés	Rôle et mission
M. Olivier Cras Mme Nelly Rubbens Mme Pascale Bladt Mlle Sandrine Jankowski Cadres de pôle Cadres de santé et Paramédicaux Cellule de gestion des risques et de la qualité, Direction des soins, Commission EPP	Copilotes Copilotes Copilotes Copilotes Animateurs dans le pôle Participants Conseil et orientation stratégiques

Diagnostic de la situation existante

Sur les deux établissements, il existe une commission EPP réunissant des médecins et des paramédicaux qui recense de manière exhaustive les actions d'EPP (nombre et thématique) qui ont été menées dans les différents pôles : le « chemin clinique » fait partie des actions d'EPP. Lorsque l'on évoque « chemins cliniques » avec les professionnels de santé les réponses divergent : soit le sujet est inconnu, soit les réponses sont évasives, il y a confusion entre le parcours de soins et les chemins cliniques. L'implication des pôles quant à l'élaboration de chemins cliniques semble insuffisante dans certains secteurs et est à développer. Des chemins cliniques sont formalisés à Gonesse : Accueil en pédiatrie, prévention escarres, Prise en charge de la prévention des rétractions musculaires chez le patient hémiparétique post AVC. Des chemins cliniques sont en cours d'élaboration au PTO circuit ultra court et circuit court en UCA.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Sensibiliser et former les professionnels sur les 2 établissements à l'utilisation des chemins cliniques, en lien avec le service qualité.
Objectif n°2	Formaliser sur les 2 établissements un chemin clinique avec des volontaires d'un service au sein d'un pôle du GHT.
Objectif n°3	Développer sur chaque pôle des 2 établissements des chemins cliniques et les partager

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	Recherche des références documentaires et réglementaires. Evaluation des connaissances des professionnels. Information et formation des professionnels à la réalisation et à l'utilisation des chemins cliniques.
Etape n°2	Recensement des pathologies récurrentes dans chaque pôle du GHT. Sollicitation du corps médical pour sa participation à la réalisation du chemin clinique. Réalisation et formalisation d'un document avec le chemin clinique dans le service du pôle retenu. Validation par les instances du GHT. Test et évaluation du document dans le service retenu. Accompagnement des équipes médicales et paramédicales dans l'appropriation de l'outil.
Etape n°3	Elaboration d'un chemin clinique dans chaque pôle du GHT.

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Dégager du temps aux agents,
- Trouver les volontaires : Intérêt et motivation du personnel,
- Tout travail sur les EPP doit être fait en lien avec le service qualité,
- Difficulté à réunir les agents des deux établissements,
- La formation,
- Le choix des pathologies pour les chemins cliniques.

Moyens humains

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

Moyens matériels et financiers

Budget formation
Reprographie
L'informatique

Eléments d'évaluation

Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)

1 chemin clinique dans chaque établissement

Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)

1 chemin clinique par pôle

Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation

	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	ETAPE 1 Evaluation et formation			X	X	X	X	X	X											
ETAPE 2 Réalisation chemin clinique									X	X	X	X	X	X	X	X				
ETAPE 3 Généralisation du chemin clinique																	X	X	X	X

T1 = Trimestre 1

Références bibliographiques et réglementaires

Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis La Plaine.

En ligne :

- Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles en établissement de santé

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456117/evaluation-et-amelioration-des-pratiques-professionnelles-en-etablissement-de-sante

- Haute autorité de santé. Annexe, l'évaluation des pratiques professionnelles. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. 2013. [Page consultée le 12/11/2014].

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_annexe_epp.pdf

- CD-Rom EPP en médecine ambulatoire, 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736246/cd-rom-epp-en-medecine-ambulatoire-2008)

- Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/eval_interventions_ameliorer_pratiques_guide.pdf

Revue soins n°772 janvier /février 2013 : plan de soins type et chemin clinique

Fiche action n°8.4

Former et développer des actions de recherche paramédicale.

Responsable du projet

Nom : Hélène PAVAU, Monique LEVILAIN, Patrick LOPEZ

Fonction : Cadre supérieur de pôle

Acteurs concernés

Pascale BLADT, Paola CLEMENTE Sandrine JANKOWSKI. Nelly RUBBENS
 Directions des soins
 Encadrement
 Service communication et Commissions EPP

Rôle et mission

Copilotes
 Conseil et orientations stratégiques
 Selon les étapes du projet
 Conseil et orientations stratégiques

Diagnostic de la situation existante

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

Lors du projet de soins du CH Saint-Denis un groupe projet sur la recherche paramédicale a été formé et avait pour but de s'initier, d'appréhender les différents types d'étude, d'entreprendre une recherche en soins, d'accompagner les paramédicaux volontaires aux diverses démarches et d'identifier et conduire une première thématique. Cette idée est à reprendre pour le CH de Gonesse qui ne possède pas de groupe recherche et qui n'a pas eu de formation sur ce thème, afin de lancer une dynamique sur le GHT et tenter de générer des réflexions. L'accompagnement et la motivation des paramédicaux est une lourde tâche à entreprendre et nécessite une communication élargie pour mobiliser les équipes. Il n'existe pas de travaux existants, tout reste à faire. La méthode de recherche n'est pas suffisamment connue.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Susciter le questionnement des équipes afin de placer la recherche par rapport à la discipline et la profession. Assurer une formation commune au sein du GHT concernant la recherche afin que les acteurs aient le même apport théorique
Objectif n°2	Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux
Objectif n°3	Développer un esprit de questionnement et avoir les outils et les moyens pour faire des recherches afin d'améliorer les compétences des soignants.
Objectif n°4	Développer la recherche et les EPP (Voir Fiche 1) Trouver un thème commun de recherche au sein du GHT

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1	La formation des équipes à la recherche est à développer et une aide méthodologique à la publication des travaux doit être structurée. Dans ce cadre, un travail de collaboration est à initier Mieux identifier le groupe recherche et formaliser un document interne de proposition de recherche largement diffusé. Mutualisation de la formation à la recherche.
Etape n°2	Former des professionnels à répondre à des appels à projets et à élaborer des projets de recherche. Faire connaître et intégrer la démarche scientifique
Etape n°3	Diffuser largement les travaux des équipes qui conduisent des recherches paramédicales
Etape n°4	Organiser une journée sur la recherche infirmière et paramédicale institutionnelle par an pour partager les expériences des équipes
Etape n°5	Mettre en place des groupes de travail et de réflexion inter site sur les thématiques de recherche.

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
Plusieurs sites Trouver des thèmes de recherche. Temps délégué pour la recherche et non une recherche faite entre deux portes (détacher du temps) Manque d'intérêt des soignants vis-à-vis des démarches d'EPP et de la recherche																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Des formateurs sur la méthode de recherche et la réalisation d'EPP. Réunir des soignants de différentes professions										Salle de réunion, ordinateur, temps, accès aux différentes banques de données										
Eléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Un ou plusieurs sujets de recherche proposés et retenus										Au moins un dossier complet est proposé										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Etape n°1 communication					x			x				x				x				x
Etape n°2 formation volontaires							x			x				x				x		
Etape n°3 diffuser les travaux													x				x			
Etape n°4 journée recherche								x				x				x				x
Etape n°5 Mise en place de groupes de réflexions						x	x	x												
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<p>La recherche paramédicale, reconnue depuis la loi hospitalière de 1991 INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2014/33 du 28 JANVIER 2014 relative au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014 Revue Hospitalière de France, (revue de la FHF, www.revue-hospitaliere.fr), Recherche infirmière et paramédicale, n°546, Mai-juin 2012, p.10-39. Revue Le Manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, Dossier; La recherche clinique et paramédicale, n°212, septembre 2012, p.9- 34</p> <p>Lecture critique et communication médicale scientifique : <u>Comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologie.</u> Louis Rachid Salmi</p> <p>Broché: 488 pages - Éditeur : Elsevier Masson; Édition: 3e édition revue et augmentée (4 avril 2012); ISBN-10: 2810101825 - ISBN-13: 978-2810101825</p>																				

AXE 5 : Contribuer à l'enseignement et à la formation

Thème 9 : *Promouvoir le lien avec les Instituts de formation*

Le PSP doit permettre le renforcement de la collaboration entre les différents centres de formation et les partenaires du GHT. La politique d'encadrement des stagiaires doit faire l'objet d'une harmonisation, considérant que l'excellence de la formation pratique est un gage de la qualité future des soins.

L'encadrement des étudiants en soins paramédicaux fait partie de nos décrets de compétences, et la formation de futurs professionnels est régit par les textes législatifs qui encadrent strictement les modalités de tutorat et d'accueil des étudiants.

La mobilité des jeunes professionnels est aujourd'hui indéniable et leur fidélisation est un enjeu important pour nos établissements de santé.

Dans un contexte d'efficience de plus en plus prégnant, la déclinaison des missions de soins et les compétences qu'elles requièrent, demandent une adaptabilité et un transfert de connaissances théoriques vers des mises en application pratiques. Les stages dans nos établissements sont donc essentiels pour permettre aux étudiants d'aborder leur professionnalisation avec des éléments théoriques et techniques nécessaires à la qualité des soins prodigués. A ce titre, l'implication des équipes soignantes (médicales et paramédicales) est un facteur de réussite.

La constitution d'un groupe en charge du tutorat au sein de chaque pôle ou d'unité de soins est un passage incontournable pour réaliser un encadrement de qualité.

C'est pourquoi au sein du GHT « Plaine de France » les échanges sur nos pratiques en termes d'encadrement des étudiants vont faciliter la construction d'une synergie et le renforcement des liens avec les instituts de formation.

Cette première étape débouchera sur des actions ultérieures notamment en terme d'harmonisation des projets pédagogiques, des chartes d'encadrement voire même de terrains de stage. Cette dernière mesure offrirait alors aux étudiants une approche plurielle et filiarisée de l'offre de soins et du parcours de santé du patient sur le territoire.

Fiche action n° 9.1 : Identifier la fonction tutorale et valoriser les professionnels.

Fiche action n° 9.2 : Améliorer l'accueil des étudiants et définir des parcours de stage.

Fiche action n° 9.3 : Développer les liens avec les instituts de formation

Fiche action n°9.1.

Identifier la fonction tutorale et valoriser les professionnels

Responsable du projet

Nom : Cécile Lancien- Pascale Faisant	Fonction : Pilote, Cadres supérieurs de santé
Acteurs concernés	Rôle et mission
Me Faisant, Me Brixhe, Me Lancien, Me Licette, Me Vansteenkiste, Me Beaumont, Me Jankowski, Me Dupuy, Me Frey, Me Pessé, Me Noiret, Me Marais, Me Brou-Kablan, Me Quesnot, Me Leroux, Mr Arduin et Me Brun	Répartition des actions, suivi et évaluation

Diagnostic de la situation existante

CHSD : Les livrets d'accueil élaborés dans tous les services en 2009 conjointement avec l'IFSI identifiaient tuteurs et maitres de stage et les ressources du service (possibilité pour certains de proposer des parcours professionnalisant (suivre le parcours du patient). Aujourd'hui obsolètes, ces livrets sont en cours de réajustement/mise à jour.
 Formation tutorale proposée par l'IFSI pendant 3 ans (sur une journée), en stand-by actuellement

CHG : Les tuteurs, maitres de stage sont identifiés dans certains services. La réorganisation et les structures soignantes de certains services ont été modifiés suite au déménagement rendant caduc les livrets de stage.
 La formation tutorale est présente. Cependant elle est de 4,5 jours donc chronophage pour les unités.
 Certains services ne sont pas présents dans le recensement des lieux de stage de l'IFSI, alors que l'accueil des étudiants serait possible.

Objectifs et résultats attendus :

Objectif n°1	Organiser avec les instituts de formation le suivi des réformes et des supports en rapports
Objectif n°2	Définir la fonction tutorale au sein des unités de soins
Objectif n°3	Former les agents au tutorat
Objectif n°4	Planifier les parcours de stage avec les tuteurs et les instituts de formations

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1.1	Posséder dans les unités de soins le portfolio ou les documents inhérents à chaque formation
Etape n°2.1	Déterminer et formaliser le rôle des tuteurs, maitres de stage et référents au sein de chaque unité de soins
Etape n°2.2	Enumérer les compétences et les qualités professionnelles attendues pour être tuteur
Etape n°2.3	Identifier les tuteurs et les communiquer à la DSS et au groupe encadrement de stagiaires
Etape n°3.1	Recenser l'existence des formations au tutorat auprès des instituts et de la formation continue
Etape n°3.2	Mettre en œuvre les formations au tutorat dans une politique polaire défini
Etape n°4.1	Avoir le parcours de stage et de formation de l'étudiant avant son arrivée dans l'unité de soins ainsi que son projet professionnel dans la mesure du possible

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Absence de tuteurs volontaires et disponibles
- Vacation, turn over
- formations au tutorat inexistantes ou non financées, agent partant en formation non remplacé (TPER 2 jours/an)
- Groupe encadrement des stagiaires inexistant sur le CHSD.
- Absence de reconnaissance de temps imparti au tutorat

Fiche action n°9.2

Améliorer l'accueil des étudiants et définir des parcours de stage

Responsable du projet

Nom : Cecile Lancien- Pascale Faisant	Fonction : pilote Cadre supérieur de santé
---------------------------------------	--------------------------------------------

Acteurs concernés

Me Faisant, Me Brixhe, Me Lancien, Me Licette, Me Vansteenkiste, Me Beaumont, Me Jankowski, Me Dupuy, Me Frey, Me Pessé, Me Noiret, Me Marais, Me Brou-Kablan, Me Quesnot, Me Leroux, Mr Arduin et Me Brun

Rôle et mission

Répartition des actions, suivi et évaluation

Diagnostic de la situation existante

CHG : Dans l'organigramme de l'IFSI, il y a un référent de tous les stages paramédicaux Me Frey. Elle est responsable de l'organisation et de la planification des stages. Un planning annuel des présences (et absences) des étudiants est envoyé à tous les maitres de stage. Ce calendrier annuel est réajusté au cours d'année si nécessaire. Pour compléter ce dispositif, au sein de l'IFSI, chaque formateur est le référent d'unité de soins. Il accompagne ces unités dans l'encadrement des étudiants (par exemple, lors des analyses de situation clinique).

CHSD : Sur l'IFSI, tous les stages paramédicaux sont coordonnés par une référente : Me Dupuy qui organise et planifie les stages des étudiants (interne et externe). Les services d'accueil bénéficient de toutes les informations nécessaires (calendrier annuel, absences programmées, guide évaluation...). Certaines unités de soins ont formalisé une procédure sur l'accueil des étudiants mais cela n'est pas homogène sur l'ensemble de l'établissement. Les livrets d'accueil sont en cours de mise à jour et vont être mis sur la GED. Les parcours de stage individualisés sont à créer sur la majorité des pôles et doivent être formalisés.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Anticiper et harmoniser l'accueil des étudiants	
Objectif n°2	Construire les parcours de stage dans les pôles	
Objectif n°3	Amener les étudiants dans une démarche de professionnalisation	

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1.1	Définir les possibilités d'accueil des étudiants par catégorie professionnelle/ par service/ par pôle
Etape n°1.2	Elaborer un contrat de fonctionnement entre les unités de soins et les instituts de formation sur les modalités d'accueil, les pré-requis des unités de soins (en compétences par exemple), engagement d'avoir mis à disposition le livret d'accueil.....
Etape 1.3	Remettre à jour les livrets de stage des étudiants (ou livret pédagogique, ou livret d'encadrement)
Etape 1.4	Mettre à disposition un dossier documentaire à destination des étudiants par pôle (règles de fonctionnement et de vie, chartes, chemin informatique, liste des procédures à consulter...) en 2 volets : institutionnel/ service de soins
Etape n°2.1	Organiser et formaliser les parcours de stage individualisé avec le tuteur au sein du service/ du pôle en objectifs et compétences à acquérir, donc avoir connaissance de la part des instituts de formation des absences en stage des étudiants.
Etape n°2.2	Planifier et intégrer régulièrement dans les agendas les points et les temps des évaluations des étudiants, donc avoir eu connaissance des mises en situation professionnelle, des temps d'analyse de pratiques
Etape n°2.3	Instituer des bilans entre tuteur et maitre de stage
Etape n°3.1	Faire participer les étudiants en fonction de leur maturité aux divers groupes de travail, aux réflexions institutionnelles et des unités de soins (audit, élaboration de document, topos, staffs...), au débat éthique
Etape n°3.2	Impliquer les étudiants dans la recherche, dans la gestion documentaire, dans les soins indirects....

Identification des freins et des vigilances éventuels																				
<ul style="list-style-type: none"> - Amener les pôles à une réflexion sur le parcours de stage; - Mettre à jour régulièrement les livrets d'accueil des étudiants ; - Permettre aux étudiants d'accéder à la gestion documentaire. 																				
Moyens humains										Moyens matériels et financiers										
Professionnels de santé										A cout constant										
Éléments d'évaluation																				
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)										
Fin 2018 : 30% des services ont formalisé leur accueil. 2019 : les parcours de stage sont construits et rédigés. 3è trimestre 2017 : les étudiants sont impliqués dans les réflexions de service et institutionnels										L'accueil des étudiants est formalisé sur les 2 établissements. Les 2 établissements ont établis leurs parcours de stage respectifs. Les étudiants sont impliqués dans les soins indirects.										
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																				
	2017				2018				2019				2020				2021			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1 Harmonisation accueil											X									
ETAPE 2 Parcours de stage														X						
ETAPE 3 Démarche de professionnalisation						X														
<i>T1 = Trimestre 1</i>																				
Références bibliographiques et réglementaires																				
<ul style="list-style-type: none"> • GUIDE pour les professionnels des terrains de stage accueillant des étudiants en soins infirmiers Programme 2009 – DRASS Bourgogne • Instruction DGOS/RH1 no 2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière 																				

Fiche action n°9.3.

Développer les liens avec les instituts de formation

Responsable du projet

Nom : Cecile Lancien- Pascale Faisant	Fonction : pilote Cadre supérieur de santé
Acteurs concernés	Rôle et mission
Me Faisant, Me Brixhe, Me Lancien, Me Licette, Me Vansteenkiste, Me Beaumont, Me Jankowski, Me Dupuy, Me Frey, Me Pessé, Me Noiret, Me Marais, Me Brou-Kablan, Me Quesnot, Me Leroux, Mr Arduin et Me Brun	Répartition des actions, suivi et évaluation

Diagnostic de la situation existante

CHSD : Il n'existe pas de groupe institutionnel « encadrement des stagiaires ». Pour autant les livrets d'accueil ont été élaborés conjointement et la communication IFSI/services de soins est effective.

Participations de professionnels de santé des services de soins à des TD, à la journée portes ouvertes, à des travaux de fin d'études, de soutenances et aux concours d'entrée en institut de formation. Présentation des services par rapport aux postes à pourvoir en fin de formation (direction des soins/cadres). Participation de l'IFSI aux groupes de travail du CHSD, présence d'un référent douleur par ex, participation des étudiants lors des manifestations institutionnelles.

CHG : Participation de certains cadres à des travaux de fin d'étude, de soutenances, et aux concours d'entrée, liens directs pour certains cadres avec les instituts de formation (cours, évolution de la législation). Journée IFSI avec présentation des unités de soins en fin de formation (Juin).

Le groupe encadrement des stagiaires est présent à Gonesse mais uniquement pour les IDE et AS.

Objectifs et résultats attendus

Objectif n°1	Participer aux concours d'entrée, aux soutenances et travaux de fin d'études
Objectif n°2	Impliquer les cadres dans le groupe institutionnel « Encadrement des stagiaires »
Objectif n°3	Evaluer l'encadrement des stagiaires en collaboration avec les instituts de formation

Description de l'action (exprimée en étapes)

Etape n°1.1	Participer aux différentes manifestations des instituts de formation, forum des étudiants, journées thématiques
Etape n°1.2	Réaliser des cours et des interventions dans les instituts de formation, partager les expériences et expertises
Etape n°2.1	Créer le groupe ou redéfinir les missions du groupe « encadrement des stagiaires »
Etape n°2.2	Diffuser les CR du groupe encadrement des stagiaires aux cadres par l'intermédiaire du représentant dans ce groupe de travail / ou par la DSS
Etape n°3.1	Analyser les questionnaires de satisfaction des étudiants (les rendre obligatoires)
Etape n°3.2	Exprimer et transmettre au groupe encadrement des stagiaires les difficultés rencontrées par les unités des soins face à l'encadrement des étudiants

Identification des freins et des vigilances éventuels

- Manque de disponibilité des personnes intervenant dans les instituts de formation
- Absence groupe encadrement des stagiaires sur le CHSD
- Absence de volontaires pour dispenser des cours en instituts de formation
- Manque de disponibilité ou de distance géographique des professionnels des instituts de formation pour intervenir dans les secteurs de soins.

Moyens humains					Moyens matériels et financiers																
Professionnels de santé					Logiciel d'enquête et de dépouillement																
Eléments d'évaluation																					
Indicateurs de la réalisation intermédiaire (50%)										Indicateurs de mesure de la réalisation (100%)											
Mi 2019 : Les questionnaires de satisfaction sont diffusés aux étudiants ;										75 % des cadres participent aux différentes manifestations des instituts de formation Groupe encadrement des stagiaires créé sur le CHSD en 2021 Les questionnaires de satisfaction sont remis											
Calendrier de la mise en œuvre / délai de réalisation																					
		2017				2018				2019				2020				2021			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ETAPE 1			X				X				X				X				X		
Manifestations			X				X				X				X				X		
ETAPE 2																			X		
Encadrement des stagiaires																			X		
ETAPE 3																					X
Evaluation de l'encadrement																					X
<i>T1 = Trimestre 1</i>																					
Références bibliographiques et réglementaires																					
<ul style="list-style-type: none"> • Mission et fonctions des surveillants ; Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 • Instruction DGOS/RH1 no 2014-369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière 																					

Annexe 1

Membres des Groupes de travail du PSP

Groupe 1 : Améliorer le parcours du patient

Pilotes : Olivier CRAS, Maryse HEGO

Membres :

Mme AUBRY Hélène, cadre de santé

Mme HAGEN Sylvie, cadre de santé

Mme CADERON Isabelle : Cadre coordonnateur de la direction des activités et des recettes

Mme BARSAN Nicoletta, Infirmière

Mme TADOUNT Virginie, responsable du service social

Mme BARBEREAU Caroline, responsable du service social

Mme BROU-KABLAN Colette, cadre de santé

Mme BIBI Linda, cadre de santé

Mme BLADT Pascale, cadre de santé

Mme JANKOWSKI Sandrine : Cadre de santé

Mr LOPEZ Patrick, cadre supérieur de santé

Mme PALAVRA Ricardina, cadre de santé

Mr BAUCHERON Pierre, Infirmier

Mme CLEMENTE Paola, cadre de santé

Groupe 2 : Promouvoir les valeurs soignantes et la bientraitance

Pilotes : Valérie BILOUS, Corinne THEPOT, Françoise BOYADJIAN, Roger SULTY

Membres :

Mme SAINT JEAN Martine, Cadre de Santé

Mme ASTRE Michelle, Cadre de Santé

Mme LE SIGNOR IBRIR Valérie, Cadre de Santé

Mme NEVEU Christine, Cadre de Santé

Mme FROMAGE Corinne, Adjoint des cadres hospitaliers

Mme LESOUEF Patricia Cadre supérieur de santé

Mme EL TAWIL Amina , FF Cadre de santé

Mme LIMOUSIN Annick, Cadre du pôle de pédopsychiatrie

Mme NICOLET Helene, Cadre de santé

Mme DELFORGE Laetitia, Infirmière

Mme DEMARTY Christine, Cadre de santé

Mme PRECHEUR, Infirmière

Mme MUSTIERE Sylvie, Aide-Soignante

Mme COSSOU Cathia, Infirmière

Mme LABSSIR Karima, Psychologue du Travail

Mme MERRAN Séverine, Préventeur ergonomiste

Mme VESO Cathy, Animatrice en gériatrie

Mme ILLANES Valérie, Coiffeuse en gériatrie CHSD

Mme MANIS Emma, psychologue

Groupe 3 : Poursuivre l'évolution du dossier de soins

Pilotes : Pascale BLADT, Patricia LESOUEF

Membres :

Mme ANCEL Murielle, Cadre de Santé

Mr BOUCHER Denis, Responsable Qualité

Mr CRAS Olivier, Cadre supérieur de santé

Mme FOREST Muriel, Cadre de Santé

Mr LEBLANC Franck, Cadre de Santé

Mme MONNERIE Béatrice, Cadre de Santé

Mme TANRIVERDI Lise, Cadre de Santé

Mme VIRLOUVET Michelle, Cadre supérieur de santé

Groupe 4 : Optimiser la prise en charge de la douleur

Pilotes : Michelle VIRLOUVET, Marie-Odile COLIN

Membres :

Mme DREAN Sandrine, Cadre de Santé

Mme PIOT GUILLIOT Virginie, Cadre de Santé

Mme DOS SANTOS Laetitia, Infirmière

Mme GOMES Déolinda, IDE clinicienne

Mme PERUGIEN Edwige, Puéricultrice

Mme TARDIVEL Madée, Aide-Soignante

Mme LEMOINE Véronique, Infirmière clinicienne

Mme BECHAR, Aide-Soignante

Mme LAPLANCHE Véronique, Infirmière

Mme CIUNTI Jade, Infirmière

Mme LECANTE Elodie, Infirmière

Mme BRUNET Muriel, Infirmière

Mr POCHAL Patrick, FF Cadre de Santé

Mme BENAZOUZ Leila, Cadre Sage-femme

Mme DIALLO Mariam, Cadre de Santé

Mme LERAY Claire, Infirmière

Groupe 5 : Prévenir les risques et promouvoir une culture de la qualité

Pilotes : Monique LEVILLAIN, Karine MOTARD

Membres :

- Mme ARAUJO Sarah, IADE

Mme LICETTE Catherine, Cadre de Santé IADE

- Mme BARBOSA Sarah, IBODE

Mr ROPARS Christian, Cadre de Santé

- Mme BIVILLE Régine, IBODE

Mr TIAGO Mendès, FF cadre de santé,

- Mme DIALLO Mariame, Cadre de Santé

Groupe 6 : renforcer les compétences managériales

Pilotes : Nicolas BOYER, Idalina Da Silva

Membres :

Mme NICOL Sylvie, Direction des Soins

Mme MABIALA Martine, Cadre Sage-Femme

Mr BEAUMONT Marie-Pierre, Cadre de Santé

Mme AGBO Marie, Cadre de Santé

Mme GODIN Sophie, Cadre Sage-Femme

Mme ASTRE Michèle, Cadre de Santé

Mme FOURNIER Marianne, Direction des Soins

Groupe 7 : Assurer la permanence de l'encadrement et continuité des soins

Pilotes : Marianne FOURNIER, Stéphanie DUPONT, Valérie CEPHISE

Membres :

Mme BENHOUS Linda, Cadre de santé

Mme PIERRET Anne-Marie, Cadre de Santé

Mme BRIXHE Christelle, Cadre de Santé

Mme RENAUD Sophie, Cadre de Santé

Mme HENRIQUES Roselyne, Cadre de Santé

Mme TANRIVERDI Lise, Cadre de Santé

Mme JANKOWSKI Sandrine, Cadre de santé

Mme TOSTIVINT Mylène, Cadre de Santé

Mme LANCIEN Cécile, Cadre supérieur de santé

Mme VANSTEENKISTE Nathalie, Cadre de Santé

Groupe 8 : Développer les EPP -favoriser la recherche

Pilotes : Patrick LOPEZ, Monique LEVILLAIN, Helene PAVAUX

Membres :

Mme BOURSEAU Céline, Responsable Qualité

Mme CLEMENTE Paola, Cadre de Santé

Mme RUBBENS Nelly, Cadre supérieur de santé

Mme JANKOWSKI Sandrine J, Cadre de Santé

M. CRAS Olivier, Cadre supérieur de santé

Mme VELIN Lucie, FF de Cadre de Santé

Mme BLADT Pascale, Cadre de Santé

Mme PAUCHARD Sophie, Cadre de Santé

Groupe 9 : Promouvoir le lien avec les instituts de formation

Pilotes : Cécile LANCIEN, Pascale FAISANT

Membres :

Mme BRIXHE christelle, Cadre de Santé

Mme PESSE Laure, Infirmière

Mme LICETTE Catherine, Cadre de Santé IADE

Mme MARAIS sylvie, Cadre de Santé

Mme VANSTEEKISTE Nathalie, Cadre de santé

Mme BROU-KABLAN Colette, FF Cadre de santé

Mme BEAUMONT Marie-Pierre, Cadre de Santé

Mme LEROUX Nathalie, Cadre de Santé

Mme JANKOWSKI Sandrine, Cadre de santé

Mr ARDHUIN Charly, IADE

Mme DUPUY Michèle, Cadre supérieur de Santé

Mme BRUN Pascale, Cadre de Santé

Mme FREY Florence, Cadre de Santé



Centre Hospitalier de Saint-Denis

2, rue du Docteur Delafontaine

93200 Saint-Denis

www.ch-stdenis.fr

Tél. : 01 42 35 61 40 (standard)

Twitter : @GhtPlaine

Centre Hospitalier de Gonesse

2, boulevard du 19 mars 1962

95500 Gonesse

www.hopital-de-gonesse.fr

Tél. : 01 34 53 21 21 (standard)

Twitter : @GhtPlaine

Groupement Hospitalier de Territoire

