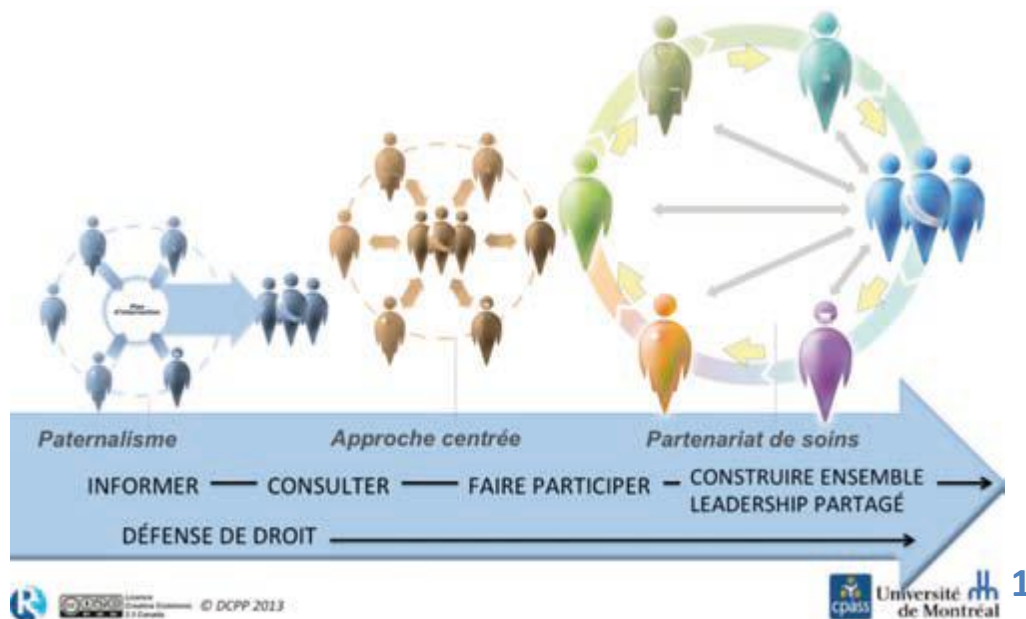


Projet de Soins Infirmiers, de rééducation et médicotechnique (PSIRMT)

2019 – 2023

Vers un modèle de partenariat de soins



¹ Marie-Pascale Pomey *et al.*, « Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1), p. 41-50.

Composition du Comité de Pilotage du Projet de Soins 2019 – 2023 :

- ↪ CHAMPION Christine, Coordinatrice Générale des Soins et des Instituts de Formation
- ↪ Dr CAUSERET Hervé, Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- ↪ CHEVET DOUCET Sylvie, Directrice de l'IFSI / IFAS de Saumur
- ↪ AMBLARD Marie-José, Cadre Supérieur de Santé à la Direction des Soins
- ↪ FAUQUE Laurent, Cadre Supérieur du Pôle Psychiatrie et du Pôle Gériatrie versant Sanitaire
- ↪ MOULY Christel, F.F. Cadre Supérieur du Pôle Médecine et Urgences
- ↪ MUREAU Sophie, F.F. Cadre Supérieur du Pôle Femme, Enfant, Spécialités Chirurgicales et Médico-Techniques
- ↪ PRISSET Sylvie, Cadre Supérieur du Pôle Gériatrie versant Médico-Social
- ↪ ADAM Stéphanie, Cadre de Santé, Hôpitaux de Jour du Secteur 10
- ↪ LABOURDARIE Agnès, Cadre de Santé, Pédopsychiatrie
- ↪ LECERF Peggy, Cadre de Santé, EHPAD Antoine Cristal
- ↪ LESURE Christine, Cadre de Santé, Filière Cardiologique
- ↪ WALLETON Fanny, Cadre de Santé, Soins de Suite et de Réadaptation
- ↪ RENAUD Michel, Représentant des Usagers
- ↪ MERIENNE Virginie, Présidente de l'Association des Infirmiers Libéraux du Saumurois

Axe 1 « Accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins »

Pilote : Sophie MUREAU, Cadre Supérieur de Pôle

Membres du Groupe de travail :

- ↪ LABOURDARIE Agnès, Cadre de santé
- ↪ BARIL Valérie, Cadre de santé
- ↪ BOULET Charlotte, Cadre de santé
- ↪ WALLETON Fanny, Cadre de santé
- ↪ REVAULT Annie, IDE
- ↪ BRANCHU Stéphanie, IDE Coordonnateur
- ↪ MERIENNE Virginie, Présidente association des IDE libéraux du Saumurois
- ↪ RENAUD Michel, Représentant des usagers

Axe 2 « Amélioration continue de la Qualité »

Pilote : Sylvie PRISSET, Cadre Supérieur de Pôle

Membres du Groupe de travail :

- ↪ ROUSSEAU Nathalie, Qualiticienne
- ↪ NICOLLEAU Sophie, Cadre de Santé
- ↪ CUSTODIO Paula, IDE Coordonnatrice
- ↪ GAIGNON Vincent, IDE
- ↪ BARIL Valérie, Cadre de Santé
- ↪ ADAM Stéphanie, Cadre de Santé
- ↪ RENAUD Michel, Représentant des usagers
- ↪ BAURY Virginie, Aide Soignante
- ↪ AMBLARD marie José, Cadre Supérieur de Santé
- ↪ SAPIENS Véronique, IADE Infirmière Ressource Douleur
- ↪ ROGEZ Sandrine, IADE
- ↪ Dr PERRON Stéphanie – Praticien Hospitalier en Hygiène Hospitalière
- ↪ CHAPU Murielle, Infirmière Hygiéniste
- ↪ TYTGAT Sylvie, Infirmière Hygiéniste
- ↪ NOIRAULT Adeline, Diététicienne
- ↪ GOURDON Valérie, Aide soignante en SSR
- ↪ ROUCHER Nadège, Infirmière Equipe Mobile Gériatrie
- ↪ DOUET Christophe, Cadre de Santé

Axe 3 « Recherche et Innovation »

Pilote : Christel MOULY, F.F. Cadre Supérieur de Pôle

Membres du Groupe de travail :

- ↪ Dr BAUDOUX, Médecin Gériatre
- ↪ RENAUD Michel, Représentant des usagers
- ↪ FORICHON Gisèle, Représentant des usagers
- ↪ PETIBON Laure, Cadre de santé IFSI
- ↪ FAUQUE Nathalie, Cadre de santé IFSI
- ↪ BARIL Valérie, Cadre de santé Bloc Opératoire UCA
- ↪ BRECHAULT Nathalie, IDE référente de nuit
- ↪ BIGNON Julien, IDE La Loire
- ↪ CHEVALLIER Mathilde, IADE
- ↪ AUGER Séverine, IDE Urgences

Axe 4 « Parcours professionnels et compétences »

Pilote : Laurent FAUQUE, Cadre Supérieur de Pôle

Membres du Groupe de travail :

- ↳ RENAUD Michel, Représentant des usagers
- ↳ COTEREAU Martine, Responsable du service formation
- ↳ BOULET Charlotte, Cadre de Santé
- ↳ LEFEBVRE Laurence, Aide soignante
- ↳ SICAULT Patricia, Diététicienne
- ↳ MERIENNE Virginie, Présidente de l'Association des IDE libéraux du Saumurois
- ↳ DUARTE Catherine, IDE Puéricultrice
- ↳ JAOUEN Kévin, Manipulateur d'Electro Radiologie Médicale - PCR
- ↳ BOURDEAU Monia, Préparatrice en Pharmacie Hospitalière
- ↳ VAILLANT Romain, IDE
- ↳ NOUVEAU Véronique, IDE Référente de Nuit

J'adresse tous mes remerciements à l'ensemble des professionnels qui se sont impliqués dans la rédaction de ce projet de soins qui constituera pour les 4 ans à venir le socle de nos actions.

Christine CHAMPION

Directrice des Soins,
Coordinatrice Générale des Soins
et des Instituts de Formation

PROJET DE SOINS 2019 2023 CH DE SAUMUR

Sommaire

1.	CADRE JURIDIQUE	6
2.	CONTEXTE INTERNE.....	6
2.1	BILAN DU PROJET DE SOINS 2014-2018.....	6
2.2	LE CONCEPT DE MONTREAL	7
3.	MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET DE SOINS	9
3.1	LES PHASES DU PROJET	9
3.2	LA CONSTITUTION DU COPIL ET SES TRAVAUX	9
3.3	LA CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL.....	10
3.4	LA MAQUETTE DES FICHES ACTIONS.....	11
4.	LES AXES ET LES FICHES ACTIONS DU PROJET DE SOINS 2019 2022	11
1.	LES AXES DU PROJET DE SOINS	11
2.	LES FICHES ACTIONS PAR THÈME	14
5.	METHODOLOGIE DU SUIVI DU PROJET DE SOINS	67
6.	CONCLUSION	67

1. CADRE JURIDIQUE

Le projet de soins est un document réglementaire qui fait partie intégrante du projet d'établissement. (Article L 6143-2 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2010 du 23 février 2010)

Le directeur des soins « 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 ». (Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 alinéa 3)

Le décret relatif à la CME dans les établissements publics de santé précise que celle-ci est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Enfin le projet de soins s'inspire des textes concernant :

- la loi du 21 juillet 2009 HPST en lien avec le renforcement de la gouvernance de l'hôpital.
- la Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée conduisant à garantir l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et de la gestion des risques en établissement de santé.
- La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

2. CONTEXTE INTERNE

2.1 BILAN DU PROJET DE SOINS 2014-2018

Le projet de soins 2014 2018 avait pour thématique centrale la **douleur**, avec 24 actions prévues sur 4 ans. La conduite de cet axe s'est faite sous l'impulsion de l'Infirmière référente douleur aidée des référents paramédicaux des services de soins et du CLUD de l'établissement. Les objectifs dont été en grande majorité atteints. Certains sont en cours de finalisation.

L'axe **nutrition** n'a pu se développer autant que souhaité. La structuration du CLAN a été sans doute un facteur limitant l'atteinte des objectifs fixés.

Le volet **éducation thérapeutique** du patient a pris son essor en 2017 2018 avec la création d'un groupe de travail médico-soignant. Des formations de 40 heures ont permis aux paramédicaux d'acquérir les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un programme d'ETP. Deux cadres de santé ont bénéficié d'une formation à la coordination de programme.

L'accueil et la sortie du patient ainsi que les **parcours de soins** ont fait l'objet d'une analyse lors de la visite de certification de mars 2017. Celle-ci a conduit l'établissement en 2018 à mettre en place un groupe de travail pluri- professionnel afin d'en élaborer les processus. D'autre part, des livrets d'accueils spécifiques ont vu le jour pour l'EHPAD, l'UCA, l'UMA et la pédiatrie.

Dans le cadre de **l'amélioration de la fluidité du parcours patient** des modalités de gestion des épisodes de tension hospitalière ont été déterminées et transcrites dans la gestion documentaire de l'établissement avec une dernière version en 2018.

Autour des **droits des patients**, les procédures de «conduite à tenir en cas de disparition inquiétante de patient ou résident », de « signalement de maltraitance » et celles en lien avec la contention, ont été rédigées ou actualisées en perspective de la visite de certification de mars 2017.

La thématique de la **gestion des risques** a mis l'accent sur l'identito-vigilance et la déclaration des Evènements Indésirables (EI). Aujourd'hui, si le signalement des EI est en progression, il reste néanmoins hétérogène sur les différents pôles

L'informatisation du **dossier patient** s'est déployée en 2018 : Un coordonnateur cadre supérieur a été nommé et deux groupes de cadres de santé ont été sollicités par la direction des soins pour soutenir l'élaboration de la partie paramédicale du DSI. Ces contributeurs ont assisté le service informatique dans le paramétrage de la planification des soins et des transmissions ciblées.

En synthèse le projet de soins a permis une grande avancée dans la prise en charge de la douleur des patients du Centre Hospitalier de Saumur. Une majorité des actions pour les autres thématiques ont abouti en 2017 2018. Ce bilan nous incite à une modification de la méthodologie d'élaboration du futur projet de soins dans l'intention d'un meilleur équilibre des objectifs et d'un meilleur suivi des mises en œuvre.

2.2 LE CONCEPT DE MONTREAL

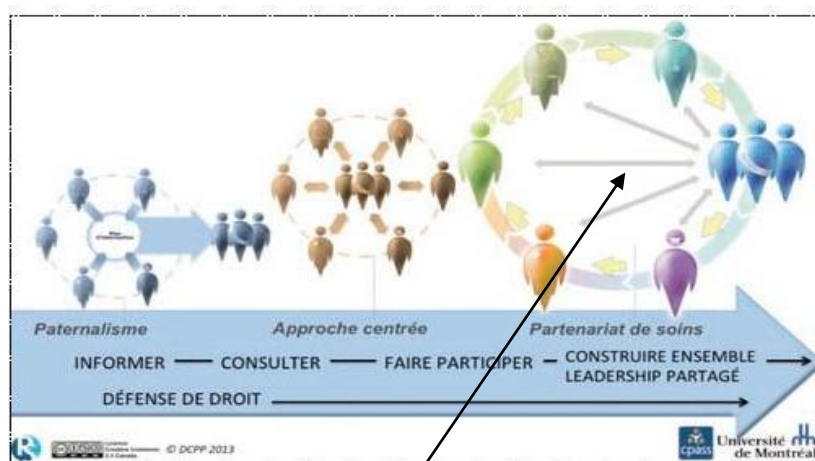
Dans l'objectif de construire un projet de soins dont le cadre conceptuel porte les valeurs des professionnels de santé un modèle a été retenu par le COPIL : Le « Montréal modèle ».

Celui-ci repose sur :

- Une nouvelle conception de la relation patient-professionnel de santé
- Un engagement des patients à tous les niveaux du système de santé
- Un patient partenaire de l'équipe de soins
- Une intégration du savoir expérimental du patient

Le patient devient ainsi un acteur de sa prise en soins, il est partenaire de l'équipe soignante. Ce nouveau cadre permet de passer d'une « approche centrée » vieillissante vers la co-construction du projet de soins, projet de santé, projet de vie du patient.

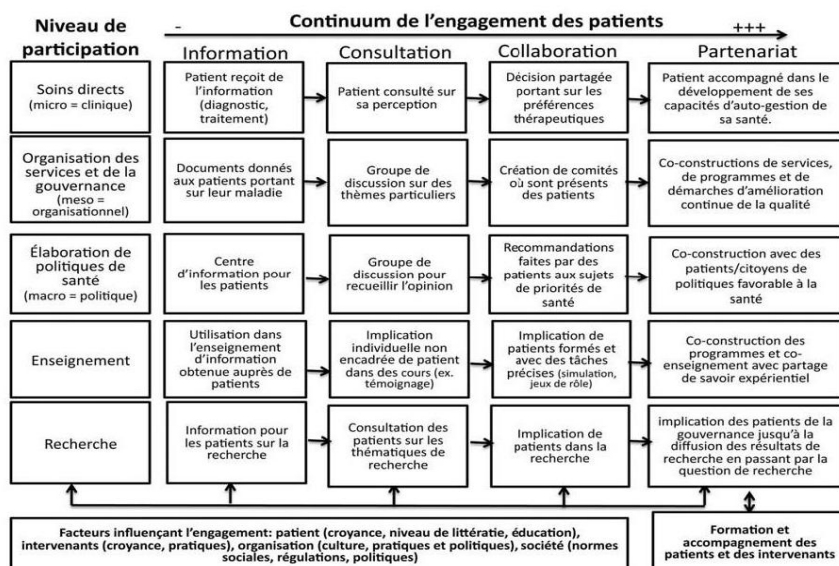
Progression des approches :



Projet de soins, projet de santé, projet de vie du patient²

Le modèle de Montréal intègre un niveau de participation dans les soins directs (co-construction du projet de soins, projet de santé, projet de vie de la personne), dans l'organisation de la gouvernance de l'établissement (CDU), dans l'enseignement en formation initiale ou continue (patient témoins et savoir expérientiel) et peut-être un jour dans la recherche en soins.

Ce schéma décrit les différentes implications possibles du patient dans le système de santé. Il s'agit d'une forme tout à fait aboutie.



3

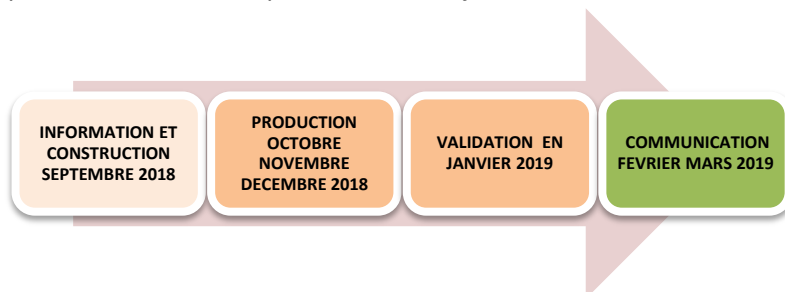
² Marie-Pascale Pomey et al., « Le « Montréal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1), p. 41-50.

³ Ibid. 2

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU PROJET DE SOINS

3.1 LES PHASES DU PROJET

Le projet a suivi un processus comportant un temps d'information, de construction et de production qui s'est déroulé de septembre 2018 à janvier 2019.



Dans un premier temps un bilan du projet de soins précédent a été réalisé. Une analyse du contexte national, régional et local a servi de base de réflexion pour identifier des axes du futur projet de soins. La question de l'articulation avec le projet médical s'est faite tout au long du processus par différents points d'entrées détaillés ci après. Enfin, la co-construction avec les usagers et les professionnels libéraux s'est imposée à nous, la constitution et le fonctionnement du comité de pilotage (COPIL) et des groupes de travail en témoigne.

3.2 LA CONSTITUTION DU COPIL ET SES TRAVAUX

Le comité de pilotage du projet de soins a été constitué comme suit :

- Mme la présidente de l'association des infirmiers libéraux du Saumurois
- M le représentant des usagers
- M le président de CME
- Mme et M les cadres supérieurs
- Mme les cadres de santé (Un cadre de santé par pôle)
- Mme La directrice des instituts de formation aux métiers de la santé
- Mme Coordinatrice générale des soins et des instituts

Ses missions :

- Organiser la production du projet de soins
- Proposer un cadrage pour les groupes de travail (pilotage ; membres)
- Valider les axes des travaux à mener
- Guider les pilotes des groupes tout au long de la production lors des réunions.
- Valider en tant que COPIL les fiches projets sous leur forme finale

Le COPIL projet de soins s'est réuni à 5 reprises avec un taux de participation 74,66% les :

- 25 septembre 2018 (taux de participation : 80%)
- 7 novembre 2018 (taux de participation : 80%)
- 10 décembre 2018 (taux de participation : 60%)
- 14 janvier 2019 (taux de participation : 73,33%)
- 31 janvier 2019 (taux de participation : 80%)

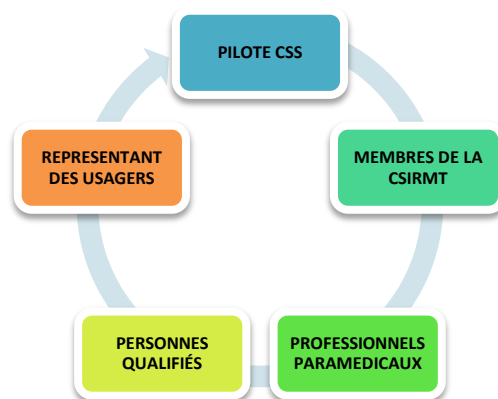
Chaque réunion du COPIL a fait l'objet d'un compte rendu.

Ces réunions ont été des temps d'échange et de réflexion qui ont permis la guidance des fiches projets.

La réunion de janvier a été celle d'une validation de la production après d'ultimes ajustements.

3.3 LA CONSTITUTION DES GROUPES DE TRAVAIL

Le COPIL ayant déterminé 4 axes de travail, il a donc proposé la constitution de 4 groupes avec pour pilote un cadre supérieur. Chaque pilote était libre de solliciter les membres qu'il souhaitait dans la mesure où il respectait le cadrage défini ci-dessous.



Les membres des groupes de travail figurent sur chaque fiche projet.

Les groupes de travail se sont réunis au rythme suivant

- Axe 1 - 4 Réunions :
 - 26 octobre 2018
 - 16 novembre 2018
 - 28 novembre 2018
 - 12 décembre 2018
- Axe 2 - 6 Réunions :
 - 09 novembre 2018
 - 23 novembre 2018
 - 30 novembre 2018
 - 14 décembre 2018
 - 11 janvier 2019
 - 18 janvier 2019
- Axe 3 - 4 Réunions :
 - 30 octobre 2018
 - 13 novembre 2018
 - 05 décembre 2018
 - 08 janvier 2019

- Axe 4 - 7 Réunions :
 - 11 octobre 2018
 - 15 novembre 2018
 - 20 décembre 2018
 - 27 décembre 2018
 - 10 janvier 2019
 - 17 janvier 2019
 - 07 février 2019

3.4 LA MAQUETTE DES FICHES ACTIONS

La maquette des fiches actions a été construite et validée en équipe de direction. Elle a donc été la même pour le projet médical et le projet de soins.

4. LES AXES ET LES FICHES ACTIONS DU PROJET DE SOINS 2019 2022

1. LES AXES DU PROJET DE SOINS

Le COPIL pour être parfaitement en cohérence avec GHT a choisi de travailler sur les 4 axes du projet de soins du territoire :

- Accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins
- Amélioration continue de la qualité
- Recherche et innovation
- Parcours professionnels et compétences

Ces axes se déclinent en fiches actions au nombre 14 à savoir :

AXE 1 : Accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins

1. Fiche-Action : Le projet personnalisé

Objectif général : Offrir à l'utilisateur et à son entourage, un parcours patient personnalisé et lui permettre d'être co-acteur

2. Fiche-Action : Les interfaces internes et externes

Objectif général : Adapter l'organisation des soins aux besoins des usagers en développant : la coordination des équipes médicales / paramédicales et la communication avec les filières internes et externes.

3. Fiche-Action : Le dispositif d'annonce dans le parcours de soins du patient

Objectif général : Organiser le dispositif d'annonce au CH de Saumur.

AXE 2 : Amélioration continue de la qualité

1. Fiche-Action : Douleur indicateur qualité / sécurité

Objectif général : Améliorer la prise en charge de la douleur

2. Fiche-Action : Infections nosocomiales indicateur qualité / sécurité

Objectif général : Prévenir les infections associées aux soins

3. Fiche-Action : Troubles nutritionnels / Escarre

Objectif général : Améliorer la prise en charge des troubles de la nutrition et prévenir le risque d'escarre.

4. Fiche-Action : Traitement des principales causes issues de l'analyse des événements indésirables

Objectif général : Réduire les EI en travaillant sur les principales causes repérées

5. Fiche-Action : Promouvoir la démarche EPP.

Objectif général : Développer l'appropriation et la participation aux démarches d'EPP des professionnels paramédicaux.

AXE 3 : Recherche et innovation

1. Fiche-Action : Innovation et nouvelles modalités de prise en charge.

Objectif général : Mise en place de l'exercice infirmier en pratiques avancées pour améliorer l'accès aux soins du patient.

2. Fiche-Action : Innovation et stages de semestres 6 des étudiants infirmiers.

Objectif général : Développer un accompagnement de stage pour transformer l'étudiant en professionnel de santé.

3. Fiche-Action : Promotion de la recherche en soins au centre hospitalier de Saumur.

Objectif général : Développer une culture de recherche en soins.

AXE 4 : Parcours professionnels et compétences

1. Fiche-Action : Compétences et formations.

Objectif général : Identification, sécurisation et partage des compétences paramédicales.

2. Fiche-Action : Formation par la méthode de simulation en santé.

Objectif général : Améliorer la qualité et la sécurité des soins à risques.

3. Fiche-Action : Recrutement et accueil des nouveaux paramédicaux.

Objectif général : Améliorer la qualité du recrutement et de l'accueil des paramédicaux.

4. Fiche-Action : Parcours professionnels : de l'expression à la réalisation

Objectif général : favoriser l'expression et la réalisation des parcours professionnels.

2. LES FICHES ACTIONS PAR THÈME

AXE 1 : Fiche n°1

Fiche-Action : LE PROJET PERSONNALISE : Soins, Vie, et Santé OBJECTIF GENERAL : OFFRIR à l'usager et à son entourage, un parcours patient personnalisé et lui permettre d'être co-acteur	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : S MUREAU, FF cadre Supérieur de Pôle FESCUMT	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : - Agnès LABOURDARIE, cadre de santé - Valérie BARIL, cadre de santé - Charlotte BOULET, cadre de santé - Annie REVAULT, IDE - Patricia SICAULT, Diététicienne - Virginie MERIENNE, Présidente association des IDE libéraux du Saumurois - Michel RENAUD, représentant des usagers
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	- Actuellement il n'existe pas de projet personnalisé formalisé au CH de SAUMUR. - Le patient n'est pas suffisamment acteur de son parcours de soins. - Le travail en réseau n'est déployé que dans certains secteurs. - Le recueil de données n'est pas assez exploité - La formalisation de processus parcours patient est travaillée dans le cadre de la certification et doit se mettre en lien avec les différents projets institutionnels - L'information donnée au patient et sa traçabilité sont insuffisantes - La participation et le consentement éclairé du patient ne sont pas assez recherchés.
Objectifs opérationnels	- identifier les besoins de santé du bassin de population du Saumurois - développer des projets de pôle au regard des besoins de la population - identifier le niveau de connaissance des professionnels de santé du projet personnalisé - Formaliser le parcours du patient hospitalisé avec sa collaboration : dès son entrée jusqu'à sa sortie (administratif, devenir) - Organiser l'entretien d'accueil et le recueil de données utiles à la prise en charge du patient - Créer les conditions et encourager le patient à être partie prenante de sa prise en charge - Renforcer l'information des usagers et de leur entourage tout au long de la prise en charge - Etre innovants
Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 : - Effectuer un état des lieux en s'appuyant sur le site de l'ARS et en interne sur la typologie de marché. - Corréler les besoins et les ressources Etape 2 : - Renseigner les différentes rubriques du dossier patient informatisé lors de l'entretien d'accueil en lien avec les

		processus qui auront été définis - Prévoir des actions de formation pour resensibiliser les acteurs si besoin - Garantir la traçabilité de l'information donnée - Garantir la traçabilité de l'expression du patient (directives anticipées, consentement éclairé, satisfaction...) - Renforcer les règles d'utilisation du dossier patient Etape 3 : - Suivi des indicateurs	
Points de vigilance		- Identito-vigilance - Traçabilité du consentement - Respect du secret professionnel, de la confidentialité des informations et des directives que donne le patient - Maintien de la qualité des soins pour le patient	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	-Déploiement du logiciel informatique HM à adapter aux besoins des différents secteurs : MCO, EHPAD... → forme - Réflexion sur les projets → fond	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Résultats attendus / Recettes escomptées		- Satisfaction de l'utilisateur - Image positive de l'hôpital - Augmentation de la fréquentation des usagers sur le CH de Saumur - Garantir des soins de proximité de qualité et adaptés aux besoins de la population - Développer la confiance et le sentiment de sécurité de l'utilisateur - Développement de nouvelles activités qui répondent aux besoins de la population	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Questionnaires de satisfaction		X	
Retours de la Commission Des Usagers : CDU	X		

Audit dossier patient	X		
Suivi de l'activité du CH de Saumur		X	
Nombre d'agents formés aux droits des patients		X	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Etape prioritaire : participation au groupe de travail HM	CSSup, CS																								
Etape 1	CSSup, CS																								
Etape 2	Equipes paramédicales																								
Etape 3	CS, CSSup, DSI																								

AXE 1 : Fiche n°2

Fiche-Action : LES INTERFACES INTERNES ET EXTERNES OBJECTIF GENERAL : Adapter l'organisation des soins aux besoins des usagers en développant : la coordination des équipes médicales / paramédicales et la communication avec les filières internes et externes.	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : S MUREAU, FF Cadre Supérieur de Pôle FESCUMT	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : - Agnès LABOURDARIE, cadre de santé - Valérie BARIL, cadre de santé - Charlotte BOULET, cadre de santé - Fanny WALLETON, cadre de santé - Annie REVAULT, IDE - Stéphanie BRANCHU, IDE coordinatrice - Virginie MERIENNE, Présidente association des IDE libéraux du Saumurois - Michel RENAUD, représentant des usagers
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	- Actuellement des travaux sur le parcours patient sont menés par le service qualité - Pas ou peu d'informations transmises entre professionnels de santé internes et externes - Le dossier du patient ne suit pas le parcours du patient aujourd'hui - Problème d'archivage des dossiers - Méconnaissance des circuits d'entrées directes ou des médecins hospitaliers par les professionnels de santé extérieurs - Méconnaissances des différentes activités réalisées à l'hôpital en temps réel - Problèmes de prescriptions médicales vers les professionnels libéraux - Mauvaise utilisation de la plateforme trajectoire (logiciel de SSR et EHPAD) et non uniformisation des pratiques - Absence de Formalisation des chemins cliniques
Objectifs opérationnels	- Fluidifier le parcours patient - Développer des outils de communication spécifiques et sécurisés - Déployer une véritable politique de communication et d'information entre ville-hôpital, Informer nos partenaires externes des offres de soins - Développer des partenariats - Formaliser des conventions - Améliorer les transmissions inter-équipe au sein des services mais aussi interservices (qualité et organisation des transmissions écrites et orales) - Favoriser l'appropriation du logiciel Trajectoire à l'ensemble des utilisateurs afin d'optimiser le temps de prise en charge du patient et son devenir - Rendre lisible et fiabiliser le circuit des dossiers - Co construire en collaboration avec l'équipe médicale les outils participants à l'amélioration continue de la qualité des

		soins, notamment les chemins cliniques	
Descriptif Actions (étape par étape)		Etape 1 : lien ville – hôpital - Organiser des rencontres pluri professionnelles internes et externes - organiser un staff de sortie lors d'une sortie complexe d'un patient - Feuille de liaison pour les professionnels extérieurs - Définir ou Informer les modalités des entrées directes pour les professionnels libéraux - Groupe de travail avec les partenaires pour identifier les besoins et proposer des actions correctives - Re sensibiliser les équipes au circuit des dossiers. Etape 2 : Qualité - Formaliser les chemins cliniques en équipe pluridisciplinaire en chirurgie, UMA, UCA... Etape 3 : Communication Institutionnelle - Mise à jour de l'annuaire, des sites internet et intranet - Former les professionnels de santé sur les outils de communication à disposition et à venir - Formaliser des conventions de partenariat - Informer les professionnels de l'établissement en amont des actions mises en place à l'extérieur - Formaliser et communiquer l'organisation du service à tous les professionnels et intervenants : visites médicales, staffs...	
Points de vigilance		- Partenariat médico-soignant - Respect du Secret professionnel et de la confidentialité des informations - Secret partagé et données sécurisées - Suivi des conventions	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		

Résultats attendus / Recettes escomptées	- Qualité des transmissions écrites et orales - Qualité de la prise en charge du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie - Développement d'une politique partenariale - Développement des liens ville – hôpital : utilisation de la boîte mail sécurisée - Satisfaction des partenaires, des professionnels libéraux dans la qualité de la prise en charge
--	--

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de chemins cliniques formalisés		X	
Nombre de rencontres pluriprofessionnelles dans le cadre d'une sortie		X	
Nombre de feuilles de liaison réalisées pour les professionnels extérieurs		X	
Satisfaction des usagers en lien avec la communication	X		
Audit du dossier patient : - Nombre de macrocibles d'entrée - Nombre de macrocibles de sortie - Nombre de cibles intermédiaires	X		

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																							
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023
Etape 1	Me Schaupp, Médecins, Me Merienne, CS, CSSup																						
Etape 2	CS, Médecins, IDE																						
Etape 3	Me Pauleau, Me Schaupp, CS, CSSup																						

AXE 1 : Fiche n°3

Fiche-Action : LE DISPOSITIF D'ANNONCE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT OBJECTIF GENERAL : Organiser le dispositif d'annonce au CH de Saumur	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : S MUREAU, FF cadre Supérieur de Pôle FESCUMT	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : - Agnès LABOURDARIE, cadre de santé - Charlotte BOULET, cadre de santé - Annie REVAULT, IDE - Stéphanie BRANCHU, IDE coordinatrice - Virginie MERIENNE, Présidente association des IDE libéraux du Saumurois - Michel RENAUD, représentant des usagers
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	• Le dispositif d'annonce d'une mauvaise nouvelle quelque soit sa nature ne fait pas l'objet d'une organisation spécifique pour l'accompagnement du patient par les paramédicaux • L'activité du CH comporte la prise en soins de patients : ○ pour des pathologies cancéreuses ○ pour des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, maladie d'Alzheimer...) ○ pour une déficience ou un handicap (DMLA, pathologies génétiques..) ○ pour un dommage associé aux soins. • Les professionnels paramédicaux ne sont pas formés actuellement à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ils n'ont pas toutes les clés pour venir en support du patient lors de l'annonce du diagnostic par le médecin ni pour donner toutes les informations nécessaires au cours de la prise en charge. • Les prises en soin sont souvent une succession d'annonces qu'il s'agisse de pathologie chronique comme de pathologie aigue.
Objectifs opérationnels	• Développer une annonce pluri-professionnelle dans le cadre d'un travail d'équipe où le médecin a un rôle spécifique. • Cibler les équipes les plus exposées. • Formaliser l'organisation d'une annonce en se référant aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. • Etablir un plan de formation des paramédicaux en lien avec l'organisation définie. • Viser un niveau de qualité permettant de : ○ Eviter l'incohérence des messages transmis par une posture et des paroles cohérentes de l'équipe médicale et soignante. ○ Favoriser l'expression du patient. ○ Permettre une information progressive du patient avec un rythme adapté à ses besoins. ○ Prendre en compte la personne de confiance ou les proches qui soutiennent le patient.

Descriptif Actions (étapes par étapes)		Etape 1 : - Sensibiliser les équipes au dispositif d'annonce - Se référer aux recommandations de bonnes pratiques dictées par l'HAS en équipe pluridisciplinaire Etape 2 : - Décrire le processus d'annonce au CH de Saumur et l'adapter au service de soin concerné Etape 3 : - Organiser la formation des paramédicaux à la consultation d'annonce - Organiser des stages de comparaison (CHU Angers, ICO) - Développer et adapter des outils pour faciliter la compréhension de l'annonce et aider les patients à devenir acteurs de leur prise en soin - Prévoir des temps de supervision des pratiques dans un souci de recherche d'amélioration continue de la qualité (roue DEMING) Etape 4 : - Identifier un ou des espaces d'annonce par secteur d'activité	
Points de vigilance		Mesures de confidentialité des informations délivrées Partenariat médico-soignant	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Aménagement des locaux afin de créer des espaces adaptés pour le dispositif d'annonce par secteur Coûts de la formation Coût de la supervision des pratiques	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Majoration du temps psychologue et infirmier	
Résultats attendus / Recettes escomptées		Qualité du service Satisfaction de l'utilisateur Reconnaissance du dispositif en interne et en externe Valoriser l'activité par un codage spécifique des actes	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de consultations d'annonce réalisées		X	
Nombre de professionnels ayant suivi la formation		X	
Rapport d'activité annuel par secteur	X		
Questionnaire de satisfaction des usagers	X		

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Etape 1	CS, service formation																								
Etape 2	CS, médecins, IDE																								
Etape 3	Service formation, IDE, CS																								
Etape 4	CS, Médecins, IDE																								

AXE 2 : Fiche n°1

Fiche-Action : Traitement des principales causes issues de l'analyse des évènements indésirables OBJECTIF GENERAL : Réduire les EI en travaillant sur les principales causes repérées	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Pilote : Prisset Sylvie, CSS de Pôle. Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Rousseau Nathalie, qualitiennne. Nicolleau Sophie, CS. Custodio Paula, IDEC. Gaignon Vincent, IDE. Baril Valérie, CS. Adam Stéphanie, CS. RENAUD Michel, représentant des usagers. Baury Virginie, AS. Amblard marie José, CSS.
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	Au regard du relevé des EI déclarés dans QUALNET, nous retrouvons majoritairement les mêmes dysfonctionnements et nous repérons des principales causes récurrentes comme l'interruption de tâche, la mauvaise identité patient ou une communication écrite ou orale incomplète. La capacité à objectiver les incidents de parcours dans la prise en charge du patient sera déterminante dans l'amélioration de la qualité de ce parcours au sein de l'établissement.
Objectifs opérationnels	- Sécuriser l'identification du patient tout au long de son parcours de soins - Réduire les interruptions de tâches en soins Paramédicaux - Améliorer la pertinence des transmissions écrites et orales
Descriptif Actions (étapes par étapes)	<u>Sécuriser l'identification du patient tout au long de son parcours de soins</u> 1^{er} étape - Utiliser l'audit réalisé par la cellule identito-vigilance et s'appuyer sur la dynamique d'amélioration de cette cellule - Recenser les principaux EI lié à l'identito-vigilance 2^{ième} étape - Améliorer la conformité des saisies de l'identité aux urgences en l'absence de l'agent du service d'admission et en psychiatrie ambulatoire - Sécuriser le parcours du patient lors de son brancardage (avec une attention particulière vers le service de radio et les différentes explorations fonctionnelles) - Inciter les professionnels à vérifier l'identité du patient avant chaque acte de soins en y incluant l'administration des médicaments - Améliorer l'exhaustivité du port de bracelet pendant tous le séjour de l'enfant à la maternité et pédiatrie

	3^{ème} étape - Elaborer un plan d'action avec les acteurs concernés (constitution de groupe de travail) pour les quatre actions définies dans la seconde étape 4^{ème} étape - Assurer le suivi du plan d'action - Mesurer l'efficacité des actions mises en place <u>Réduire les interruptions de taches en soins paramédicaux</u> 1^{er} étape - Identifier la nature et la pertinence des interruptions de taches (questionnaire, audit d'observation) - Lister les actes à risque 2^{ème} étape - Proposer une organisation et des outils possibles permettant de limiter les interruptions de taches non pertinentes 3^{ème} étape - Définir les modalités d'évaluation de la pertinence des mesures proposées et l'acceptabilité par les soignants (service test, durée, ...etc.) - Analyser et réajuster l'organisation proposée 4^{ème} étape - Déployer de l'organisation et des outils retenus - Mettre en place des indicateurs de suivi <u>Améliorer la pertinence des transmissions écrites et orales</u> 1^{er} étape - Identifier les formateurs et nommer des référents dans tous les services. - Former l'ensemble des cadres de santé aux transmissions ciblées et raisonnement clinique pour évaluer la pertinence des transmissions. - Former les nouveaux arrivants dans chaque service. 2^{ème} étape - Créer une grille d'audit transmissions écrites. - Créer une grille d'observation transmissions orales. - Réaliser un audit sur la pertinence des transmissions ciblées dans HM en collaboration avec le groupe transmissions (cadres de santé) - Evaluer les transmissions orales (temps, pertinence)
--	--

		3^{ème} étape - Analyser les résultats de l'audit. - Analyser les résultats d'observation. - Proposer des pistes d'amélioration (Formation, réajustement du logiciel) 4^{ème} étape - Mettre en place des indicateurs de suivi.	
Points de vigilance		Communiquer sur le sens des actions menées et les conséquences potentiellement graves des objectifs identifiés Travailler en collaboration avec le groupe de recherche Temps d'appropriation du logiciel Interfaces avec les transmissions médicales Exhaustivité des EI n'est pas total et son augmentation peut fausser l'indicateur	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Résultats attendus / Recettes escomptées		Diminution des EI liés à l'identito-vigilance au regard des EI totaux Diminution des fusions, collisions et doublons Diminution des réclamations usagers en lien avec l'identito-vigilance Diminution des erreurs médicamenteuses liées à l'identito-vigilance au regard des EI totaux Diminution des EI liés aux interruptions de tâches au regard des EI totaux Diminution des erreurs médicamenteuses liées à l'interruption de tâches au regard des EI totaux Systématisations de l'organisation proposée pour ne pas être interrompu Diminution des EI au regard des EI totaux Uniformisation du dossier de soins	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Sécuriser l'identification du patient tout au long de son parcours de soins			
Nombre d'EI liés à l'identito-vigilance au regard des EI totaux	+		
Nombre des EI liés à des fusions, collisions et doublons au regard des EI totaux	+		
Nombre des réclamations usagers en lien avec l'identito-vigilance	+		
Nombre des erreurs médicamenteuses liées à l'identito-vigilance au regard des EI totaux	+		
Diminution des EI liés à l'identito-vigilance au regard des EI totaux		+	
Diminution des fusions, collisions et doublons		+	
Diminution des réclamations usagers en lien avec l'identito-vigilance		+	
Diminution des erreurs médicamenteuses liées à l'identito-vigilance au regard des EI totaux		+	
Réduire les interruptions de tâches en soins paramédicaux			
Nombre d'EI relevant d'une interruption de tâche	+		
Nombre d'EI sur le circuit médicament relevant d'une interruption de tâche	+		
Diminution des EI sur le circuit TTT		+	
Diminution des EI grave liés à l'interruption de tâche		+	
Améliorer la pertinence des transmissions écrites et orales			
Nombre de cadres formés	+		100%
Nombre d'agents formés	+		80%
Nombre de référents nommés	+		
Nombre de formations réalisées	+		
Diminution des EI liés à une mauvaise transmission		+	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
<u>Sécuriser l'identité du patient tout au long de son parcours de soins</u>																									
Utiliser l'audit réalisé par la cellule identito-vigilance et s'appuyer sur la dynamique d'amélioration de cette cellule																									
Recenser les principaux El lié à l'identito-vigilance																									
Améliorer la conformité des saisies de l'identité aux urgences en l'absence de l'agent du service d'admission et en psychiatrie ambulatoire																									
Sécuriser le parcours du patient lors de son brancardage (avec une attention particulière vers le service de radio et les différentes explorations fonctionnelles)																									
Inciter les professionnels à vérifier l'identité du patient avant chaque acte de soins en y incluant l'administration des médicaments																									

AXE 2 : Fiche n°2

Fiche-Action : Promouvoir la démarche EPP. OBJECTIF GENERAL : Développer l'appropriation et la participation aux démarches d'EPP des professionnels paramédicaux	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Pilote : Prisset Sylvie, CSS de Pôle. Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Rousseau Nathalie, qualitiennne. Nicolleau Sophie, CS. Custodio Paula, IDEC. Gaignon Vincent, IDE. Baril Valérie, CS. Adam Stéphanie, CS. RENAUD Michel, représentant des usagers. Baury Virginie, AS. Amblard Marie José, CSS.
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	La répartition des projets EPP est inégale suivant les unités de soins Un manque d'appropriation pour les soignants Un manque de sens pour les soignants Les équipes ne sont pas demandeuses pour participer à des EPP , ils n'en perçoivent pas la plus value pour leur pratique professionnelle Méconnaissance de la stratégie de l'établissement au regard des EPP Les audits sont réalisés sans démarche qualité, suivi et construction d'un PAQ Les soignants ont une obligation DPC et l'EPP fait partie des DPC
Objectifs opérationnels	- S assurer de l appropriation du dispositif et des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles par les paramédicaux - Recentrer le choix des EPP sur les problématiques prioritaires
Descriptif Actions (étapes par étapes)	<u>S assurer de l appropriation du dispositif et des et des méthodes d'E évaluation des pratiques par les paramédicaux</u> <u>1^{er} étape</u> - Définir le rôle du cadre dans la démarche EPP - Former les cadres aux EPP <u>2^{ième} étape</u> - Organiser le retour des résultats EPP aux équipes et l'accompagnement des changements de pratiques professionnelles - Favoriser la participation des professionnels aux démarches d'évaluation

		<u>Recentrer le choix des EPP sur les problématiques prioritaires</u> <u>1^{er} étape</u> - Ecrire une organisation pour recenser les points à améliorer des pratiques paramédicales <u>2^{ème} étape</u> - Définir annuellement les axes prioritaires d'évaluation des pratiques paramédicales	
Points de vigilance		Cohérence avec le projet qualité Respect d'une collaboration étroite	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Temps nécessaire de la formation Temps des professionnels lors de la réalisation des EPP	
Résultats attendus / Recettes escomptées			

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de cadres formés sur nombre de cadres total	+	+	100%
Nombre D'EPP paramédicales commencées dans l'année	+		

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
S assurer de l appropriation du dispositif et des méthodes d'évaluation des pratiques par les paramédicaux																									
Définir le rôle du cadre dans la démarche EPP																									
Former les cadres aux EPP																									
Recentrer le choix des EPP sur les problématiques prioritaires																									
Ecrire une organisation pour recenser les points à améliorer des pratiques paramédicales																									
Définir annuellement les axes prioritaires d'évaluation des pratiques paramédicales																									

AXE 2 : Fiche n°3

Fiche-Action : DOULEUR indicateur qualité / sécurité OBJECTIF GENERAL : Améliorer la prise en charge de la douleur	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : Infirmière Ressource Douleur Co Présidente du CLUD	Membres du groupe de travail : Véronique SAPIENS – IADE Infirmière Ressource Douleur Sandrine ROGEZ – IADE Marie José AMBLARD – CSS
Diagnostic de l'existant / Description de la problématique	La Douleur était la thématique la plus développée du projet de soins 2014-2018 avec 24 actions prévues sur 4 ans. En regard de l'ampleur du programme toutes les actions n'ont pu aboutir, d'autant que le temps dédié aux missions de l'Infirmière Ressource Douleur n'a pu être respecté faute d'effectifs suffisants dans le service de rattachement. ▪ Les protocoles douleur destinés aux soignants ont été finalisés (sauf pour la pédopsychiatrie) et les fiches de missions Infirmier(e) Ressource Douleur et Correspondant Douleur Pôle/Service sont en attente de validation. ▪ Les formations douleur (niveau 1 et 2) dispensées par l'Infirmière Ressource Douleur sont programmées pour 2019 sous format DPC et la formation Communication Thérapeutique a été reconduite, avec deux niveaux d'acquisition et trois thèmes cibles (enfant, personne âgée, douleur aiguë). ▪ L'offre de prise en charge non-médicamenteuse s'est développée à l'initiative des services de soins, mais un recensement s'avère nécessaire afin de valoriser ces nouveaux savoirs faire. ▪ L'élaboration d'une cartographie des soins douloureux par service était planifiée dans le cadre du projet de soins 2014-2018, mais cette action n'a pu être aboutie faute de données suffisantes. ▪ Des actions d'information et d'éducation des patients étaient également planifiées, mais n'ont été que partiellement mises en œuvres : l'information écrite notamment est à compléter et actualiser. ▪ Deux EPP ont été menées dont une seule fait toujours l'objet d'un suivi : la douleur provoquée par les soins.
Objectifs opérationnels	✓ Renforcer des collaborations dans la prise en charge de la douleur au sein de l'instance CLUD ✓ Planifier et mettre en œuvre une démarche d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en lien avec la prise en charge de la douleur intense du patient traumatisé aux urgences ✓ A partir de la cartographie des soins douloureux, améliorer la prise en charge paramédicale par la mise en œuvre d'enquêtes de terrain et l'élaboration de protocoles ciblés sur les soins les plus fréquents ✓ Répertorier et valoriser toutes les techniques non-médicamenteuses existantes sur le CH qui contribuent au soulagement des différentes douleurs ✓ Recenser les documents existants d'information et d'éducation des patients en vue de les actualiser, ou de créer les plaquettes manquantes

Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 Renforcer des collaborations dans la prise en charge de la douleur au sein de l'instance CLUD • Présentation des fiches de missions des correspondants douleur et de l'IRD en réunion cadres de santé (mars 2019) • Proposition d'intégrer un représentant paramédical de l'EMG et de l'EMSP au sein du CLUD restreint (mars 2019) • Définition des actions paramédicales pluriannuelles en concertation avec les IDE de l'EMG et l'EMSP • Présentation du plan d'actions paramédicales en réunion des correspondants douleur (mai 2019) • Suivi du plan d'actions paramédicales au sein du CLUD restreint en décembre de chaque année Etape 2 Mettre en œuvre une démarche EPP « PEC de la douleur intense du patient traumatisé aux urgences » • Rédaction d'une fiche EPP sur la « PEC de la douleur intense du patient traumatisé aux urgences » • Validation de la fiche par la cellule EPP (février 2019) • Validation de la démarche EPP en CLUD restreint (mars 2019) • Présentation de l'EPP en réunion des correspondants douleur (mai 2019) • Présentation de l'EPP aux instances (CME – CSIMRT) et réunion cadres • Démarrage de l'EPP au 16 septembre 2019 pour une période de 8 semaines • Analyse des résultats et élaboration du plan d'actions • Présentation des résultats et validation du plan d'actions en CLUD restreint (décembre 2019) • Présentation des résultats et du plan d'actions en AG (janvier 2020) • Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'actions en CLUD restreint (juin et décembre 2020) Etape 3 Améliorer la prise en charge paramédicale à partir de la cartographie des soins douloureux • Présentation des données déjà recueillies pour la cartographie aux correspondants Douleur (mai 2020) • Recueil des données manquantes pour élaborer la cartographie • Elaboration de la cartographie des soins douloureux par service (octobre 2020) • Présentation de la cartographie en réunion correspondants douleur (novembre 2020) • Définition et priorisation des protocoles manquants avec les correspondants Douleur • Validation du plan d'actions en CLUD restreint (décembre 2020) • Présentation de la cartographie et du plan d'actions en AG (janvier 2021) Etape 4 Répertoire et valoriser toutes les techniques non-médicamenteuses existantes sur le CH • Elaboration d'un questionnaire pour recueillir les techniques non médicamenteuses par service • Validation du questionnaire en CLUD restreint (septembre 2020) • Envoi du questionnaire aux cadres de santé (septembre 2020) • Retour et dépouillement des questionnaires (octobre 2020) • Présentation des résultats en CLUD restreint (décembre 2020) • Présentation des différentes techniques en AG (janvier 2021) • Création d'un poster d'information • Présentation du travail en cours en réunion des correspondants Douleur (mai 2021) • Présentation du poster aux instances (CME – CSIMRT) et réunion cadres (juin 2021)
---	--

		Etape 5 Recenser actualiser (ou créer) les documents d'information et d'éducation des patients • Présentation du travail à réaliser en réunion des correspondants douleur (mai 2021) • Présentation du travail à réaliser en réunion des cadres (juin 2021) • Recensement par service des différents documents d'information et d'éducation des patients • Priorisation des documents à actualiser ou à créer en réunion des correspondants douleur (novembre 2021) • Validation du plan d'actions en CLUD restreint (décembre 2021) • Présentation du plan d'actions en AG (janvier 2022) • Présentation du plan d'actions en CSIRMT et réunion des cadres de santé • Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan d'actions en CLUD restreint (décembre 2022 et 2023)	
Points de vigilance		Le temps dédié à l'Infirmier(e) Ressource Douleur (20%) doit être respecté afin de permettre la mise en œuvre et la finalisation des actions Les protocoles devront être rédigés en concertation avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe mobile de gériatrie afin d'éviter les redondances	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Reprographie en couleur du poster sur les techniques non médicamenteuses Reprographie en couleur des plaquettes d'information et d'éducation des patients	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	L'Infirmier(e) Ressource Douleur est prévu à hauteur de 20% en effectif théorique, soit une journée par semaine dédiée à cette seule activité.	
Résultats attendus		✓ Intégration des patients dans la prise en charge de la douleur par l'information et l'éducation ✓ Développement du partenariat avec les correspondants Douleur et les cadres de santé ✓ Intégration des patients dans la prise en charge de la douleur par l'information et l'éducation	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	Cible
Score « traçabilité de l'évaluation de la douleur » (IQSS)	X		90%
Nombre de protocoles rédigés / nombre de protocoles attendus		X	80%
Nombre de documents d'information et d'éducation / nombre de documents attendus		X	80%
Nombre d'actions réalisées suite à l'EPP / plan d'actions programmé		X	90%

Le groupe a exprimé la nécessité de planifier la périodicité des différents **jalons** qui scandent l'organisation du CLUD, avant d'établir le calendrier de mise en œuvre. Cette planification annuelle est reconductible sur une période de cinq ans.

PLANIFICATION DES REUNIONS ANNUELLES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Assemblée Générale du CLUD	♦											
CLUD restreint		Période de congés	♦	Période de congés		♦	Période de congés	Période de congés	♦	Période de congés		♦
Réunion correspondants Douleur					♦						♦	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Collaborations dans la prise en charge de la douleur																									
Démarche EPP « PEC de la douleur intense du patient traumatisé aux urgences »																									
Cartographie des soins douloureux																									
Techniques non médicamenteuses																									
Information et éducation des patients																									

↔ Période de recueil de données

AXE 2 : Fiche n°4

Fiche-Action : INFECTIONS NOSOCOMIALES indicateur qualité / sécurité OBJECTIF GENERAL : Prévenir les infections associées aux soins	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : Stéphanie PERRON – Praticien Hospitalier en Hygiène Hospitalière	Membres du groupe de travail : Stéphanie PERRON – Praticien Hospitalier en Hygiène Hospitalière Murielle CHAPU – Infirmière Hygiéniste Sylvie TYTGAT – Infirmière EOH Marie José AMBLARD – CSS
Diagnostic de l'existant / Description de la problématique	▪ Une seule action en lien avec les Infections Associées aux Soins était reportée dans le projet de soins 2014-2018 : l'amélioration de la formation en hygiène des professionnels. Cette thématique est toujours d'actualité car l'Equipe Opérationnelle en Hygiène exprime des difficultés à conduire les séances programmées : les soignants sont peu disponibles. Ce manque de disponibilité s'expliquerait par la déprogrammation de certaines formations pour suppléer les absences dans les services, mais aussi parce que les soignants ne souhaitent pas prolonger leurs journées au-delà du temps de travail dans les services (difficulté de récupération des heures supplémentaires) ▪ La diffusion de l'actualité (programme de formation/recommandations/nouveaux documents) est aléatoire et ne permet pas d'homogénéiser la mise à niveau des connaissances. ▪ L'indicateur SHA peine à atteindre son objectif cible. En effet les soignants ne parviennent pas à modifier leurs habitudes professionnelles. En effet le lavage des mains est très ancré dans les pratiques soignantes, malgré de nombreuses campagnes de sensibilisation et promotion des SHA, et les opportunités d'hygiène des mains ne sont pas toutes identifiées. ▪ L'Equipe Opérationnelle en Hygiène n'est pas obligatoirement informée des nouveaux dispositifs médicaux utilisés dans les services : le risque infectieux n'est pas toujours maîtrisé pour ces nouveaux dispositifs ▪ Les liens entre l'EOH et les correspondants en hygiène des services n'est plus aussi opérationnelle que par le passé. La participation aux réunions (2 fois par an) est faible par manque de temps. Les correspondants participent également moins aux formations : une formation par an pour actualisation complète de leurs connaissances tous les 5 ans.
Objectifs opérationnels	✓ Renforcer la collaboration des correspondants paramédicaux en hygiène avec l'EOH ✓ Améliorer le niveau de connaissances des professionnels paramédicaux en lien avec le risque infectieux (formations) ✓ Favoriser l'accompagnement des professionnels paramédicaux en vue d'appliquer les nouvelles recommandations et procédures, ainsi que les nouveaux protocoles (information) ✓ Promouvoir le recours prioritaire aux SHA dans les services de soins, en lien avec l'exigence de l'HAS ✓ Prévenir le risque infectieux lié à la mise en place et à la surveillance des dispositifs médicaux invasifs

Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 Renforcer la collaboration des correspondants en hygiène avec l'EOH ▪ Recueil des difficultés et des souhaits des correspondants en hygiène ▪ Organisation d'une rencontre avec les cadres de pôles, sous couvert de la DS, afin de définir une stratégie ▪ Actualisation de la fiche de missions du correspondant en hygiène par l'équipe EOH ▪ Echanges et ajustement de la fiche de missions en réunion avec les correspondants (mai 2019) ▪ Validation de la nouvelle fiche de missions par la direction des soins ▪ Présentation de la nouvelle fiche de missions en CLIN – CSIRMT - réunion de cadres (juin 2019) ▪ Diffusion aux correspondants en hygiène et aux cadres Etape 2 Améliorer le niveau de connaissances des professionnels paramédicaux en lien avec le risque infectieux ▪ Présentation en réunion de cadres de la formation « gestion du risque infectieux au quotidien dans les services de soins » qui est obligatoire pour les nouveaux arrivants et les correspondants ▪ Affichage du plan de formation de l'EOH dans les services par le biais des correspondants en hygiène, sous couvert des cadres Etape 3 Favoriser l'accompagnement des professionnels paramédicaux ▪ Programmation avec les cadres de chaque service de 2 interventions annuelles de l'EOH lors des réunions de service ▪ Création d'un bulletin trimestriel pour affichage dans les services qui synthétise les parutions des nouveaux documents sur Qualnet (recherche par mots clés) ▪ Présentation de la démarche de mise en place du bulletin en réunion de cadres Etape 4 Promouvoir le recours prioritaire aux SHA dans les services de soins, en lien avec l'exigence de l'HAS ▪ Création d'un groupe de travail incluant des cadres de santé et des soignants pour élaborer une fiche EPP ▪ Validation de la fiche par la cellule EPP ▪ Choix des services concernés par l'évaluation en priorisant les services à fort risque infectieux et ceux à faible consommation de SHA ▪ Présentation des résultats en réunion de cadres ▪ Elaboration d'un plan d'actions avec le groupe de travail ▪ Diffusion des résultats et du plan d'actions dans les services par l'EOH et les correspondants hygiène Etape 5 Prévenir le risque infectieux lié à la mise en place et à la surveillance des DMI ▪ Intégration de la formation « Prévention des infections associées aux gestes invasifs et bon usage des antiseptiques » comme formation obligatoire dans le passeport formation des IDE, en cohérence avec l'axe 3 du PROPIAS ▪ Elaboration avec les correspondants d'une cartographie des DMI par service
---	--

Points de vigilance		• Libération des correspondants hygiène pour permettre une plus grande participation aux réunions d'information et aux groupes de travail • Inscriptions régulières aux formations pour les correspondants hygiène afin de maintenir le niveau de connaissances	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Deux Infirmières sont affectées à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène à hauteur de 0.50 etp chacune, dont une titulaire d'un DU Hygiène	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Résultats attendus		✓ Développement du partenariat avec les services de soins par le biais des cadres de santé et des correspondants hygiènes ✓ Amélioration des pratiques professionnelles en lien avec l'hygiène dans les soins	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	Cible
Nombre annuel d'interventions en réunions de service / interventions prévisionnelles (2 par an et par service)		X	80%
Pourcentage de correspondants ayant suivis au moins une formation hygiène par an		X	90%
Taux de consommation de SHA par service	X		100%
Nombre de formations hygiène annulées faute de participants / nombre de formations programmées		X	0%

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Renforcer la collaboration des correspondants en hygiène avec l'EOH																									
Améliorer le niveau de connaissances des professionnels																									
Favoriser l'accompagnement des professionnels																									
Promouvoir le recours prioritaire aux SHA dans les services de soins																									
Prévenir le risque infectieux lié à la mise en place et à la surveillance des DMI																									

AXE 2 : Fiche n°5

Fiche-Action : TROUBLES NUTRITIONNELS / ESCARRE OBJECTIF GENERAL : Améliorer la prise en charge des troubles de la nutrition et prévenir le risque d'escarre	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Membres du groupe de travail Adeline NOIRAUULT –Diététicienne Valérie GOURDON – Aide soignante en SSR Nadège ROUCHER – Infirmière Equipe Mobile Gériatrie Sophie NICOLLEAU – CDS Christophe DOUET – CDS Marie José AMBLARD – CSS
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	Dans le cadre du précédent projet de soins, 3 actions en lien avec la nutrition étaient prévus : la formation des soignants, la mise en place de référents « nutrition » dans les services, la réalisation d'une EPP sur l'hygiène bucco-dentaire. En ce qui concerne la nutrition, la présidente du CLAN a intégré une nouvelle formation sur « le dépistage de la dénutrition à l'hôpital » au plan de formation 2019. La mise en place de référents nutrition et l'EPP sur l'hygiène buccodentaire n'ont pu être réalisées sur la période 2014-2018. Seule une EPP sur la dénutrition a été menée à l'initiative du CLAN en 2018 D'autre part, aucun cadre de santé n'était membre du CLAN jusqu'à ce jour. Les derniers documents intégrés à Qualnet portant sur la nutrition ou les escarres dates de 2007 ou 2011. Un travail d'actualisation est donc à mener en parallèle des actions à mettre en place.
Objectifs opérationnels	✓ Renforcer la collaboration des paramédicaux au sein de l'instance CLAN ✓ Dépister, prévenir et prendre en charge la dénutrition chez la personne âgée ✓ Dépister, prévenir et prendre en charge les troubles de la nutrition chez l'enfant et l'adolescent ✓ Adapter les repas aux besoins de la personne à toutes les étapes de la vie : enfant, adolescent, personne âgée, personne atteinte de troubles cognitifs, personne en soins palliatifs.... ✓ Définir, formaliser et valoriser les moyens d'évaluation et de prévention du risque d'escarre ✓ Répertoire, actualiser et valoriser les techniques de prise en charge de l'escarre stade I
Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 Renforcer la collaboration des paramédicaux au sein de l'instance CLAN ○ Intégration de deux cadres de santé en tant que membres du CLAN (pédiatrie-gériatrie) ○ Création d'une équipe paramédicale « ressource nutrition » en vue de travailler sur les projets liés aux troubles de la nutrition ○ Proposer l'intégration des membres de l'équipe « ressource nutrition » au CLAN

	Etape 2 Dépister, prévenir et prendre en charge la dénutrition chez la personne âgée ○ Intégration de l'échelle Mini Nutritional Assessment au dossier patient informatisé ○ Paramétrage du DPI complété avec des données sur l'état buccodentaire à l'entrée : état de la dentition, état de la muqueuse buccale, existence et adaptation d'un appareil dentaire ○ Elaboration d'une procédure d'évaluation systématique de l'état nutritionnel du patient à son arrivée avec IMC et échelle MNA : critères d'inclusion, guide d'utilisation de l'échelle, scores et critères d'appel à l'équipe de diététiciennes... ○ Elaboration d'un protocole de test de la déglutition chez la personne âgée ○ Mise en œuvre du projet « jeûne nocturne $\leq 12h$ » avec la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire des services SSR et MPG Etape 3 Dépister, prévenir et prendre en charge les troubles de la nutrition chez l'enfant et l'adolescent ○ Paramétrage du DPI avec la création d'une courbe de poids adaptée aux enfants ○ Finalisation du projet d'éducation thérapeutique portant sur l'obésité et le surpoids chez l'enfant, en l'étendant aux parties intéressées externes à l'hôpital ○ Elaboration d'une procédure d'évaluation des troubles de la nutrition chez l'enfant : critères de mise en œuvre (IMC et courbe de poids), échelle EPICE, faisceaux d'indice de maltraitance ou négligence... Etape 4 Adapter les repas aux besoins de la personne à toutes les étapes de la vie : enfant, adolescent, personne âgée, personne atteinte de troubles cognitifs, personne en soins palliatifs.... ○ Mise en place d'un groupe de travail pour recenser les besoins alimentaires (texture, enrichissement, grammage, portion, goût/dégoût, collations, manger-mains...) en fonction des typologies de patients ○ Mise en relation du groupe de travail avec les responsables cuisine et magasin central, afin d'évaluer les solutions disponibles pour répondre aux besoins exprimés ○ Intégration de soignants de SSR-MPG au groupe de travail EHPAD sur les « textures modifiées » ○ Formalisation du projet « atelier d'éducation nutritionnelle des parents dans le cadre de la périnatalité » ○ Mise en place d'un groupe de travail sur la prévention et l'accompagnement des situations de dénutrition en oncologie Etape 5 Définir, formaliser et valoriser les moyens d'évaluation et de prévention du risque d'escarre ○ Rédaction d'une procédure d'évaluation systématique du risque d'escarre à l'entrée du patient âgé ou fragile avec l'échelle de Braden : critères d'inclusion, guide d'utilisation de l'échelle, scores et critères de recours à un bilan plus approfondi pluridisciplinaire (nutritionnel, cutané, mobilité/déficit...) ○ Création d'un document regroupant toutes les aides et techniques existantes liées à la prévention de l'escarre : matelas, coussin, techniques de mobilisation, techniques de protection cutanée...
--	---

		Etape 6 Répertoire, actualiser et valoriser les techniques de prise en charge de l'escarre stade I ○ Réalisation d'une évaluation des pratiques infirmières en lien avec la prise en charge de l'escarre Stade I ○ Elaboration d'un protocole de prise en charge infirmière de l'escarre Stade I	
Points de vigilance		Il faut s'assurer que les actions proposées pour les troubles de la nutrition sont en cohérence avec les objectifs du CLAN	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Achat de matériel à définir après avancée du projet	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	A moyen humain constant	une IDE en cours d'obtention d'un DU Plaies et cicatrisation
Résultats attendus		Harmonisation des pratiques au sein de l'établissement autour de la nutrition et de la prise en charge des escarres. Formalisation et harmonisation des outils d'évaluation de l'état nutritionnel des patients. Recensement des ressources existantes pour améliorer la prévention des escarres.	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Enquête de prévalence escarres sur les EHPAD		X	Moins de 2%
Taux de remplissage des échelles d'évaluation MNA et BRADEN pour les patients de plus de 75 ans			90%
Enquête de satisfaction alimentaire sur 1 semaine / an dans les services de MPG et SSR			90%

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Renforcer la collaboration des paramédicaux au sein de l'instance CLAN																									
Dépister, prévenir et prendre en charge la dénutrition chez la personne âgée																									
Dépister, prévenir et prendre en charge les troubles de la nutrition chez l'enfant et l'adolescent																									
Adapter les repas aux besoins de la personne à toutes les étapes de la vie : enfant, adolescent, personne âgée, personne atteinte de troubles cognitifs, personne en soins palliatifs....																									
Définir, formaliser et valoriser les moyens d'évaluation et de prévention du risque d'escarre																									
Répertorier, actualiser et valoriser les techniques de prise en charge de l'escarre stade I																									

AXE 3 : Fiche n°1

Fiche-Action : INNOVATION ET NOUVELLES MODALITES DE PRISE EN CHARGE OBJECTIF GENERAL : Mise en place de l'exercice infirmier en pratiques avancées pour améliorer l'accès aux soins du patient	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : MOULY Christel, Faisant fonction cadre supérieur de pôle	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Dr BAUDOUX, médecine gériatre Mr RENAUD, représentant des usagers Mme FORICHON, représentant des usagers Mme PETIBON, cadre de santé IFSI Mme FAUQUE, cadre de santé IFSI Mme BARIL, cadre de santé Bloc Opératoire UCA Mme BRECHAULT, IDE référente de nuit Mr BIGNON, IDE La Loire Mme CHEVALLIER, IADE Mme AUGER, IDE Urgences
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	• Défi innovant permettant de répondre aux objectifs définis par la Stratégie Nationale de Santé (approche intégrée et coordonnée de la prise en charge, virage ambulatoire) • Textes de référence : deux décrets et deux arrêtés décrivant les modalités d'exercice et de formation des professionnels infirmiers en pratiques avancées (IPA) parus le 19 juillet 2018 ○ Décret n° 2018-629 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée ○ Décret n°2018-633 relatif au diplôme d'état infirmier en pratique avancée ○ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique ○ Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état en pratique avancée • Nouvelle modalité d'exercice professionnel infirmier nécessitant deux années de formation (MASTER 2) complémentaires • Les filières de prise en charge en oncologie et des pathologies chroniques (diabète, cardiopathies, maladie Alzheimer et autres démences...) sont existantes au sein du centre hospitalier. • La population du bassin saumurois est vieillissante et porteuse de maladies chroniques • Les files actives sont importantes et les délais de rendez vous sont supérieurs à 3 mois au niveau des consultations d'endocrinologie, de cardiologie ainsi qu'au niveau des consultations mémoire. • L'organisation de la filière gériatrique en consultation externe est structurée : la collaboration médico-soignante est effective. • Les praticiens hospitaliers en charge de ces filières sont partis prenantes pour la mise en place de nouvelles modalités de coopération avec les paramédicaux.
Objectifs opérationnels	• Déterminer les domaines d'intervention de l'Infirmier en Pratique Avancée IPA • Déterminer les pré-requis pour accéder à la formation au sein du centre hospitalier • Délimiter le champ d'exercice de l'IPA • Définir les modalités de coopération entre le médecin et l'IPA

Descriptif Actions (étapes par étapes)		• Définir le positionnement de l'IPA au sein de l'équipe soignante Etape 1 • Déterminer les domaines d'exercice de l'Infirmier en Pratique Avancée IPA ○ Identifier les filières de prise en charge permettant le positionnement de l'IPA ○ Réaliser une étude médico-économique afin de prioriser les lieux d'exercice ○ Identifier les différentes activités pouvant être réalisées par l'IPA (orientation, prévention, suivi, dépistage, évaluation) ○ Estimer les effectifs nécessaires pour réaliser cette activité Etape 2 • Déterminer les pré-requis pour accéder au diplôme d'état IPA ○ définir les conditions d'accès à la formation (durée minimale d'exercice, modalités de sélection...) ○ recenser l'offre de formation existante pour prétendre au grade master ○ définir les modalités de financement de la formation Etape 3 • Définir les modalités de coopération entre le médecin et l'IPA et délimiter le champ d'exercice de l'IPA ○ Ecrire le profil de poste de l'IPA ○ Définir avec le corps médical le champ de compétences de l'IPA au sein des différentes filières (modalités pratiques de suivi, droit de prescription, réalisation d'actes techniques...) ○ Clarifier les rôles respectifs médecin/IPA ainsi que les temps spécifiques (staff) ○ Définir le positionnement de l'IPA au sein de l'équipe soignante (liens fonctionnels, liens hiérarchiques) Etape 4 • Présenter cette nouvelle modalité de coopération soignante aux différentes instances • Communiquer auprès des usagers et des différents partenaires de soins libéraux (médecins libéraux, hôpitaux locaux...)	
Points de vigilance		Formation nécessaire pour exercer en tant qu'IPA d'une durée de 2 ans Charte de mobilité existante au sein du centre hospitalier : ce poste ne rentrera pas dans la mobilité Au niveau médical, Dr Jolly et Dr Ballay pilotent une fiche projet « Pratiques avancées » dans le cadre du projet médical d'établissement	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	-Formation Master 2 -Mise à disposition d'un bureau de consultation	Coût ?
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	-Coût lié au remplacement de ou des IDE en formation MASTER IPA -Coût chargé d'une IPA ??	

Résultats attendus / Recettes escomptées	Qualité de la prise en charge et fluidité de l'organisation des soins Reconnaissance de l'expertise infirmière : développement de compétences Libération du temps médical Efficience dans la trajectoire de soins et optimisation du virage ambulatoire Valorisation de l'activité de l'IPA
--	---

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre d'IPA au sein du centre hospitalier		X	
Nombre de consultations réalisées par l'IPA	X		

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
• ETAPE 1 : Déterminer les pré-requis pour accéder à la formation																									
• ETAPE 2 : Déterminer les domaines d'intervention de l'Infirmier en Pratique Avancée IPA																									
• ETAPE 3 : Définir les modalités de coopération entre le médecin et l'IPA et délimiter le champ d'exercice de l'IPA																									
• ETAPE 4 : Mettre en place une communication d'information																									

AXE 3 : Fiche n°2

Fiche-Action : INNOVATION ET STAGE PRE PROFESSIONNALISANT DES ETUDIANTS INFIRMIERS OBJECTIF GENERAL : Développer un accompagnement de stage pour transformer l'étudiant en professionnel de santé	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : MOULY Christel, Faisant fonction cadre supérieur de pôle	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Dr BAUDOUX, médecin gériatre Mr RENAUD, représentant des usagers Mme FORICHON, représentant des usagers Mme PETIBON, cadre de santé IFSI Mme FAUQUE, cadre de santé IFSI Mme BARIL, cadre de santé Bloc Opératoire UCA Mme BRECHAULT, IDE référente de nuit Mr BIGNON, IDE La Loire Mme CHEVALLIER, IADE Mme AUGER, IDE Urgences
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	• Les étudiants infirmiers diplômés d'état en juillet sont embauchés par le CH de Saumur pour des remplacements de congés annuels ou d'absentéisme. • Ces nouveaux professionnels sont en difficulté lors de la réalisation de certains actes qui relèvent pourtant de la compétence infirmière. • L'organisation des soins qui prévoit une sectorisation en fonction du service d'affectation leur semble toujours difficile à maîtriser. • Ils disent se sentir en insécurité pour certains et pour d'autres pensent ne pas avoir assez de temps à consacrer à la relation soignant-soigné. • Une partie d'entre eux quitte le CH de Saumur de leur propre volonté sans toujours avoir un autre emploi. Ils évoquent une distance entre la représentation du métier et la réalité quotidienne de l'exercice. • L'observation des nouveaux professionnels montre une inégalité des compétences acquises. • L'observation du dernier stage de troisième année montre que l'étudiant n'a pas en responsabilité un secteur ce qui ne lui permet pas d'expérimenter réellement sa capacité à exercer le métier. Le stage préprofessionnel n'est pas forcément préparatoire au futur exercice professionnel. Les EIDE ne sont pas toujours positionnées comme des professionnelles – Délégation, confiance, contrôle • Le référentiel de formation précise les conditions de réalisation de ce dernier stage.
Objectifs opérationnels	• Proposer un parcours professionnalisant au cours du stage pré-pro, en lien avec le parcours patient • Identifier les actes de soins prioritaires à maîtriser facilitant la future prise de fonction • Homogénéiser les pratiques d'encadrement des étudiants au sein de l'établissement
Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 : Identifier les difficultés rencontrées par les jeunes professionnels lors de leurs prises de fonction • Créer un groupe de travail composé de : 2 cadres de santé responsable d'unité, 1 cadre de santé IFSI, 2 IDE ayant une ancienneté sur le CH inférieure à 1 an et 2 étudiants infirmiers 3^{ème} année

		○ Recenser les attendus et les difficultés rencontrées par les jeunes professionnels lors de leur prise de fonction ○ Recenser les attendus des étudiants par rapport au stage pré-pro Etape 2 : Construire et proposer une formation complémentaire à la formation tutorat sur l'encadrement d'un stage pré-professionnel Etape 3 : Proposer un parcours professionnalisant au cours du stage • Structurer le stage « pré professionnalisant » en différentes étapes de progression dans la prise en charge d'un secteur de soins • Formaliser un fiche type sur les attendus (compétences, capacités, actes) du futur professionnel en stage préprofessionnel (en lien avec le livret d'accueil du service et les objectifs de l'étudiant)- par service • Formaliser les attendus pour l'étudiant pendant son stage préprofessionnel dans chaque service. Ex : Prise en charge autonome d'un secteur de 14 patients en fin de stage • Formaliser les attendus pour l'IDE qui encadre – Posture professionnelle – Renforce la fonction de tutorat – Analyse de pratique • Uniformiser ce schéma de progression à tout l'établissement (MCO, Gériatrie, Psychiatrie) • Renforcer le suivi de l'étudiant au travers de temps spécifiques : bilan de mi-stage • Identifier les actes de soins prioritaires à maîtriser facilitant la future prise de fonction - Lister les actes techniques à maîtriser - Lister les actes administratifs à maîtriser Etape 4 : Accompagner le passage d'étudiant à jeune professionnel • Mettre en place des temps d'échanges institutionnels entre étudiants 3^{ème} année et jeunes professionnels lors du stage pré-pro afin de démystifier la future prise de fonction	
Points de vigilance			
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Cette réflexion et sa mise en œuvre sont à cout constant	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Cette réflexion et sa mise en œuvre sont à cout constant	
Résultats attendus / Recettes escomptées		Amélioration de l'attractivité en matière de recrutement de jeunes professionnels Amélioration de la prise de fonction des jeunes professionnels Diminution du nombre de professionnels paramédicaux mettant fin à leur contrat de travail dans la semaine suivant leur arrivée Stabilisation des équipes Satisfaction au travail des professionnels	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de professionnels ayant mis fin à leur contrat	x		
Enquête satisfaction des professionnels	x		
Nombre de recrutement réalisé pour un même poste		x	
Satisfaction des étudiants infirmiers de 3 ^{ème} année		x	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																							
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023
Etape 1 : Identifier les difficultés rencontrées par les jeunes professionnels lors de leur prise de fonction																							
Etape 2 : mettre en place un programme de formation « encadrement stage pré-pro » complémentaire à la formation tutorat																							
Etape 3 : Proposer un parcours professionnalisant au cours du stage																							
Etape 4 : Accompagner le passage d'étudiant à jeune professionnel en mettant en place des temps d'échange institutionnels																							

AXE 3 : Fiche n°3

Fiche-Action : RECHERCHE ET VEILLE DOCUMENTAIRE OBJECTIF GENERAL : Améliorer l'accès à l'information professionnelle pour les paramédicaux	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : MOULY Christel, Faisant fonction cadre supérieur de pôle	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Dr BAUDOUX, médecin gériatre Mr RENAUD, représentant des usagers Mme FORICHON, représentant des usagers Mme PETIBON, cadre de santé IFSI Mme FAUQUE, cadre de santé IFSI Mme BARIL, cadre de santé Bloc Opératoire UCA Mme BRECHAULT, IDE référente de nuit Mr BIGNON, IDE La Loire Mme CHEVALLIER, IADE Mme AUGER, IDE Urgences
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	• L'évolution du monde de la santé : pratiques professionnelles, législation...est rapide et nécessite une adaptation constante. • Au niveau de l'établissement une stratégie de veille documentaire n'est pas développée • La majorité des professionnels paramédicaux n'ont pas l'habitude de lire des articles professionnels, des articles de recherche • Les instituts de formation bénéficient d'un centre de documentation. Tout professionnel du CH peut avoir accès à cette documentation mais cette possibilité est peu exploitée • Les instituts sont abonnés à des revues professionnelles de manière dématérialisée • La documentaliste a mis en place un système de « veille documentaire » à destination des étudiants des instituts • Certains cadres de santé ont mis en place des systèmes d'information auprès de leur équipe : transmission d'articles à prendre connaissance. Il n'existe pas d'uniformisation de cette pratique au niveau de l'établissement • Une partie de l'encadrement est abonné à la plateforme HOSPIMEDIA. Certains de ces articles sont transmis par la direction générale à l'ensemble de l'encadrement médical et paramédical
Objectifs opérationnels	• Faciliter l'accès aux abonnements existants pour tout professionnel paramédical • Instaurer une veille documentaire au sein du centre hospitalier destinée aux professionnels paramédicaux
Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 • Faciliter l'accès aux abonnements existants pour tout professionnel • Présenter le dispositif existant (plateforme, abonnement en ligne) lors d'une réunion d'encadrement, en CSIRMT et via Convergences en sollicitant la documentaliste des instituts Définir une procédure d'accès à la plateforme documentaire existante et diffuser cette procédure auprès de tout professionnel Etape 2 • Mise en place d'une veille documentaire au sein du centre hospitalier

		○ Identifier les compétences existantes au sein du centre hospitalier concernant la réalisation de la veille documentaire ○ Estimer le temps nécessaire pour réaliser cette activité (estimation etp) ○ Réaliser un logigramme précisant les modalités de diffusion de cette veille documentaire Etape 3 • Instaurer un temps de débat, réflexion autour d'actualités lors des réunions d'encadrement : sollicitation de l'encadrement afin qu'il présente des sujets d'actualités à partir de lecture d'articles, textes de lois...	
Points de vigilance		Vérifier l'abonnement aux plateformes en ligne : nombre restreint d'abonnés ? Modalités de diffusion de l'information	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Abonnement aux revues professionnelles	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	0.10ETP documentaliste dédié à des missions pour le CH.	
Résultats attendus / Recettes escomptées		Actualisation des connaissances professionnelles Augmentation du niveau de compétences soignantes en matière de législation, innovation, recherche... Instauration d'une dynamique novatrice au sein des équipes soignantes et au niveau du groupe d'encadrement	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Procédure d'accès à la plateforme documentaire diffusée		x	
Nombre de débats réalisés par l'encadrement autour d'une actualité soignante		X	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
ETAPE 1 : Présenter la plateforme documentaire existante aux différentes instances : réunion d'encadrement, CSIRMT																									
ETAPE 2 : Elaborer un dispositif de veille documentaire destiné aux professionnels paramédicaux																									
ETAPE 3 : Présenter ce dispositif pour validation à la direction des soins																									
ETAPE 4: Présenter ce dispositif aux instances (CSIRMT) pour validation																									
ETAPE 5 : Mise en place du dispositif de veille documentaire et présentation aux paramédicaux																									
Etape 6 : Instaurer des débats menés par l'équipe d'encadrement autour d'actualités du monde de la santé																									

AXE 3 : Fiche n°4

Fiche-Action : PROMOTION DE LA RECHERCHE EN SOINS AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR OBJECTIF GENERAL : Développer une culture de recherche en soins	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi : MOULY Christel, Faisant fonction cadre supérieur de pôle	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Dr BAUDOUX, médecin gériatre Mr RENAUD, représentant des usagers Mme FORICHON, représentant des usagers Mme PETIBON, cadre de santé IFSI Mme FAUQUE, cadre de santé IFSI Mme BARIL, cadre de santé Bloc Opératoire UCA Mme BRECHAULT, IDE référente de nuit Mr BIGNON, IDE La Loire Mme CHEVALLIER, IADE Mme AUGER, IDE Urgences
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	- La recherche en soins est peu développée au sein des équipes soignantes. - Les équipes paramédicales ne sont peu ou pas formées à la démarche de recherche en soins. - Des travaux d'amélioration de la qualité de prise en charge sont menés au sein des équipes mais ne sont pas valorisés sous la forme de travaux de recherche. Ils ne sont pas dans l'ensemble communiqués au sein de l'institution et ne sont pas publiés - Une demi-journée de recherche en soins a eu lieu en mai 2018 au sein du centre hospitalier - Des professionnels ont pu participer aux journées francophones de recherche en soins qui ont lieu chaque année à Angers - Le service de médecine interne va participer au projet de recherche régional IMPACTT en 2019 - Les étudiants IDE sont sensibilisés à la démarche recherche au travers du travail de fin d'études. - Au niveau régional, des visioconférences intitulées « Jeudi de la recherche » sont organisées
Objectifs opérationnels	- Valoriser les travaux d'amélioration de la qualité des soins réalisés par les équipes - Favoriser le développement de la culture Recherche en soins au sein des équipes soignantes - Accompagner les professionnels à la lecture d'articles scientifiques et de recherche
Descriptif Actions (étapes par étapes)	Etape 1 Valorisation des différents travaux - Communiquer au sein de l'institution sur les différents travaux réalisés (réunion d'encadrement, réunion CSIRMT, Convergences) - Encourager et accompagner les équipes dans la publication d'articles présentant les travaux réalisés : articles au niveau de la presse locale et articles au sein de la presse professionnelle - Encourager les équipes à présenter leurs réflexions et travaux au sein de congrès professionnels (journées francophones de recherche en soins)

		Etape 2 Développement de la culture recherche en soins - Favoriser l'accès des soignants aux Jeudis de la recherche - Favoriser l'accès aux formations en lien avec la recherche en soins - Réaliser une demi-journée de recherche en soins au centre hospitalier - Mettre en place des temps de lecture d'articles de recherche type « café lecture » ouverts à tous les professionnels soignants Etape3 Participation à des travaux de recherche - Inscrire les équipes soignantes au sein de projets de recherche régionaux	
Points de vigilance		L'accès en ligne aux différentes visioconférences (PC compatibles, disponibilité des salles de visioconférences, coût de ces accès)	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Matériels informatiques adaptés	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Résultats attendus / Recettes escomptées		Meilleure connaissance des travaux de réflexion menés au sein de l'établissement Valorisation des équipes Amélioration de l'image du centre hospitalier de Saumur auprès des usagers Mise en place d'une dynamique positive au sein des équipes Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients Développement des compétences soignantes	

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de demi-journée de recherche réalisée		x	
Nombre de professionnels ayant participé à la demi-journée de recherche en soins		x	
Nombre de professionnels ayant participé aux journées		x	

francophones de recherche			
Nombre d'équipe soignante participant à des projets de recherche		x	
Nbre d'articles professionnels rédigés par les paramédicaux publiés		x	

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Etape 1 : Valorisation des différents travaux - Recenser les travaux réalisés au sein des équipes - Organiser une demi-journée de présentation au niveau institutionnel - Publier des articles au sein de la presse locale et professionnelle																									
Etape 2 : Développement de la culture de recherche en soins																									
Etape 3 : Participation à des travaux de recherche																									

AXE 4 : Fiche n°1

Fiche-Action : Compétences et formations	
OBJECTIF GENERAL : IDENTIFICATION, SECURISATION ET PARTAGE DES COMPETENCES PARAMEDICALES -	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Laurent FAUQUE CSS et pilote, Michel RENAUD représentant des usagers, Martine COTEREAU responsable du service formation, Charlotte BOULET CS, Laurence LEFEBVRE aide soignante, Patricia SICAULT diététicienne, Virginie MERIENNE Présidente AILS, Catherine DUARTE puéricultrice, Kévin JAOUEN manipulateur PCR, Monia BOURDEAU PPH, Romain VAILLANT IDE, Véronique NOUVEAU IDE
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	1. Les passeports de formation ne sont en place que pour les IDE et AS Part plus importante des formations institutionnelles qui sont plus ciblées sur les formations en lien avec les passeports formation 2. Les compétences spécifiques, les expertises, les expériences des professionnels sont méconnues, parfois peu utilisés (ex : aromathérapie, pansements complexes, hypnose, informatique, gestion des risques,) Des compétences spécifiques sont parfois manquantes dans certains services et ne sécurisent pas la continuité des prises en charge (soins palliatifs, évaluation gériatrique, EEG...) Chaque Pole établit son plan de formation en fonction de ses besoins spécifiques Certaines compétences spécifiques ne sont pas toujours disponibles quand elles ne reposent que sur une personne (ETP, EMG, EMSP..) 3. Les agents ont parfois du mal à partir en formation pour maintenir et développer leurs compétences 4. Méconnaissance du concept compétence
Objectifs opérationnels	1. Chaque métier paramédical aura formalisé son passeport formation 2. Développer les compétences spécifiques liées aux lieux d'exercices et assurer la continuité des soins spécifiques (au minimum 2 personnes formées par compétence) Informar les professionnels sur les compétences professionnelles spécifiques disponibles au sein du CH Avoir un outil partagé pour connaître et faire appel aux compétences de chacun 3. Mettre en place un fonctionnement et des organisations spécifiques permettant de légitimer le départ en formation des agents (1 agent de moins sur la journée) 4. Eclaircir le concept de compétence sur le CH
• Descriptif Actions (étapes par étapes)	1. Déploiement du passeport formation à tous les paramédicaux du CH ✓ Etape 1 : Recenser les passeports à créer ✓ Etape 2 : Rencontrer les Professionnels concernés avec leur cadre ✓ Etape 3 : Rédiger les passeports ✓ Etape 4 : Valider les passeports rédigés ✓ Etape 5 : tester les passeports rédigés sur une profession ✓ Etape 6 : Déployer les passeports pour les professionnels concernés ✓ Etape 7 : Evaluation du dispositif passeport de formation

	2. Recenser les compétences spécifiques, les expertises. Développer un outil d'identification de ses compétences et de mise à disposition – type « LINKEDIN » par exemple (offre et demande) – Place du marché ✓ Etape1 : envoyer un mail à tous les cadres pour lister les compétences existants dans leur service, avec le nom des agents ✓ Etape 2 : Elaborer un listing par ordre alphabétique des compétences et expertises existantes avec pour chaque compétence le nom des agents, leur service et le numéro de téléphone ✓ Etape 3 : Diffuser le listing par informatique sur G et/ou intranet ✓ Etape 4 : informer les encadrants et les agents de l'existence de se listing ✓ Etape 5 : Evaluation de l'outil : connaissance de l'existence du listing, est-il pratique à utiliser... ✓ Etape 6 : Mise à jour semestrielle / annuelle du listing • Identifier les agents susceptibles d'entrer dans un parcours de spécialisation et Formation professionnelle ✓ Etape 1 : Rappel aux Cadres de l'aborder lors des entretiens annuels ✓ Etape 2 : Extraire l'identification de Gesform • Identifier les besoins communs de professionnels (anticipation) par Pôle et les transferts de connaissances possibles (organiser le soin en cas d'absentéisme inopiné, éducation thérapeutique,) ✓ Etape1 : Lister les compétences nécessaires pour chaque service (encadrement) ainsi que les compétences existantes ✓ Etape 2 : faire le bilan des besoins en formation (formation externe, interne ou compagnonnage selon la compétence) ✓ Etape 3 : proposer les formations nécessaires aux agents du service ✓ Etape 4 : envoyer les agents volontaires en formation • Augmenter la polyvalence des professionnels dans un service organisé par sectorisation des tâches. ✓ Etape 1 : recenser les différentes tâches dans les services concernés ✓ Etape 2 : Former les professionnels aux différentes tâches (formation externe, interne ou compagnonnage selon la tâche) ✓ Etape 3 : Elaborer une rotation des professionnels formés afin qu'ils maintiennent un niveau de compétences suffisant pour les tâches pour lesquelles ils sont formés ✓ Etape 4 : réaliser une enquête de satisfaction auprès des professionnels 3. Anticipation de l'organisation des services pour favoriser les départs en formation. Idem pour les partages de compétences ✓ Etape 1 : Recenser les organisations spécifiques existantes favorisant les départs en formation ou le partage de compétences dans les services. Si oui, les décrire. Si non, quels sont les freins pour permettre ces départs ✓ Etape 2 : Proposer aux services concernés de réfléchir à la formalisation d'une organisation (partage de l'existant) ✓ Etape 3 : Evaluation des organisations 1^{er} trimestre 2022 • Considérer la formation comme une activité à part entière. Evolution des représentations. ✓ Etape 1 : Information des cadres et des chefs de service ✓ Etape 2 : Information en réunion de service 4. Mise en place d'une formation/information ou autre explicitant le concept de compétence ✓ Etape 1 : solliciter Charlotte BOULET pour la création de l'outil
--	--

Points de vigilance		✓ Etape 2 : création de l'outil en groupe de travail intégrant l'IFSI ✓ Etape 3 : Validation de l'outil par la DS ✓ Etape 4 : Déploiement de l'outil auprès des personnels encadrant ✓ Etape 5 : Déploiement de l'outil auprès de professionnels soignants ✓ Etape 6 : Evaluation et réajustement du dispositif à n+1 Perte relative des expertises individuelles en lien avec un travail sur un périmètre élargi. Comment mettre en œuvre le partage des compétences sans désorganiser l'activité des services. Définition erronée de la notion de compétence	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Résultats attendus / Recettes escomptées			

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de métiers avec passeport formation		xx	100% des métiers paramédicaux auront un passeport formation fin 2022
Mise en place d'un outil d'échange des compétences spécifiques		xx	Un outil efficient et opérationnel est en place en 2023
Nombre de binômes ou plus formés pour les compétences spécifiques		xx	100% des compétences soignantes spécifiques sont assurées par au binôme au minimum en 2023
% d'agents soignants qui se forment dans l'année		xx	90 % des agents soignants

			partent au moins 1 fois en formation dans l'année en 2023
% d'agents soignants qui se forment dans l'année	xx		xx % des agents soignants partent au moins 1 fois en formation dans l'année en 2021
Mise en place de règles de fonctionnement et d'organisation dans les services pour les départs en formation		xx	100% des services ont mis en place une organisation favorisant le départ en formation des agents en 2020
Création d'un outil explicitant le concept de compétence	xx		Outil opérationnel en 2019
% de l'encadrement médical et paramédical formé		Xx xx	100% de l'encadrement médical et non médical a bénéficié de la formation/information en 2021 80% des personnels paramédicaux ont bénéficié de la formation/information en 2023

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
						2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
		25	50	75	100																				
1. Passeport formation																									
Etape 1 : Recenser les passeports à créer	Laurent Fauque + Martine COTEREAU																								
Etape 2 : Rencontrer les Professionnels concernés ainsi que leur cadre	Laurent Fauque + Martine COTEREAU																								
Etape 3 : Rédiger les passeports	Laurent Fauque + Martine COTEREAU																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Etape 4 : Valider les passeports rédigés	C CHAMPION + L COURCOL																								
Etape 5 : tester les passeports rédigés	Service définir																								
Etape 6 : Déployer les passeports pour les professionnels concernés	Service formation																								
Etape 7 : Evaluation du dispositif passeport de formation	M COTEREAU + L FAUQUE																								
2. Recenser les compétences spécifiques, les expertises. Développer un outil d'identification de ses compétences et de mise à disposition – type « LINKEDIN » par exemple (offre et demande) – Place du marché																									
Etape1: envoyer un mail à tous les cadres pour lister les compétences et expertises existantes dans leur service, avec le nom des agents	Groupe de travail																								
Etape 2 : Elaborer un listing par ordre alphabétique des compétences existantes avec pour chaque compétence le nom des agents, leur service et le numéro de téléphone	Groupe de travail																								
Etape 3 : Diffuser le listing par informatique sur G	Service informatique																								
Etape 4 : informer les encadrants et les agents de l'existence de se listing	Groupe de travail + service communication																								
Etape 5 : Evaluation de l'outil	Groupe de travail																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Etape 6 : Mise à jour semestrielle/ annuelle du listing	Groupe de travail																								
Identifier les agents susceptibles d’entrer dans un parcours de spécialisation et Formation professionnelle																									
Etape 1 : Rappel aux Cadres de l’aborder lors des entretiens annuels	Direction des soins																								
Etape 2 : Extraire l’identification de Gesform	Service formation																								
Augmenter la polyvalence des professionnels dans un service organisé par sectorisation des taches																									
Etape 1 : Identifier les services concernés et recenser les différentes tâches	encadrement																								
Etape 2 : Former les professionnels aux différentes tâches (formation externe, interne ou compagnonnage selon la tâche)	Encadrement et service formation																								
Etape 3 : Elaborer une rotation des professionnels formés afin qu’ils maintiennent un niveau de compétences suffisant pour les tâches pour lesquelles ils sont formés	Encadrement et professionnels																								
Etape 4 : réaliser une enquête de satisfaction auprès des professionnels	Cadres des services concernés																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Identifier les besoins communs de professionnels (anticipation) par Pôle et les transferts de connaissances possibles (organiser le soin en cas d'absentéisme inopiné, éducation thérapeutique,)																									
Etape1 : Lister les compétences nécessaires pour chaque service ainsi que les compétences existantes	encadrement																								
Etape 2 : faire le bilan des besoins en formation (formation externe, interne ou compagnonnage selon la compétence)	Encadrement + service formation																								
Etape 3 : proposer les formations nécessaires aux agents du service	Service formation + encadrement																								
Etape 4 : envoyer les agents volontaires en formation	Service formation																								
3. Anticipation de l'organisation des services pour favoriser les départs en formation. Idem pour les partages de compétences																									
Etape 1 : Recenser les organisations spécifiques favorisant les départs en formation ou le partage de compétences dans les services . Si oui, la décrire. Si non, quels sont les freins pour permettre ces départs	Cadres Sup + Cadres																								
Etape 2 : Proposer aux services concernés de réfléchir à la formalisation d'une organisation (partage de l'existant)	DS + CSS + CS																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Etape 3 : Evaluation des organisations	CS + leurs équipes des services concernés																								
Considérer la formation comme une activité à part entière. Evolution des représentations																									
Etape 1 : Information des Cadres et chefs de service	DS + CSS + Service formation																								
Etape 2 : Information en réunion de service	Cadre + cadre sup + sce formation																								
4. Clarifier le concept « compétences »																									
Etape 1 : solliciter Charlotte BOULET pour la création de l'outil de formation ou d'information + groupe de travail	DS																								
Etape 2 : création de l'outil en groupe de travail intégrant l'IFSI	Charlotte BOULET + Groupe de travail																								
Etape 3 : Validation de l'outil par la DS	DS																								
Etape 4 : Déploiement de l'outil auprès des personnels encadrant	Charlotte BOULET + Service formation si formation																								
Etape 5 : Déploiement de l'outil auprès de professionnels soignants	Charlotte BOULET + encadrement + Service formation si formation																								
Etape 6 : Evaluation et réajustement du dispositif à n+1	Charlotte BOULET + gp de W + DS																								

AXE 4 : Fiche n°2

Fiche-Action : FORMATION PAR LA METHODE DE SIMULATION EN SANTE OBJECTIF GENERAL : AMELIORER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS A RISQUES	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Laurent FAUQUE CSS et pilote, Michel RENAUD représentant des usagers, Martine COTEREAU responsable du service formation, Charlotte BOULET CS, Laurence LEFEBVRE aide soignante, Patricia SICAULT diététicienne, Virginie MERIENNE Présidente AILS, Catherine DUARTE puéricultrice, Kévin JAOUEN manipulateur PCR, Monia BOURDEAU PPH, Romain VAILLANT IDE, Véronique NOUVEAU IDE
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	• Les professionnels de santé sont confrontés de façon aléatoire à des situations à risque comme par exemple l'arrêt cardio-respiratoire d'un patient ou encore les urgences chirurgicales. • La qualité de la prise en soins lors de ces situations dépend de la capacité du soignant à mettre en œuvre les bonnes pratiques revues de façon régulière et dans un contexte proche de la réalité. • Actuellement les formations à la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire sont assurées en dehors de la réalité du terrain hospitalier (AFGSU 2). Les professionnels restent en difficultés lors de la gestion de ce type de situation. • Il n'existe pas au CH de formation en simulation au bloc opératoire. • Le service de gynécologie obstétrique et le service de pédiatrie ont amorcé des formations par la simulation via un partenariat avec le réseau sécurité naissance. • Le secteur de psychiatrie utilise la méthode par simulation pour la contention et la mise en chambre d'isolement • Nous disposons au sein du CH et des instituts de formation de moyens partagés tel que simulateurs de taches et mannequins basse fidélité. Nous faisons partie du GHT 49 dans lequel se trouve le CHU d'Angers qui a été le précurseur de la simulation en santé.
Objectifs opérationnels	• Développer les compétences des professionnels de santé paramédicaux lors des prises en charge à risque. • Réactualiser ses connaissances en matière de bonnes pratiques • Améliorer l'inter-professionnalité et accroître la compétence collective • Analyser les pratiques professionnelles en équipe lors de simulation • Déterminer une politique organisant et graduant cette offre de formation pour les paramédicaux
Descriptif Actions (étapes par étapes)	• Etape 1 : Recenser les différentes formations par simulation possibles • Etape 2 : Identifier les formations prioritaires • Etape 3 : Identifier les personnes ressources pour s'investir dans de la formation par simulation • Etape 4 : Identifier les professionnels à former • Etape 5 : Permettre aux agents de se former par la simulation
Points de vigilance	• Moyens en locaux, moyens en temps (formation des formateurs), en moyens financiers • Mettre dans la balance formation avec formateurs internes et intervenants extérieurs

Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Une salle de simulation est prévue sur le campus universitaire à partir de septembre 2020-2021	
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Cout constant	
Résultats attendus / Recettes escomptées			

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
nombre d'agents formés	xx		Progression du nombre d'agents formés
Pourcentage de formations par simulation proposées en lien avec les situations de soins à risque identifiées lors de l'étape 2		xx	10% au plan 2021 20% au plan 2022 30% au plan 2023
Intégration des formations par simulation dans les passeports formation		xx	100% en 2021

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapes	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4 2023
		25	50	75	100																				
Etape 1 : Recenser les différentes formations par simulation possibles	DS + service formation																								
Etape 2 : Identifier les formations prioritaires	DS																								
Etape 3 : Identifier les personnes ressources pour s'investir dans de la formation par simulation	DS + CME																								
Etape 4 : Identifier les professionnels à former	DS + CSS + CS																								
Etape 5 : Permettre aux agents de se former par la simulation (sous réserve de mise en place)	CSS + CS + Service formation																								

AXE 4 : Fiche n°3

Fiche-Action : RECRUTEMENT ET ACCUEIL DES NOUVEAUX PARAMEDICAUX	
OBJECTIF GENERAL : AMELIORER LA QUALITE DU RECRUTEMENT ET L'ACCUEIL DES PARAMEDICAUX	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Laurent FAUQUE CSS et pilote, Michel RENAUD représentant des usagers, Martine COTEREAU responsable du service formation, Charlotte BOULET CS, Laurence LEFEBVRE aide soignante, Patricia SICAULT diététicienne, Virginie MERIENNE Présidente AILS, Catherine DUARTE puéricultrice, Kévin JAOUEN manipulateur PCR, Monia BOURDEAU PPH, Romain VAILLANT IDE, Véronique NOUVEAU IDE
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	1. Le recrutement du CH de Saumur est organisé et s'appuie sur un document type permet un relevé des principaux éléments échangés au cours de l'entretien. Cependant en regard des difficultés rencontrées lors du compagnonnage des nouveaux professionnels il semble nécessaire d'explorer plus avant leurs capacités. 2. La méthode et les attendus du compagnonnage dans chaque service ne font pas l'objet de documents formalisés. 3. CONSTATS : Difficultés de recrutement des métiers aides soignants et infirmiers renforcées. ▪ concurrence entre les établissements, ▪ la sortie tardive des promotions sur le marché du travail majorent la situation. ▪ En 2017 et 2018 plusieurs infirmiers ont quitté le CH après quelques heures, une seule journée de présence d'autres à l'issue de deux ou 5 jours de compagnonnage. 4. Une journée d'accueil des nouveaux professionnels existe à l'échelle du CH. Elle a lieu à distance de la prise de poste. ▪ Elle n'est pas obligatoire et pas toujours accessible aux nouveaux arrivants
Objectifs opérationnels	1. Revisiter le document type de recrutement en lien avec les attendus d'un nouveau professionnel (capacités, compétences, actes maîtrisés (transfusion, calcul de dose.....)) 2. Formaliser un document sur la méthode et les attendus du compagnonnage dans chaque service (liste des actes et compétences incontournables nécessaires à l'arrivée dans le poste puis celles à acquérir dans les 3 et 6 mois qui suivent. (procédure) 3. Lors des affectations organiser la concordance entre les actes maîtrisés et les actes incontournables pour l'arrivée dans le service. (Document d'aide à la décision) ▪ Etablir les modalités de compagnonnage pour chaque service du CH. (Procédure) ▪ Proposer une évaluation de l'accueil à chaque professionnel paramédical recruté (construire un questionnaire et ses modalités de mise en œuvre) cf questionnaire pour les stagiaires IFSI-IFAS 4. Optimiser la journée d'accueil
Descriptif Actions (étapes par étapes)	1. Mise à jour du document type de recrutement en lien avec les attendus d'un nouveau professionnel sur le CH et par service. ✓ Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail ✓ Etape 2 : Recensement des supports existants ✓ Etape 3 : Elaboration d'un guide de l'entretien de recrutement pour le création d'un support par service ✓ Etape 4 : Validation ✓ Etape 5 : Mise en œuvre du support ✓ Etape 6 : Evaluation

		2. Formaliser un document sur la méthode et les attendus du compagnonnage dans chaque service. ✓ Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail ✓ Etape 2 : Recensement des supports existants ✓ Etape 3 : Elaboration d'un guide de tutorat/compagnonnage par service ✓ Etape 4 : Validation ✓ Etape 5 : Mise en œuvre du support ✓ Etape 6 : Evaluation 3. Adapter les livrets d'accueil à destination des soignants dans les services ✓ Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail ✓ Etape 2 : Prendre contact avec le COPIL TUTORAT du CH de Saumur ✓ Etape 3 : Récupérer les livrets d'accueil d'étudiants existants ✓ Etape 4 : Rédaction des livrets d'accueil par service ✓ Etape 5 : Validation ✓ Etape 6 : Mise en œuvre ✓ Etape 7 : Evaluation 4. Optimiser l'accueil d'un nouveau professionnel paramédical arrivant dans un service ✓ Etape 1 : Se mettre en rapport avec le groupe « Projet Social » ✓ Etape 2 : Problématique traitée par le groupe « Projet social »	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés	Coût constant	
Résultats attendus / Recettes escomptées			

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Modification du support d'entretien		xx	Le nouveau support est opérationnel
pourcentage de départs précoces (5j, 1 mois, 3 mois)		xx	0% à 5 j 0 % à 1 mois 25% à 3 mois
Nombre de service ayant rédigé un document spécifique des soins propres au service		xx	100 % en 2021
Mise en place de règle d'accueil et/ou de compagnonnage dans chaque service			
Nombre de participants aux journées d'accueil/ nombres d'agents recrutés		xx	50% en 2020 60 en 2021 Progression les années suivantes
Listing par service des professionnels référents dans l'accueil des nouveaux arrivants	xx		

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1 2019	T2 2019	T3 2019	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020	T4 2020	T1 2021	T2 2021	T3 2021	T4 2021	T1 2022	T2 2022	T3 2022	T4 2023 2022	T1 2023	T2 2023	T3 2023	T4
		25	50	75	100																				
1. Mise à jour du document type de recrutement en lien avec les attendus d'un nouveau professionnel sur le CH et par service.																									
Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail	CSIRMT + CS +référénts des services quand ils existent																								
Etape 2 : Recensement des supports existants	Groupe de travail																								
Etape 3 : Elaboration d'un guide de l'entretien de recrutement pour le création d'un support par service	Groupe de travail + cadre des services concernés																								
Etape 4 : Validation	Direction des soins																								
Etape 5 : Mise en œuvre du support	Cadres des services + référents quand ils existent																								
Etape 6 : Evaluation	Groupe de travail +DS +CSIRMT																								
2. Formaliser un document sur la méthode et les attendus du compagnonnage dans chaque service.																									
Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail	CSIRMT + CS +référénts des services quand ils existent																								
Etape 2 : Recensement des supports existants	Groupe de travail																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
Etape 3 : Elaboration d'un guide de tutorat/compagnonnage par service	Groupe de travail + cadre du service concerné																								
Etape 4 : Validation	Direction des soins																								
Etape 5 : Mise en œuvre du support	Cadres des services + tuteurs/compagnons																								
Etape 6 : Evaluation	Groupe de travail + DS + CSIRMT																								
3. Adapter les livrets d'accueil à destination des soignants dans les services																									
Etape 1 : Constitution d'un groupe de travail	CSIRMT + CS + tuteurs des services quand ils existent																								
Etape 2 : Prendre contact avec le COPIL TUTORAT du CH de Saumur	Groupe de travail																								
Etape 3 : Récupérer les livrets d'accueil d'étudiants existants	Groupe de travail																								
Etape 4 : Rédaction des livrets d'accueil par service	Groupe de travail + cadre du service concerné																								
Etape 5 : Validation	Direction des soins																								

Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023	2023	2023
Etape 6 : Mise en œuvre	Cadres des services																									
Etape 7 : Evaluation	Groupe de travail + DS + CSIRMT																									
4. Optimiser l'accueil d'un nouveau professionnel paramédical arrivant dans un service																										
Etape 1 : Se mettre en rapport avec le groupe « Projet Social »																										
Etape 2 : Problématique traitée par le groupe « Projet social »																										

AXE 4 : Fiche n°4

Fiche-Action : Parcours professionnels : de l'expression à la réalisation	
OBJECTIF GENERAL : Favoriser l'expression et la réalisation de parcours professionnels	
Responsable de l'action, de son évaluation et de son suivi :	Membres du groupe de travail (nom et fonction) : Laurent FAUQUE CSS et pilote, Michel RENAUD représentant des usagers, Martine COTEREAU responsable du service formation, Charlotte BOULET CS, Laurence LEFEBVRE aide soignante, Patricia SICAULT diététicienne, Virginie MERIENNE Présidente AILS, Catherine DUARTE puéricultrice, Kévin JAOUEN manipulateur PCR, Monia BOURDEAU PPH, Romain VAILLANT IDE, Véronique NOUVEAU IDE
Diagnostic de l'existant /Description de la problématique	1. Les professionnels internes au CH connaissent mal l'établissement, les services, les spécificités, les ressources possibles (possibilités de mobilité, de formation, de parcours,...), les prises en charge 2. Les professionnels externes connaissent mal l'établissement, les services, les spécificités, les ressources possibles (possibilités de mobilité, de formation, de parcours,...), les prises en charge. 3. Il existe depuis mai 2018 une procédure « accompagnement d'un projet cadre de santé ». Des fonctions spécifiques sont identifiées permettant de positionner des IDE ayant un projet de promotion professionnelle vers un poste de cadre sur un poste avec des responsabilités d'encadrement, depuis le repérage des potentiels jusqu'à l'entrée à l'IFCS. (IDE coordinateur en EHPAD, IDE référent de nuit) 4. Les parcours professionnels sont parfois difficiles à mettre en place dans le cadre de la mobilité ou de l'évolution professionnelle et l'allongement des carrières
Objectifs opérationnels	1. Echange des pratiques et des connaissances 2. Améliorer le lien ville/hôpital dans la connaissance de l'établissement ... 3. Mettre en place d'autres parcours de promotion professionnelle sur le modèle « accompagnement d'un projet cadre de santé ». Projet AS, projet IDE, projet IDE spécialisée, projet IDEPA, projet PPH 4. Conforter un projet ou un changement – Accompagnement tout au long du projet Inciter chaque professionnel à expliciter un parcours professionnel en lien avec l'évolution des métiers. Où, comment, à qui s'adresser
Descriptif Actions (étapes par étapes)	1. Permettre aux agents d'assurer les remplacements de moyenne et longue durée (jour et nuit) dans tous les services du CH ✓ Etape1 : Recenser lors des entretiens annuels les agents intéressés par un remplacement de moyenne ou longue durée ainsi que le ou les services envisagés ✓ Etape 2 : Etablir une liste des agents intéressés par un remplacement ✓ Etape 3 : Recensement des besoins internes par la DS ✓ Etape 3 bis : Recensement des besoins externes par la DS ✓ Etape 4 : Diffuser ces listes aux encadrants, ✓ Etape 5 : L'encadrant du service demandeur rencontre le ou les agents intéressés par son service afin de faire son choix ✓ Etape 6 : L'agent retenu fait son remplacement

		- Favoriser les stages de découverte en lien avec les projets professionnels des agents au sein du CH + information, formation ponctuelle sur une prise en charge particulière (réunion d'équipe, staff) ✓ Etape 1 : Recenser les agents intéressés ✓ Etape 2 : Elaboration par l'agent d'une lettre de motivation ✓ Etape 3 : Prendre contact avec l'encadrant du lieu d'accueil pour organiser le stage ✓ Etape 4 : Réalisation du stage 2. Favoriser les échanges de pratique et de connaissances et les stages de comparaison dans le cadre du lien ville/hôpital : Professionnels libéraux, préparatrices en pharmacie, pompiers, Accueil de professionnels libéraux en pédiatrie, aux urgences, à l'UMA, SSR cardio ✓ Etape 1 : Recenser les besoins internes et externes par profession ✓ Etape 2 : Communiquer auprès des professionnels extérieurs sur la possibilité d'effectuer un stage de comparaison au sein du CH ✓ Etape 3 : Elaboration par l'agent ou le professionnel extérieur d'une lettre de motivation ✓ Etape 4 : Prendre contact avec l'encadrant du lieu d'accueil pour organiser le stage ✓ Etape 5 : Réalisation du stage 3. Rédaction de procédures « accompagnement d'un projet aide-soignant », « accompagnement d'un projet IDE », « accompagnement d'un projet IDE spécialisé », « accompagnement d'un projet PPH », IDEPA..... ✓ Etape1 : rédaction des procédures ✓ Etape 2 : Validation par la DS + DRH ✓ Etape 3 : Mise en œuvre ✓ Etape 4 : Evaluation 4. Faire le lien entre les différents outils mis à disposition du parcours professionnel : Passeport formation, entretiens professionnels annuels, Bourses aux emplois... entre agents et encadrants ✓ Etape 1 : faire une information conjointe au personnel sur les outils GPMC existants	
Points de vigilance		Pertinence des projets, Besoins de l'établissement Coût financier	
Moyens matériels et achats	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		
Moyens humains et recrutements	Mutualisation à moyens constants ou Coûts estimés		

Résultats attendus / Recettes escomptées	Meilleure qualité de vie professionnelle Adaptation des besoins et des compétences
--	---

Indicateurs			
Intitulé	Indicateur de suivi	Indicateur de résultat	cible
Nombre de procédures « accompagnement d'un projet... » rédigés	X		1 procédure par fonction
Pourcentage parcours engagés en lien avec les procédures	x		100% des études promotionnelles s'inscrivent dans les parcours formalisés 2023
Pourcentage de parcours aboutis sur le nombre de parcours engagés		X	
Nombres de stages de comparaison et/ou de découverte proposés	X		
Nombre de stages de comparaison et/ou de découverte réalisés par des professionnels externes	x		
Nombre de stages de comparaison et/ou de découverte réalisés par des professionnels internes	x		
Nombre de remplacements proposés en interne		x	
Nombre de remplacements réalisés en interne		X	
Information pour les personnels réalisée annuellement		X	1/an

CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE																									
Etapas	Acteurs	Etat réalisation (%)				T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		25	50	75	100	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2023
1. Permettre aux agents d'assurer les remplacements de moyenne et longue durée (jour et nuit) dans tous les services du CH																									
Etape1 : Recenser les agents intéressés par un remplacement de moyenne ou longue durée ainsi que le ou les services envisagés	Encadrement lors des entretiens professionnels																								
Etape 2 : Etablir une liste des agents intéressés par un remplacement	Direction des soins																								
Etape 3 : Recensement des besoins internes par la DS Etape 3 bis : Recensement des besoins externes par la DS	Direction des soins																								
Etape 4 : Diffuser cette liste aux encadrants	Groupe de travail + service informatique																								
Etape 5 : L'encadrant du service demandeur rencontre le ou les agents intéressés par son service afin de faire son choix	Encadrement																								
Etape 6 : L'agent retenu fait son remplacement	Agent																								
• Favoriser les stages de découverte en lien avec les projets professionnels des agents au sein du CH + information, formation ponctuelle sur une prise en charge particulière (réunion d'équipe, staff)																									
Etape 1 : Recenser les agents intéressés	Encadrement (lors des entretiens)																								
Etape 2 : Elaboration par l'agent d'une lettre de	Agent																								

[illegible]

5. METHODOLOGIE DU SUIVI DU PROJET DE SOINS

Chaque pilote d'axe reste responsable du suivi de son axe.

Il coordonne les avancées avec les pilotes et co-pilotes des fiches projets.

Il est responsable pour son axe du bilan annuel à présenter en CSIRMT.

Pour chaque fiche projet un appel à candidature est réalisé auprès des membres des groupes de travail pour désigner un pilote et un co-pilote.

La direction des soins nomme un pilote et un co-pilote par fiche projet.

L'organisation des rencontres pour le suivi du projet de soins :

- ✓ Une rencontre par trimestre pour chaque axe.
- ✓ Des rencontres dont le rythme est décidé avec le responsable d'axe pour le pilotage des fiches.
- ✓ Un bilan annuel est présenté à la CSIRMT et figure dans le rapport d'activité de la direction des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Chaque fiche projet doit être mise en œuvre en collaboration avec les médecins impliqués dans les thématiques similaires du projet médical.

6. CONCLUSION

L'ambition de ce travail est de permettre l'engagement des patients dans l'objectif de co-construire avec eux leur projet personnalisé de soins, de santé et de vie. Pour ce faire, l'équipe médico-soignante doit déplacer son modèle conceptuel. Il s'agira alors d'intégrer le savoir expérientiel de la personne soignée comme un élément constitutif des décisions qui la concerne. Cette nouvelle approche s'accompagnera d'une évolution des propositions faites aux usagers tant dans l'offre de soins que dans les modalités d'accompagnement de celle-ci. La qualité des soins dispensés reste une préoccupation centrale portée en particulier par l'axe 4 mais existante en réalité dans toutes les fiches. Les pathologies chroniques, au premier plan des préoccupations de notre bassin de population, bénéficieront à l'avenir d'une approche qui permettra sans doute une plus grande satisfaction de tous les acteurs. Notre défi, dans les quatre années à venir sera la mise en œuvre de ce projet de soins et son adaptation aux évolutions du système de santé.