

PROJET DE SOINS

1. Introduction

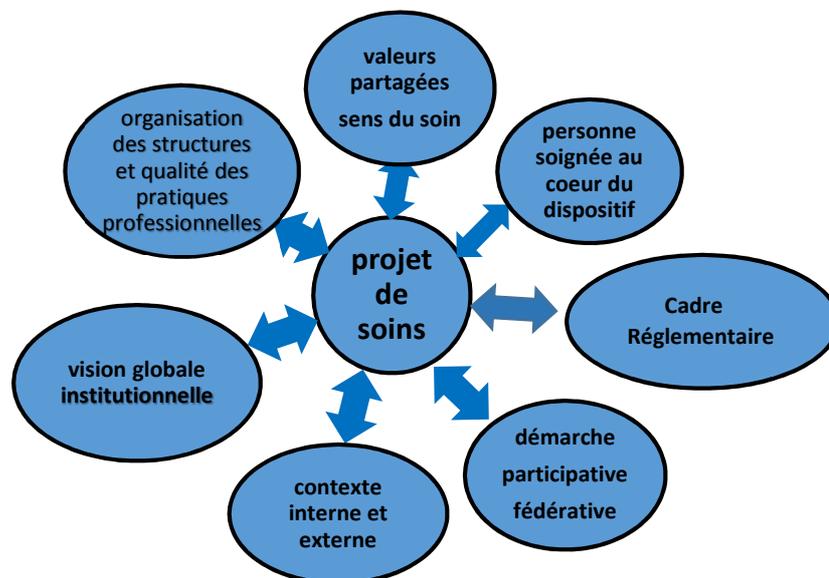
Constitutif du projet d'établissement au même titre que le projet médical, le projet social et le projet qualité, le projet de soins est un document réglementaire, pluriannuel, élaboré pour la période de 5 ans, 2015/2020.

S'engager dans une démarche projet c'est donner du sens aux activités, à l'organisation et c'est aussi clarifier les missions soignantes à l'égard des personnes soignées et de l'ensemble des partenaires.

Il est composé de la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques des projets médical et social et des axes et objectifs destinés à guider les soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques. Ces derniers sont centrés sur la qualité et l'organisation des soins, le management, l'évaluation, la formation et la recherche.

Le projet de soins basé sur des valeurs partagées par les professionnels doit être ambitieux, opérationnel, réalisable et être une référence pour les pratiques au sein des unités, les attentes des usagers, leur famille et entourage.

Tout professionnel soignant doit pouvoir faire en permanence le lien entre son activité et le contenu du projet.



Objectif du document

Ce document vise à présenter l'ensemble des travaux menés en vue de contribuer à la définition d'une vision commune et partagée des soignants et d'identifier les grands chantiers à mettre en œuvre au niveau du soin.

Il comporte plusieurs parties

→ L'objet de l'avant-propos est la réflexion préparatoire conduite sur le soin en psychiatrie et l'essence du projet de soins. Elle propose un cadre de références éthiques et de valeurs, des conceptions sur le sens du travail quotidien commun à partir desquelles se déclinent les autres parties du document.

→ La partie 1 est composée de 3 sous parties qui sont le contexte interne, le bilan du projet antérieur 2006-2011 et une évaluation de sa forme, la méthodologie utilisée pour sa rédaction, sa validation.

→ La partie 2 décline tout d'abord les thèmes généraux qui sous-tendent les grandes lignes de ce que le projet de soins 2015/2020 a vocation à réaliser.

La 2^e sous-partie “Les axes stratégiques du projet de soins” décrit et explicite les objectifs, les indicateurs et les actions retenus autour de 4 axes:

- Le parcours du patient
- Le parcours professionnel
- L’organisation et la qualité de vie au travail
- La recherche et l’innovation

La suite du document est consacrée aux 11 « fiches actions » qui sont la déclinaison opérationnelle des axes stratégiques. A noter, trois fiches actions annexes viennent en complément et concernent des pratiques soignantes visant l’amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge.

En fin de deuxième partie un calendrier prévisionnel présente la programmation de la mise en œuvre de 2015 à 2020.

2. Avant-propos

2.1 Le soin de façon généraliste et spécifique au CH Montperrin

Le soin en psychiatrie croise diverses pratiques, différents regards, approches, courants, qui contribuent à l’élaboration du projet de soins.

Toutes ces différences nous rassemblent, nous unissent, autour et pour le patient pour :

- Tendre à améliorer le soin du service public avec un devoir de prévention, de suivi, et de réhabilitation de la personne soignée dans la société
- Se réinventer en tant qu’hôpital de service public, assurant à tous un égal accès en maintenant la permanence et la continuité des soins, en répondant aux exigences de qualité, dans un contexte réglementaire spécifique,
- Amener la personne soignée à être l’auteur et/ou le co-acteur du soin,
- Animer le soin pour des personnes en grande souffrance subissant l’enfermement, la promiscuité, quelque fois l’isolement,
- Prendre soin de ceux qui sont en hospitalisation libre et sans consentement, des plus démunis, en déshérence, en situation précaire, ceux qui souffrent de psychoses graves, ceux qui peuvent être dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

En psychiatrie, la notion de « temps » est déterminante pour les prises en charge à la fois intra et extrahospitalières.

Le soin est scandé, répété, repérable, pour donner un sens thérapeutique au temps.

Les patients ont besoin d’un cadre de soins pour se repérer dans le temps, l’espace, pour se reconstruire.

Pour cela, le projet de soins doit être adaptable, souple pour tous, afin de prendre le temps de la confiance.

Notre travail de soignant est un travail de « dentelle » d’approche minutieuse et pudique, où chaque soignant peut offrir un point d’ancrage sûr, fiable et repérable pour tous.

Ce travail est étayé par le non jugement, avec un soin créatif, innovant et protecteur.

Nos métiers ont ce côté intimiste dans la relation, relation groupale ou duelle.

Pour ce faire, il s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, où chacun a sa place pour prodiguer des soins dans la globalité, portant un regard à 360° sur la prise en charge en faisant appel, à la rencontre avec l'autre, afin de partager le « savoir » : instaurer une relation, parfois avec quelqu'un d'hostile ; réassurer ; expliquer ; faire émerger la parole ; donner une place ; observer ; partager ; et surtout créer du lien et une alliance thérapeutique.

Faire équipe exige l'implication de chacun, l'élaboration d'objectifs communs, le partage des valeurs soignantes, et l'articulation avec les projets médicaux.

De façon plus spécifique, l'enjeu de notre projet de soins s'exprime dans l'élaboration d'une politique de soins généreux, ambitieux, novateurs, rigoureux, au sein d'un hôpital public en pleine restructuration, avec des contraintes budgétaires et une réalité architecturale.

Et rappelons-nous que bien souvent, soigner n'est pas guérir !

Aussi le projet de soins retient-il comme principes fondateurs :

- Les valeurs humaines de respect, de bienveillance, de bientraitance de la personne soignée reconnue comme co-acteur et auteur de la prise en charge,
- Le partage d'une éthique soignante, d'une conception des soins fondée sur l'aide, l'accompagnement, l'empathie,
- Le respect des droits des usagers, l'intégration de la famille et de l'entourage tout au long du parcours de soins,
- Le sens des pratiques soignantes et du travail en équipe pluri professionnelle,
- L'ouverture sur l'extérieur : partager, enrichir nos connaissances et expériences en favorisant les échanges et les rencontres autour des pratiques soignantes,
- La recherche et l'innovation dans les pratiques de soins.

2.2 Un projet 2015/2020 dans la continuité du précédent projet

Le projet se situe dans la continuité du précédent. Dans cette optique, certaines pistes de travail apparaissent d'ores et déjà comme à poursuivre dans le projet 2015/2020, parmi lesquelles:

- L'encadrement des étudiants relevant de la filière infirmière, médico-technique et de rééducation,
- L'intégration des nouveaux professionnels et le partage des connaissances et expériences,
- La politique d'encadrement,
- La procédure d'évaluation annuelle.

De nouveaux enjeux apparaissent en lien avec :

- La restructuration de l'établissement,
- Le développement du dossier patient informatisé,
- La certification,
- La recherche et l'innovation

2.3 Les valeurs et principes partagés

Le projet de soin se nourrit de valeurs transversales et de principes communs aux différentes professions représentées à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico

Technique : cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, éducateurs ; psychomotriciens et préparateurs en pharmacie.

Les valeurs fondamentales mises en œuvres dans nos missions de soins, la rencontre thérapeutique avec les personnes soignées, tous nos partenaires et intervenants permettent le « vivre ensemble ».

Elles donnent le sens à notre pratique quotidienne et reposent sur le respect de soi et des autres, qui se vit dans la tolérance, l'équité et un esprit d'ouverture.

Les valeurs partagées : un idéal à atteindre.

Les valeurs sont des qualités physiques, intellectuelles, morales et objectives d'une personne ou d'un groupe de personnes, correspondant à un effet souhaité, un but donné, une efficacité, qui les rendent dignes d'estime.

Les valeurs ne sont pas de simples vœux affichés qui valorisent la personne, ce sont des exigences que le contexte professionnel impose à tout acteur qui participe au projet de soins.

Ces valeurs s'adosent aux valeurs universelles inscrites dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, à des principes éthiques, aux règles professionnelles et celles relatives au service public.

L'humanisme en est le « fil rouge », il place la personne humaine et son épanouissement au centre de l'activité.

Le droit au développement personnel participe à la reconnaissance de la personne dans sa globalité.

La politique de soins repose sur ces principes :

→ L'Altérité :

Selon la pensée du philosophe Emmanuel LEVINAS, chacun est responsable du regard porté sur l'autre. En tant que reconnaissance de l'autre dans sa différence, c'est un témoignage de compréhension de la particularité de chacun, de sa singularité.

« L'altérité de l'autre est une condition nécessaire à l'édification mutuelle des personnes. »¹

→ L'Assertivité :

Façon de communiquer ses sentiments d'une manière claire, directe sans agressivité,² elle se manifeste par

- un comportement actif, capable d'initiative,
- une position ouverte et réaliste, la conscience de sa propre valeur et de celle des autres,
- une manière personnelle de s'exprimer et de mettre en évidence ses droits, sans pour autant dénier ceux d'autrui,
- une attitude qui s'interdit d'émettre des jugements sans fondement, qui se concentre sur l'évaluation des faits, des situations.

→ L'Autonomie :

Aptitude individuelle à se sortir tout seul de situations données, avec un minimum de supervision.

« L'autonomie induit la notion de décision, de choix et se lie avec le concept d'interdépendance, en effet, une personne toute autonome qu'elle soit, est toujours en relation avec d'autres acteurs dont une certaine façon elle dépend. »³

L'autonomie demande un environnement favorable notamment un système de contrôle efficace et la reconnaissance du droit à l'erreur dans le respect des droits de la personne, qualité technique et qualité des relations.

¹ AXEL KAHN

² Paul HOANA - Les 100 mots clés du management des hommes, Editions DUNOD, 1999, 2^{ème} édition

³ Les concepts en sciences infirmières – ARSI - 2009

→ **La Confiance :**

« Sentiment de sécurité accordé à un individu lui permettant de croire en lui et de se fier à son jugement. Elle valorise la responsabilisation. Le complément de la confiance est la considération. »⁴
« L'engagement personnel de l'individu permet l'émergence et l'utilisation de la confiance. Si la confiance s'éprouve, elle se construit dans une relation. »⁵

→ **L'Empathie :**

Une des manifestations du respect de l'autre, aptitude à comprendre son interlocuteur, à conserver une distance suffisante pour pouvoir être aidant.

→ **L'Appartenance à l'équipe - Travailler ensemble :**

« Chaque membre de l'équipe est une ressource pour les autres. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement. »⁶

La concertation, l'authenticité contribue à la solidarité existante.

Certaines conditions et capacités sont nécessaires au travail en équipe, telles que l'expression possible des désaccords et des tensions, la cohérence et la congruence.

→ **Le Professionnalisme :**

Renvoie à l'engagement professionnel, à la responsabilité individuelle et collective, c'est une « école » du doute, du relativisme, une utilisation du questionnement, du dialogue
Il allie efficacité, compétence, rigueur et volonté de progression

→ **L'Humilité :**

Un élément de la vie en commun, savoir rester simple, être à l'écoute des autres pour être au plus près des réalités, être en questionnement, jamais en certitude.

Accepter que l'on ne détienne pas la vérité mais une vérité

2.4 Les conceptions

→ **Les soins infirmiers**

La définition est donnée par l'Article R4311-2 du Code de la santé publique .

→ **La qualité des soins**

La qualité est une notion multidimensionnelle.

Des soins de qualité impliquent la participation de la personne soignée.

« La personne soignée reçoit les soins infirmiers requis par son état de santé dans le respect de sa sécurité, de sa dignité et de son confort. »⁷

« Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage.

Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci.

Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci.

Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés. »⁸ *Annexe I*

⁴ Paul HOANA ; Les 100 mots clés du management des hommes, Editions DUNOD, 1999, 2^{ème} édition

⁵ Les concepts en sciences infirmières – ARSI - 2009

⁶ Les concepts en sciences infirmières – ARSI - 2009

⁷ Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers – Guide du service de soins infirmiers – Septembre 2001

⁸ Walter HESBEEN : « la qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante. » MASSON, Paris 2002

→ Le travail infirmier en santé mentale

Pour la direction des soins, cette conception du travail, même si elle définit les soins infirmiers, est pour autant une conception globale qui s'adresse et s'applique au travail des filières de rééducation et médicotechniques dans une articulation et collaboration pluridisciplinaire.

« Les soins infirmiers psychiatriques sont considérés comme des échanges dynamiques entre l'infirmier et la personne ; ils requièrent la connaissance et l'application des concepts relatifs au comportement, à la personnalité, au psychisme, à la psychopathologie et enfin aux relations interpersonnelles. »⁹

« Les soins infirmiers en santé mentale se caractérisent par des actions de base relationnelles et éducatives requérant technicité, disponibilité, écoute, observation, analyse des problèmes, respect de la personne et de ses différences liées à la pathologie, accompagnement et actions de soins, mais aussi continuité du soin dans sa permanence et dans la cohérence des équipes.

Le rôle spécifique de l'infirmier en psychiatrie auprès du patient pose comme préambule à toute définition le respect de la personne en tant que sujet et de ses différences liées à l'expression des troubles du comportement.

Par « différences » on entend l'appréhension faussée de la réalité dite normative : différences découlant de pathologies amenant le sujet à des troubles du comportement qui le démarquent de son milieu familial, de son réseau socioculturel, et qui, en l'isolant de la société, peuvent altérer sa qualité de vie.

Ces troubles peuvent l'entraîner vers des conduites de replis, un isolement social ou à des actes dangereux pour lui ou pour autrui.

Tout travail en psychiatrie respecte ses différences sans pour autant y adhérer : cela pose la notion d'une bonne distance à trouver pour que l'infirmier se situe dans le champ du soin et de l'éducatif et non pas dans le champ de l'affectif ou tout autre mode de relation relevant des affects. »¹⁰ *Annexe 2*

- Les éducateurs spécialisés ont à conduire des actions éducatives auprès de publics présentant des déficiences physiques, psychiques et mentales, des troubles envahissant du développement ou ayant des difficultés d'insertion. Leurs activités sont centrées sur la médiation, la mise en place du projet individuel concernant la personne et le groupe, organisation, animation, réalisation de travaux dans leur domaine de compétences.¹¹
- Les psychomotriciens évaluent les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices et psychomotrices, analysent leurs interactions et posent un diagnostic psychomoteur. Ils mettent en œuvre des traitements de rééducation psychomotrice et de réadaptation visant à corriger les troubles psychomoteurs.¹²
- Les aides-soignants dispensent en collaboration avec l'infirmier des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne. Ils accompagnent la personne soignée dans la réalisation de ses activités quotidiennes. Ils aident l'infirmier à la réalisation des soins.¹³

→ Le raisonnement et la démarche clinique permettent l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins individualisé.

⁹ Guide du service infirmier n°11 « le soin infirmier en santé mentale et psychiatrie de secteur »

¹⁰ Référentiel des soins infirmiers en santé mentale – Nicole CARBOU, Valérie GUEUDRY, Bernarg LEGENDRE, Pascale LE VILLAIN, Marie-claude NIEL-
http://www.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html

¹¹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

¹² Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

¹³ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

« La démarche clinique relève d'une activité individuelle de chaque praticien, mais elle peut s'exercer également de façon collective voire interdisciplinaire, par exemple, selon les méthodes mises en oeuvre dans les processus : staff ou réunions cliniques, « itinéraires cliniques » ou « parcours de soins ». La clinique constitue le fondement de la pratique infirmière. Les enseignements à partir des situations clés sont de nature à favoriser la « résolution de problèmes », notamment dans les situations complexes. »¹⁴

2.5 Organisation et fonctionnement de la direction des soins

→ L'organigramme :

Régulièrement mis à jour et communiqué, il reflète la structure de responsabilités et les liens hiérarchiques.

Il est en adéquation avec les missions, secteurs d'activités et compétences requises pour l'ensemble de l'encadrement.

→ Les réunions :

Celles avec les cadres supérieurs assistants de pôle, au rythme d'une par quinzaine, permettent le partage, la réflexion et la coordination autour des activités quotidiennes d'encadrement et la mise en place des actions relatives à la déclinaison des projets institutionnels

L'ensemble des cadres de santé est réuni une fois par mois afin de partager et communiquer sur le déploiement des actions au niveau des services. Des interventions peuvent être assurées par les autres directions fonctionnelles.

¹⁴ Les concepts en sciences infirmières – ARSI - 2009

3. PARTIE 1

3.1 Le contexte

Le projet de soin s'élabore notamment en lien avec le projet qualité et gestion des risques et le projet social.

- **La Visite de la certification V 2010** s'est déroulée du 16 au 23 novembre 2010.

Le CH a été certifié avec 8 recommandations intégrées dans le Programme Pluriannuel Qualité et Risques (PPQR).

Des actions non clôturées sont reconduites dans le plan d'actions du compte qualité et trouvent une déclinaison dans le projet de soins :

- Hygiène des locaux
- Prévention de maltraitance et promotion de la bientraitance
- Prise en charge de la douleur
- Gestion du dossier patient

- **La Certification V 2014** aura lieu en novembre 2015 avec le compte qualité à adresser le 4 mai 2015.

Les processus à intégrer dans le projet de soins concernent entre autres :

- Qualité de vie au travail
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Management de la prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge de la douleur

- **La Mission d'appui et de conseil auprès du CH Montperrin** a réalisé un diagnostic de l'établissement sollicité par le directeur général de l'ARS PACA en 2013.

La mission propose 21 préconisations autour de 5 objectifs principaux, parmi lesquels le projet de soins, en lien avec le projet médical et le projet social, prend en compte particulièrement :

- « l'hospitalisation en milieu fermé en vue de sa sécurisation et l'affectation de compétences soignantes reconnues,
- développement d'un dispositif de prise en charge des malades hospitalisés au long cours,
- redimensionner l'équipe psychiatrique des urgences afin qu'elle puisse assurer une hospitalisation de 72 heures et l'activité de psychiatrie de liaison sur le CH d'Aix en Provence,
- revoir l'organisation du travail sur la base de recherche de la mutualisation des hommes comme des structures, rechercher la mutualisation des effectifs paramédicaux accompagnant celles des structures,
- conduire une réflexion concertée sur l'emploi et la répartition des personnels d'encadrement »

- **Le CLACT 2014** : 3 thèmes ont été retenus comme prioritaires : la violence, les RPS, les conditions de travail des ASH.

3.2 Le bilan du projet antérieur 2006-2011

Ce bilan a été rédigé, malgré le laps de temps écoulé depuis 2011, et une prise de poste récente en juin 2014, avec la participation active des cadres supérieurs de santé.

Malgré l'absence d'un nouveau projet, de nombreux travaux ont été soit poursuivis soit initiés en lien avec l'amélioration continue de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Le projet de soins 2006 – 2011 présentait 2 parties nommées chapitres, chacune subdivisée en sous chapitres avec des fiches actions.

- le chapitre I - l'accueil concernant celui des professionnels et celui des patients.

- le chapitre II - l'organisation comprenant l'organisation des soins infirmiers et le dossier de soins, la démarche qualité, la prise en charge du patient, ainsi que l'hygiène, la nutrition et le tabac.

→ La mise en œuvre du projet a fait l'objet d'un « point d'étape » en 2009 qui donne les activités présentées comme réalisées ou en cours de réalisation, menées en collaboration avec d'autres directions fonctionnelles.

Elle sont relatives :

- 1) à l'intégration des stagiaires et des nouveaux professionnels au CH Montpellier
 - le livret d'accueil, le questionnaire de satisfaction ;
 - le cadrage des stages préprofessionnels, l'entretien des stagiaires en période préprofessionnelle ;
 - les journées découvertes, réalisées en collaboration avec les directions adjointes ;
 - poursuite de la formation « consolidation des savoirs dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale » ;
 - cadrage du tutorat et la mise en place ;
 - formation hygiène des soins ;
 - guide et memo d'accueil du nouveau soignant.
- 2) aux partages des savoirs ; à l'encadrement :
 - le tutorat ;
 - espaces de concertation internes aux pôles et à l'UF ;
 - maintien des réunions cadres, mise en place d'un groupe d'échanges.
- 3) à l'accueil des patients :
 - participation au cahier des charges (organisation) des structures nouvelles (Foyer d'Accueil Médicalisé) et des rénovations d'unités (Régis André).
- 4) à la sécurité des soins et l'hygiène
 - sont en cours le circuit du médicament et le guide d'entretien des locaux, ainsi que la constitution du service diététique ;
 - réalisées en collaboration la formation à l'hygiène des soins, les circuits linge et déchets ;
 - le temps infirmier hygiéniste acquis.
- 5) à la GPEC, à la gestion quotidienne :
 - sont en cours l'intégration des AS, la définition de la place des éducateurs spécialisés et l'évolution des effectifs ;
 - la rédaction des profils de poste réalisée en collaboration avec la DRH ;
 - le cadrage des heures supplémentaires, la planification des CA.
- 6) à l'informatisation des UF réalisée en collaboration la mise en place des logiciels AGIRH Planning, Génois, Pat Sih Psy.

Dans ce même « point d'étape » il reste les actions suivantes à faire dans les domaines sus-cités, actions qui ont pu être réalisées soit entre 2009 et 2011 (fin du projet), soit entre 2011 et 2015

- les rencontres avec l'infirmier hygiéniste,
- la politique d'encadrement (à intégrer dans le prochain projet de soins),
- la procédure d'accueil du patient hospitalisé ; la réflexion sur les soins en CIT,
- l'évolution de la formation continue et de l'évaluation (versus service des soins),
- la poursuite de la réflexion métier,
- l'évaluation des roulements.

En 2009 il est noté ne pouvant être fait le pool soignant et la charge de travail.

→ Evaluation de la forme du projet

EVALUATION DU PROJET DE SOINS 2006 - 2011	Indicateur présent Oui = 1 Non = 0 Observations
CHAPITRE I. - L'ACCUEIL	
Chapitre I.1 Accueil des professionnels	
I.1.1 Intégration des professionnels dans l'établissement - I.1.2 La formation continue	
I.1.3 Le partage des savoirs- I.1.4 La formation continue - I.1.5 Le rôle de l'encadrement	
La méthodologie, les objectifs et les actions sont définies	1
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés nominativement	0
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	1
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	1
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	1
Les fiches actions sont construites en lien avec l'axe retenu	1
Chapitre I.2 L'accueil des patients	
I.2.1 Le contexte - I.2.2 Les mesures - I.2.3 Les conditions de séjour - I.2.4 La sécurité	
La méthodologie, les objectifs et les actions sont définies	1
L'état des lieux est fait	1
Les fiches actions sont construites en lien avec l'axe retenu	1
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés nominativement	0
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	0
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	1
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	1
CHAPITRE II - L'ORGANISATION Chapitre II.1 L'organisation des soins infirmiers	
La méthodologie, les objectifs et les actions sont définies	1
L'état des lieux est fait	1
Les fiches actions sont construites en lien avec l'axe retenu	1Fiche action
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés nominativement	0
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	0
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	0
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	1
Chapitre II.2 Le dossier de soins et la démarche qualité	
II.2.1 le dossier patient et la place faite au dossier de soins infirmiers	
II.2.2 le dossier médical au CH Montperrin	
La méthodologie, les objectifs et les actions sont définis	1
Les références réglementaires sont présentes et complètes	1
L'état des lieux est fait	1
Les fiches actions sont construites en lien avec l'axe retenu	1 fiche action
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés nominativement	0
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	0
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	1
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	1
Chapitre II.3 La complémentarité dans le soin et la prise en charge	
L'état des lieux est fait	1
Les perspectives sont présentées	1
Chapitre II.4 L'hygiène, le tabac, la nutrition	
L'état des lieux est fait	1
La méthodologie, les objectifs et les actions sont définis	1

Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	1
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés nominativement	0
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	0
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	1

¹Agence Régionale de Santé-Ile-de-France- Guide « Projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques - Amélioration des pratiques professionnelles Paramédicales » 2013

3.3 La méthodologie utilisée

Un des supports opérationnels pour l'agencement et la formalisation du contenu a été le guide 2013 « Projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de l'ARS Ile-de-France. Cette base de travail a été une aide pour clarifier les attentes et un élément favorisant les échanges.

→ Le pilotage et la participation au projet sont organisés à plusieurs niveaux :

- **Le Comité de suivi** ¹⁵ *Annexe 3*

Responsable de la validation du projet dans son intégralité, il propose éventuellement des orientations et priorités.

Il est composé de membres de la direction des soins, de représentants de la CSIRMT, d'un usager représentant la CRUQPC, d'un représentant du Comité de Coordination de la Qualité et de Gestion des Risques, et d'un membre du Comité Ethique.

Il s'est réuni les 28 janvier, 25 février, 30 mars 2015.

- **Le Groupe de travail pluridisciplinaire** ¹⁶ *Annexe 4*

Il a été composé de façon à être représentatif de l'ensemble des filières : infirmière, de rééducation et médicotéchnique, d'encadrement et médicale ainsi que des secteurs intra et extra hospitaliers.

La désignation s'est faite sur la base du volontariat parmi les candidatures enregistrées pour la participation au projet médical et/ou projet de soins.

La participation des cadres supérieurs de santé a été considérée comme allant de fait.

Il a rassemblé **44** professionnels.

Les journées de travail se sont déroulées les 14, 21 janvier 2015, le 4 février, et 11 mars 2015.

Le début du travail a été de réaliser un état des lieux et de dégager les attentes des professionnels.

Dès la première journée le groupe a travaillé en quatre sous-groupes dont la composition est restée identique durant les 4 journées.

Le 14 janvier les 4 thèmes retenus ont été :

- le projet de soins et sa spécificité au CH Montperrin,
- le soin en psychiatrie,
- les axes du projet,
- la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

Les axes proposés, retenus par le groupe, ont été lors des autres journées répartis sur les 4 sous-groupes.

En conséquence les 21 janvier et 4 février les axes du projet y ont été développés :

- parcours patient,
- parcours professionnel,
- organisation du travail,
- recherche et innovation.

La journée du 4 mars a été consacrée à une lecture globale du projet en vue de le « valider » comme représentatif du travail réalisé et d'apporter éventuellement des compléments et/ou précisions.

¹⁵ Liste nominative en annexe n°3

¹⁶ Liste nominative en annexe n°4

Durant ces 4 journées les membres du groupe ont fait preuve d'assiduité, d'un engagement sérieux et substantiel pour l'élaboration du projet et la construction d'une vision partagée de notre mission. La parole a circulé avec respect permettant des échanges riches et fructueux.

- **Mission d'assistance** à la rédaction du projet de soins par le consultant, ANTARES Consulting, qui a accompagné le travail durant deux séances les 21 janvier et 4 février 2015 et participé à la rédaction et formalisation du projet.

→ La communication relative à l'avancée du projet s'est fait régulièrement lors de réunions de la CSIRMT (18 février 2015 et 1^{er} avril 2015), des cadres supérieurs assistants de pôle et des réunions de l'ensemble des cadres de santé responsables d'unité.

4 PARTIE 2

4.1 Des axes stratégiques et des actions

Les axes stratégiques établissent les principales orientations choisies.

Ils sont exposés en actions pour permettre de les rendre opérationnels et d'évaluer les résultats tout au long de la mise en œuvre du projet de soins.

L'objectif général est de développer une appartenance institutionnelle en harmonisant et décloisonnant les pratiques soignantes.

4.1.1 Les thèmes généraux

Ces thèmes, exprimés en objectifs, constituent le cœur des métiers soignants et d'encadrement en lien avec les priorités institutionnelles.

Leur déclinaison est précisée dans chaque axe du projet de soins :

- Améliorer en permanence la qualité de la prise en charge des personnes soignées.
- Améliorer, formaliser, diffuser, évaluer les pratiques soignantes.
- Promouvoir le travailler ensemble.
- Améliorer l'évaluation du travail et des compétences requises.
- Définir une politique d'encadrement visant à piloter, accompagner, valoriser les pratiques managériales.
- Favoriser le développement professionnel et le partenariat entre les métiers
- Développer l'expertise infirmière, rééducative et médicotechnique dans le domaine des soins psychiatriques.

Les personnes soignées doivent rester au cœur de nos pratiques et la satisfaction professionnelle en lien avec un sens commun du travail et des soins.

4.1.2 Les axes stratégiques du projet de soins

Axe 1. Le Parcours patient

Assurer la continuité du parcours patient nécessite le partage d'informations et l'articulation entre les professionnels et donc de définir les limites de ce partage pour garantir le secret professionnel.

Le parcours patient renvoie à un devoir d'information éclairée sur ses conditions du soin et le projet proposé.

Pour ce faire, il doit s'appuyer sur le respect du droit des patients, la recherche de son consentement sur les soins proposés.

Le projet de soins s'inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle de qualité et de gestion des risques et en promeut les actions afin de concrétiser les grandes orientations de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans ce cadre, la direction des soins dans son ensemble est impliquée activement dans les différents comités et commissions de l'établissement ainsi que dans le processus parcours patient inscrit dans le compte qualité : CLIN – CLUD – CLAN – CRUQPC – CEPP/IPC – CREX – CCQGR- CEIAS –CPS - Comité d'Ethique – Comité d'Education Thérapeutique - *Annexe 5*

Objectif 1. Garantir les droits du patient, la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins

Tout au long du parcours de soins, l'établissement doit garantir le respect des droits des patients. Sa prise en charge doit être adaptée en fonction de son contexte médical, familial, social, environnemental.

Chaque professionnel de santé se doit d'adopter une démarche globale d'accueil et de soins, attentive aux risques, aux contraintes qui sont sources d'inconfort pour le patient et ses proches, c'est-à-dire faire preuve de bientraitance.

En ce sens, les informations communiquées par l'équipe médicale et relayées par les équipes soignantes se doivent d'être objectives et claires, ainsi le patient sera en mesure de donner son consentement aux soins ou non.

Le projet qualité avec ses différentes procédures vise à réduire le risque de conséquences iatrogènes de la prise en charge du patient, et à promouvoir la sécurisation des soins.

La Direction des Soins s'attache à accompagner les cadres qui œuvrent pour faire appliquer la démarche institutionnelle de gestion des risques.

Objectif 2. Reconnaître le patient comme acteur de sa prise en charge

« L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre «appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins. Si le parcours de santé d'un patient ne se résume pas à sa prise en charge hospitalière, la qualité des établissements de santé contribue à la qualité du parcours patient. Cette qualité concerne à la fois les étapes de la prise en charge hospitalière et la qualité des interfaces avec l'amont et l'aval de l'établissement de santé. » (Source : HAS)

L'accueil

Parmi toutes les étapes du parcours du patient, l'accueil est un moment important pour établir l'alliance thérapeutique et la mise en confiance.

L'accueil est également une posture soignante qui se traduit par une disponibilité physique et psychique vis-à-vis de celui qui est en demande et/ou besoin de soins.

Les urgences

Les patients dont la demande ne peut être différée devront être pris en charge dans les meilleurs délais quel que soit le lieu où la situation d'urgence se présente.

Les parcours spécifiques

Le projet médico-soignant identifie plusieurs types de prise en charge qui nécessitent la définition de parcours de soins spécifiques :

Psychiatrie adulte	Pédopsychiatrie
<ul style="list-style-type: none">●Gérontopsychiatrie●Autisme●Adolescents●Jeunes adultes/étudiants●Précarité	<ul style="list-style-type: none">●Troubles envahissants du développement●Troubles du comportement alimentaire●Troubles du comportement

Les prises en charge au long cours

Pour ces patients, l'établissement met en place toutes les mesures possibles pour maintenir la qualité de vie.

Selon les projets médicaux, l'équipe de soins s'attachera à développer les programmes de réhabilitation psycho-sociale.

Objectif 3. Garantir la continuité du parcours patient

L'organisation des soins doit favoriser l'individualisation, la personnalisation de la prise en charge et l'engagement thérapeutique.

Une prise en charge adaptée du patient repose sur un parcours de soins organisé, formalisé dans le projet de soins individualisé/ individuel (PSI).

Ainsi, tous les acteurs qui interviennent auprès du patient peuvent planifier et délivrer des prestations de qualité à un rythme adéquat et dans un cadre thérapeutique connu de tous.

Le dossier patient informatisé

Les outils adéquats doivent être mis en place pour assurer la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge. Le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) CARIATIDES a pour objectif de répondre à ce besoin.

Les plateaux médicotechniques

Les plateaux médicotechniques (pharmacie, unité somatique, laboratoire) sont des services contributifs au travail des unités de soins en partageant les objectifs qualité et sécurité des soins.

Des temps d'échanges doivent donc être formalisés afin de permettre aux différents acteurs de partager leurs besoins et leurs contraintes.

Cet axe poursuit trois objectifs principaux :

Objectifs	Indicateurs	Actions
1. Garantir les droits du patient, la qualité et la gestion du risque associé aux soins	Nombre d'EI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place de procédures 2. Mise en œuvre de la politique qualité et de sécurisation des soins
2. Reconnaître le patient comme acteur de sa prise en charge	Satisfaction du patient	<ol style="list-style-type: none"> 3. Elaboration de projet de soins individualisé 4. Mise en œuvre des conditions favorisant l'appropriation du projet de soins individuel par le patient.
3. Garantir la continuité du parcours patient	Nombre de PSI formalisés dans le DPI	<ol style="list-style-type: none"> 5. Maintien de l'accompagnement à la mise en place du dossier patient informatisé 6. Formalisation des échanges entre les services de soins et les services de support aux soins

Axe 2. Le parcours professionnel

Bâtir un projet de soin pour les soignants de demain, c'est prendre le temps d'accueillir, former, transmettre, partager afin de créer du lien, le pérenniser et donner du sens à l'activité soignante.

Cet axe pose plusieurs interrogations:

- Comment s'approprier le soin pleinement, être « heureux », oser, créer en articulation avec les contraintes cliniques et sécuritaires, être ambitieux de façon mesurée ?
- Comment faire vivre les pratiques, l'évolution du progrès médical, pharmacologique, la recherche, en harmonie avec des pratiques relationnelles ?
- Comment intégrer la diversité des fonctions, le respect de tous, nommer la réflexion, l'échange, composer avec l'imprévisibilité, développer une culture d'équipe ?

Objectif 1. Accompagner la professionnalisation

Notre politique de soins conduite en concertation avec la direction des ressources humaines intègre l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux, les conditions de travail et la formation.

L' intégration des nouveaux professionnels

Elle pose la question de leur accompagnement pour l'exercice en psychiatrie.

Le départ des ISP et le développement croissant de la pluri professionnalité place l'appropriation et l'échange des savoirs au cœur du maintien du socle de connaissances.

Leur transmission constitue un des enjeux clé de l'appartenance à l'institution.

C'est également une opportunité pour les professionnels plus expérimentés d'effectuer un enrichissement de leur référentiel théorique.

Projet professionnel

De l'intégration des nouveaux agents, jusqu'à l'accompagnement de projet de fin de carrière, la direction des soins doit soutenir les projets professionnels des personnels soignants, de rééducation et médico techniques.

Encadrement des étudiants

Les IFSI, IFAS, IFCS d'Aix et Salon accueillent plus de 400 étudiants/élèves chaque année, dans ce contexte la demande de stages en psychiatrie est importante.

L'attractivité de l'institution repose sur la qualité de ces stages (l'accueil, l'apprentissage, la transmission de connaissances, les tuteurs)

Ainsi, le CH accueille en stage également des étudiants en formation initiale d'éducateur spécialisé et de psychomotricien, en Institut Supérieur en Rééducation Psychomotrice et en Institut Régional du Travail Social.

Pour le CH Montperrin, les enjeux sont multiples allant d'une meilleure connaissance des études paramédicales, à un travail de réflexion avec les instituts de formation favorisant la destigmatisation de la psychiatrie

Objectif 2. Mettre en adéquation le socle de connaissances, capitaliser et valoriser les compétences reconnues

L'évolution des besoins en santé, sociaux, éducatifs a un impact sur la gestion des compétences. Elle nécessite de la formation continue pour tous les corps de métiers tant pour le développement de leurs compétences que pour la promotion professionnelle.

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) correspond à la gestion anticipative et préventive des ressources humaines, permettant de faire évoluer les professionnels en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement.

Cela implique notamment de renforcer les évaluations des activités et compétences des professionnels et d'anticiper les évolutions des besoins en termes d'effectif et de compétences.

→ La capitalisation des connaissances, le management des savoirs, (knowledge management), sont favorisés par

- La valorisation du « portefeuille des ressources basées sur des savoirs »,
- Le départ à la retraite des ISP obligeant à capitaliser, conserver les savoirs et savoirs-faire qu'ils détiennent,
- L'évolution et l'apparition de nouvelles technologies favorisant l'échange et la diffusion des savoirs .

Elle peut permettre d'améliorer, conforter et perfectionner les pratiques professionnelles.

« La capitalisation a pour objectif de tirer parti du passé et du présent pour le futur, par un réinvestissement pour un bénéficiaire. »¹⁷

« La capitalisation consiste à faire émerger la connaissance individuelle implicite pour la verser dans le collectif explicite, avec pour objectif une appropriation collective (implicite collectif) »

¹⁷ CEDIP – <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/fiches-techniques-r4.html>

La capitalisation c'est :

- Réfléchir sur les pratiques professionnelles,
- Analyser et décrire les pratiques utilisées dans le cadre d'une action définie,
- Ecrire ces pratiques,
- En tirer des éléments « décontextualisés » et synthétisés,
- Diffuser.

Le développement de la capitalisation repose sur :

- un engagement du service,
- une prise en compte des besoins,
- une approche du travail collectif, travailler ensemble,
- une prise en compte du temps nécessaire,
- une organisation,
- un accompagnement,
- une intégration dans le parcours,
- une valorisation des personnes et de leur travail.

→ Les compétences :

- La compétence individuelle :

« Pour Guy LE BOTERF est construite par :

- Un savoir mobiliser qui se traduit par une mise en œuvre appropriée de connaissances ou de capacités,
- Un savoir combiner les ressources nécessaires pour réaliser une activité,
- Un savoir transférer et adapter,
- Un savoir faire éprouvé et reconnu mis à l'épreuve de la réalité »

- La compétence collective :

Pour Guy LE BOTERF, plus qu'une somme des compétences individuelles, la compétence collective « dépend largement de la qualité des interactions entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif. »

Au sein d'une équipe on reconnaît la compétence collective si l'on peut observer les éléments suivants :

- Une image opérative commune : les représentations et les référentiels individuels par rapport à une situation de travail convergent vers un référentiel commun,
- Un code et un langage communs : ils appartiennent à l'équipe et sont les marqueurs de l'appartenance et les indicateurs de l'intégration,
- un savoir coopérer : il n'y a de compétence collective que par la mise en commun pour co-agir,
- Un savoir apprendre de l'expérience : pouvoir tirer collectivement des leçons de l'expérience par et dans l'action.

Dans ces 2 définitions la précellence revient aux situations réelles de travail nécessaires pour que la compétence se crée et se développe.

La réflexion va porter sur le comment intégrer cette logique dans le parcours professionnel.

« Le tutorat infirmier en psychiatrie » tutorat de proximité et « la consolidation et intégration des savoirs en psychiatrie » y a répondu les années précédentes avec un double objectif, celui de favoriser la prise de poste des professionnels intégrant l'exercice infirmier en psychiatrie et celui d'apporter un complément à la formation initiale pour ce qui est relatif aux compétences attendues pour travailler dans ce secteur.

- L'analyse des pratiques doit être intégrée. Elle est une démarche visant de comprendre la manière qu'un professionnel ou un groupe d'acteurs a de mener une activité. Le postulat de base est qu'un professionnel ou un groupe définit sa façon de réaliser une activité en fonction de règles, de motifs et d'habitudes. Il s'agit d'aller « au-delà de l'apparence des choses » dans la compréhension du réel ou a minima de la compréhension de la façon dont les professionnels mènent leur activité. Cette démarche n'est pas un contrôle de la conformité.

L'analyse réflexive est une réflexion en action et sur l'action.

→ L'organisation apprenante est une organisation dont la structure et le fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs en développant une logique de professionnalisation et non de qualification, en vue d'une progression collective des compétences. Elle permet d'accéder au parcours individuel de professionnalisation, par la mise en œuvre d'une réflexion intellectuelle qui développe la compétence collective .

« *Ce sont l'intensité réflexive à l'évènement et la diversité des évènements auxquels un individu peut être confronté qui engendrent une expérience réellement transposable, qui génèrent un apprentissage* » (Philippe Zarifian)¹⁸

→ Pratiques avancées

« *Le terme de « pratiques avancées » s'applique aux professionnels qui ont développé des compétences dans un domaine précis et qui ont la capacité de gérer des situations plus complexes que celles réglementées pour leur profession. Détenir un diplôme d'exercice professionnel, être titulaire d'un diplôme de niveau maîtrise ou master 1, avoir une activité dans le champ de la clinique, avoir un niveau de compétence et une expérience professionnelle de 5 ans minimum, dessinent le profil théorique de ces professionnels (d'après la littérature internationale). Les activités de PA peuvent se décliner dans les domaines du dépistage, du diagnostic et des soins. La notion de coopération traduit l'opportunité pour les professionnels d'exercer par dérogation, des actes ou activités médicales qui ne sont pas autorisées par la réglementation actuelle. Tous les domaines de pratiques et tous les secteurs d'activité sont concernés. Un certain nombre d'activités est déjà inclus dans le champ professionnel du métier. Par exemple, les infirmiers peuvent réglementairement faire de l'éducation thérapeutique. En revanche, tous n'en font pas à un niveau de PA. Le principe de coopération pourrait permettre, en fonction du contexte, d'y ajouter un volet diagnostic ou prescriptif.* » (Source :HAS)

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) a prévu des dispositions permettant de nouvelles coopérations entre professionnels de santé.

¹⁸ La démarche réflexive – Séminaire 2009 - INFIPP

Cet axe poursuit deux objectifs principaux :

Objectifs	Indicateurs	Actions
1. Accompagner la professionnalisation	Départ pour cause d'insatisfaction (via questionnaire) Nombre d'étudiants Nombre de PPH	7. Consolidation de l'intégration des nouveaux professionnels 8. Harmonisation de l'encadrement des étudiants 9. Soutien et accompagnement des projets professionnels
2. Mettre en adéquation le socle de connaissances, capitaliser et valoriser les compétences reconnues	Nombre de formations Thèmes des formations Nombres de professionnels formés Nombre APP	10. Formation (cf. action 24 du projet médico-soignant) Mise en place de groupes permanents d'analyse des pratiques professionnelles 11. Mise en œuvre des pratiques avancées validées 12. Gestion prévisionnelle et évolution des métiers et des compétences

Axe 3. Organisation et qualité de vie au travail

La mise en œuvre est à articuler avec le projet social et le projet médical, en cohérence avec les objectifs communs.

L'identité collective de l'équipe où chaque professionnel est acteur et co auteur ne va pas de soi. Elle est générée par l'activité soignante amenant des personnes à devoir travailler ensemble au bénéfice des usagers.

Elle nécessite obligatoirement la mise en place de temps de réflexion partagée (réunion clinique, analyse de pratiques..) dont le cadre de santé est le garant.

Les connaissances de l'organisation sont un capital immatériel, source d'efficacité pour l'organisation.

→ La qualité de vie au travail « a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise. »¹⁹

→ Bien être et efficacité au travail

« Repenser les modes de management, d'organisation et de vie sociale dans l'entreprise qui permettent de créer un nouvel équilibre, intégrant la performance tant sociale qu'économique »²⁰

- « La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers en ce sens les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.
- Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail, restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail. La performance et l'innovation font appel à l'intelligence collective des salariés. Tout salarié veut être efficace et utile, c'est ce qui donne du sens et de la fierté à son travail.

¹⁹ Définition retenue par l'HAS

²⁰ Bien être et efficacité au travail – rapport fait à la demande du Premier ministre - février 2010

- Préparer et former les cadres au rôle de manager, affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes,
- Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus, valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces »

→ Les risques psychosociaux : il s'agit des « risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». ²¹

Objectif 1. Organiser les équipes soignantes en regard des projets de services

Cet objectif s'inscrit dans la pratique quotidienne incluant l'intensité du travail, le temps de travail, la composition des équipes, le travail en horaires de nuit, les conditions de travail et le confort au travail.

- Mesure de la charge de travail et penser les organisations

En lien avec le projet social, ces actions visent : à assurer continuité et coordination des prises en charge de façon efficace dans le respect du cadre réglementaire.

La mesure de l'intensité du travail englobe toutes les dimensions du travail (complexité, exigences et contraintes, instructions, morcellement, autonomie) et du temps de travail qui influe par son organisation et sa durée sur le bien-être.

- Mobilité

Il s'agit là de la mobilité institutionnelle dans le cadre de changement d'affectation pour la permanence et la continuité des soins.

Elle doit permettre d'assurer le respect du travail programmé des équipes, leur stabilité, l'équilibre des compétences et expériences, et de répondre à un déroulement de carrière et projet professionnel structurés.

Elle n'est pas le changement de planning ponctuel ou l'aide solidaire nécessaire à la permanence et la sécurité des soins apporté à un autre service.

La mobilité s'inscrit dans la gestion prévisionnelle des postes et dans le compte qualité GRH.

Dans le cadre du changement d'affectation, les critères de mobilité ont à répondre :

- aux postes vacants disponibles,
- aux besoins en terme de savoirs et compétences,
- aux besoins quotidiens en temps professionnels des UF / activités et projets de soins individualisés,
- aux missions transversales : engagement en tant que référent ou correspondant ,
- aux déplacements dans le travail (moyens, conditions de réalisation...),
- à la durée d'affectation,
- aux nombres de demandes antérieures.

²¹ Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en oeuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques

Les bénéfices attendus de la mobilité :

- décloisonnement,
- attractivité,
- gestion des compétences
- concordance avec le projet professionnel,
- dynamique institutionnelle,
- enrichissement professionnel,
- articulation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Objectif 2 Positionner le cadre de santé au cœur du dispositif de régulation et d'organisation du travail des équipes.

Le rôle du cadre apparaît central pour accompagner les changements induits pour l'équipe soignante. La régulation du travail opérationnel doit rester au cœur du travail des cadres de santé afin de construire avec l'équipe le sens du travail et de faire autorité (force d'obéissance volontaire).

Le cadre est un médiateur entre ce qui est et ce qui est recherché.

Impulser la direction du travail quotidien, le reconstruire tous les jours, fait partie des activités du cadre, sans lesquelles les équipes peuvent s'épuiser sans avoir l'impression d'avoir fait du bon travail.

Le cadre de santé organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médicotechnique ou de rééducation en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il décline le projet de soins institutionnel au sein de l'unité, en relation avec le cadre supérieur de santé assistant de pôle et le chef de pôle²².

Objectifs	Indicateurs	Actions
Mettre en adéquation l'organisation et la constitution des équipes soignantes aux projets de services,	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demande de changement d'affectation • Taux de rotation • Taux d'absentéisme • Vacance de poste : durée et nombre • Nombre de projet professionnel 	13. Amélioration de l'organisation collective du travail 14. Etude de la charge de travail , identification de la charge en soins 15 Mise en place d'une procédure de mobilité (cf. action 22 du projet médico-soignant) 16 Mise en adéquation des ressources (cf. action 24 du projet médico-soignant)
Positionner le cadre au coeur des pratiques managériales	Tenue des tableaux de bord Champ des missions transversales Participation aux groupes de travail Champ des délégations Nombre de formations continues Présentation de projets	17. Accompagnement, reconnaissance et valorisation de la fonction du cadre (cf. action 25 du projet médico-soignant)

²² Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Axe 4. Recherche et innovation

Le volet « Recherche et Innovation » s'appuie sur la création d'une Unité Recherche dans le cadre du projet médico-soignant. Il vise l'amélioration des pratiques cliniques en vue de l'amélioration de la prise en soin.

Objectif. Favoriser la synergie entre professionnels autour de la recherche au CH Montperrin en vue de l'amélioration de la prise en soin

Plusieurs thématiques de recherche émergent, tenant compte des orientations du projet médico-soignant, de l'HAS et de l'ARS (liste non exhaustive) :

- Évaluation des soins en Unités de Soins Intensifs.
- Élaboration d'un plan d'investigation du rôle soignant dans le suivi et l'efficacité des équipes mobiles.
- Accueil et orientation infirmiers en CMP.
- La mise en place de protocole d'éducation thérapeutique.
- Hospitalisation au long cours.
- Autisme.
- Périnatalité.
- Suicide, dispositif de veille post urgence.
- Recherche sur les soins infirmiers dans l'abord d'une pathologie débutante (psychose émergente par exemple).
- Mise en place dans le monde universitaire d'un système de détection de l'émergence d'un trouble bipolaire chez un adulte jeune

Les résultats attendus sont à la fois en termes qualitatifs, dans les pratiques de soins et de prise en charge ; et en termes organisationnels avec la mise en place de projets de recherche et la diffusion des résultats au sein des équipes pluriprofessionnelles. Les travaux de recherche soutiendront la formation des soignants à la recherche, par la recherche.

Objectif	Indicateurs	Actions
Favoriser la synergie entre professionnels autour de la recherche en vue de l'amélioration de la prise en soin	Nombre de recherches/publications	17. Développement de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique en lien avec l'unité de recherche du CH Montperrin.

4.1.3. Les fiches actions

Fiche Action 1. : GARANTIR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE ET LES DROITS DU PATIENT

AXE 1 :LE PARCOURS PATIENT

Objectifs	<p>Mettre en œuvre une politique de sécurisation des soins et du respect des droits du patient en prenant en compte la notion d'efficacité de la prise en charge</p> <p>Poursuivre la mise en œuvre d'une politique qualité.</p> <p>Encadrer les conditions de la contribution des soignants à la politique qualité et sécurité des soins.</p> <p>Identifier les situations à risque</p> <p>Prévenir les comportements maltraitants</p>
Chef de projet	Direction des Soins - DUQAG
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux <p>Recueil des constats auprès de l'ingénieur qualité (fiches incidents)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition de la participation soignante dans la gestion de la qualité ; référent , correspondant • Mise en place d'une veille qualité et inscription d'un point qualité en réunion de fonctionnement (structures, cadres,...) • Information • Promotion de la formation des cadres pour la qualité et la sécurisation des soins • Evaluation des pratiques professionnelles : • Promotion de la bientraitance (fiche annexe) • Définition et partage d'un socle commun relatif aux notions de bienveillance et bientraitance envers le patient (incluant le travail sur la notion de déstigmatisation) • Etude relative à la mise en place d'une Commission de coordination des bonnes pratiques soignantes – sous-commission de la CSIRMT • Coordination et harmonisation des différents travaux de réflexion • Accompagnement des groupes de travail • Validation, mise en œuvre et évaluation des procédures, protocoles.et vigilances (hygiène, nutrition, douleur.....) • Sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux en intra et extrahospitalier relative à la gestion des stocks et l'administration en unités de soins (fiche annexe). Un correspondant soignant pharmacie est identifié dans chaque unité • Organisation de soirées thématiques • Validation • Diffusion et appropriation du travail par les équipes (formation interne)
Acteurs concernés	<p>Equipe pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire : cadres, soignants, infirmier hygiéniste, diététicienne, médecins, Pharmacie</p> <p>Représentants usagers</p> <p>DRH</p> <p>Groupes « bientraitance »- « dossier patient informatisé »</p>
Echéancier	<p>Début prévu : juin 2015</p> <p>Fin prévue : juin 2020</p> <p>Prioritaire et continue</p>
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • DUQAG • Instances et comités institutionnels : CLIN, CLUD, UNAFAM, CRUQPC, etc • Comité Coordination de la Qualité et Gestion des Risques Institutionnels
Indicateurs de résultats Suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de retours du questionnaire de satisfaction, degré de satisfaction • Nombre de recueils de données complétés correctement dans le dossier de soins • Nombres de protocoles validés et appliqués • Nombre d'événements indésirables associés aux soins • Nombre d'inscriptions aux formations • Nombre de participants aux soirées thématiques

Fiche Action 2 : PARTAGER LES CONDITIONS DE L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS INDIVIDUALISE

AXE 1 : LE PARCOURS PATIENT

Objectif	Reconnaitre le patient acteur et auteur des soins proposés Renforcer la prise en charge globale du patient Créer les conditions favorisant l'appropriation de son projet de soins par le patient Développer les coopérations entre les secteurs et les services de support aux soins (soins somatiques, pharmacie) Améliorer la prise en charge somatique Contribuer à la pertinence des soins - Prévenir le risque de rupture de soins.
Chef de projet	Direction des Soins / Présidente de la CME/ chefs de pôles /chefs de secteurs
Actions	<p>Bilan de l'existant</p> <p>Accueil, recueil et alliance thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix de recueil (anamnèse) : intégration de l'entourage du patient, bilan social • Identification rapide du besoin pour une meilleure orientation (ex. parcours spécifiques, personnes détenues) • Optimisation de la durée de séjour hospitalier du patient dès son admission, en généralisant la mise en place et le suivi d'une procédure garantissant la préparation anticipée et coordonnée de la sortie du patient, et en renforçant la mobilisation précoce et ciblée de toutes ressources ou infrastructures de l'établissement (logiciel Trajectoire, expertise sociale) ou de ses partenaires (SSIAD ; HAD, etc.). <p>Partage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimisation et harmonisation des procédures existantes de prise en charge des patients hospitalisés en lien avec l'ambulatoire. <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment recueillir l'information ? ○ Comment donner l'information au patient ? (ex. notifications,...) • Harmonisation des pratiques d'évaluation de la demande de soins • Optimisation de l'accompagnement de la famille et des tiers • Réflexion éthique sur la relation patient -soignant : "ce que l'on dit, ce que l'on ne dit pas" • Appropriation de son projet de soins individualisé : livret d'accueil, implication dans la définition de son projet thérapeutique, enveloppe de sortie <p>Prise en charge somatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux • Coordination avec le service de soins somatiques durant l'hospitalisation, • Sécurisation de la dispensation des thérapeutiques et favoriser les échanges cliniques au sein des services de soins avec la pharmacie • Diffusion des bonnes pratiques et actualisation des connaissances • Rédaction et mise en place de protocoles • Réappropriation de son rôle propre et de l'observation et prévention des effets indésirables... <p>Mise à jour des données relatives au patient</p>
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début prévu octobre 2015 • Fin prévue : 2017 • Prioritaire : Prise en charge somatique – recueil de données DPI
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe pluriprofessionnelle • Equipe des Soins somatiques, de la pharmacie, du laboratoire - EOH • Correspondants pharmacie
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • DIM - Dossier de soins • Action 31 du projet médico-soignant. Partage d'informations
Indicateurs : de résultats Suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse du parcours de soins -Tenue du dossier de soins individuel : • Changement du mode d'hospitalisation (SDT/SDRE vers SL ou programme de soins) • EPP somatiques

Fiche Action 3 : INTEGRER DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE

AXE 1 : LE PARCOURS PATIENT

Objectifs	<p>Poursuivre l'accompagnement à la mise en place du DPI</p> <p>Intégrer le DPI comme passeport entre les différents intervenants en articulation entre les différents partenaires</p> <p>Contribuer à la qualité de la prise en charge globale</p> <p>Optimiser la traçabilité et les transmissions</p> <p>Prévenir le risque de rupture de soins</p>
Chef de projet	Direction des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte du projet de soins individuel défini dans le cadre du projet médico-soignant (action 7) <ul style="list-style-type: none"> ○ Quelles informations écrire pour quels usages ? ○ Quels utilisateurs ? ○ Quels outils liaison entre les services? • Création d' un groupe de suivi du dossier patient informatisé ayant pour missions de : <ul style="list-style-type: none"> ○ centraliser les informations et les dysfonctionnements, ○ proposer des actions d'amélioration, ○ contribuer à la bonne tenue du dossier patient informatisé ○ mettre en place une EPP dossier patient informatisé. • Mise en place des transmissions ciblées • Identification des besoins de formation • Mise en place un e-learning pour permettre la formation des nouveaux arrivants. • Utilisation de la procédure patient traceur pour évaluer l'atteinte de l'objectif « dossier patient passeport » pour la continuité des soins
Echéancier	<p>Début prévu : janvier 2016</p> <p>Permanente et continue</p>
Acteurs concernés	Equipe pluriprofessionnelle DPI
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Service informatique • DIM • Conception du DPI : Ergonomie, Fonctionnalités relatives à l'aperçu chronologique du parcours
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	<p>Tenue du DPI</p> <p>Nombre de formation</p> <p>Nombre de soignants formés</p>

Fiche Action 4 : AMELIORER L'INTEGRATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS

AXE 2 : LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Objectifs	Optimiser l'accueil des nouveaux professionnels soignants Optimiser les conditions d'intégration, Mettre en place d'un accompagnement par les professionnels expérimentés, Optimiser le recrutement.
Chef de projet	Direction des soins/Direction des ressources humaines
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux • Elaboration d'une procédure de recrutement • Définition de l'accompagnement: <ul style="list-style-type: none"> ○ Positionner d'autres professionnels (ex. médecins) dans l'arrivée des nouveaux arrivants ○ Détermination et organisation d'une période d'intégration formalisée ○ Livret d'accueil ○ Guide et mémo d'accueil du nouveau soignant ○ Journées découvertes ○ Journées d'accueil ○ Référent / tutorat /compagnonage ○ Rapport d'étonnement • Mise en place d'un échange sur les pratiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Analyse de situations (ex. vignettes cliniques) ○ Synthèses ○ Echanges sur les techniques de soins entre les « anciens » et les « nouveaux » ○ Connaissance de la sémiologie psychiatrique, du patient dans son parcours de vie • Repérage des besoins de formation complémentaire (comportement hétéro-agressif) • Poursuite de la formation « consolidation des savoirs dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale » • Diffusion des procédures • Evaluation
Echéancier	Début prévu : janvier 2016 Permanente et continue
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Cadres des santé des pôles • Professionnels des différentes filières
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • CSIRMT • Formation continue
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la satisfaction des professionnels/des référents • les causes des départs
Suivi / évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • mesures correctives

Fiche Action 5 : OPTIMISER L'ENCADREMENT DES ETUDIANTS

AXE 2 : LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Objectifs	Assurer un encadrement et un apprentissage de qualité harmonisé pour l'appropriation des concepts de soins en psychiatrie Contribuer et favoriser le recrutement des ressources « clé » de demain
Chef de projet	Direction des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Composition d'un groupe référent pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Actualiser la charte d'encadrement et le livret d'accueil des étudiants. ○ Échanger sur les pratiques pluriprofessionnelles d'encadrement ○ Elaborer un guide commun d'évaluation ○ Réfléchir sur l'implication pédagogique de l'apprentissage de la prise en soins en chambre d'isolement (et ses implications en termes de responsabilité légale) • Répartition équilibrée des étudiants en stage entre les services • Clarification des rôles et positionnements de chacun dans l'équipe pour assurer l'encadrement : maîtres de stage : tuteurs, professionnels de proximité • Développement des liens entre les instituts et les unités de soins
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début prévu : janvier 2016 • Fin prévue : juin 2017
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe référents • Cadres et professionnels de proximité
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Unités de soins, la formation continue, les instituts • Tuteurs actuels • Capitalisation du travail mené jusqu'à présent (livret d'accueil,...)
Indicateurs de résultats Suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des étudiants • Nombre de demandes de stages • Nombre de nouveaux professionnels recrutés ayant effectué un stage

**Fiche Action 6 : SOUTENIR LES PROJETS PROFESSIONNELS ET DEVELOPPER LES COMPETENCES
(Action 23 du projet médico-soignant)**

AXE 2 : LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Objectifs	Accompagner les professionnels dans le déroulement de leur carrière et/ou dans le développement de leurs compétences Accompagner le parcours des professionnels dans le pôle en lien avec la gestion prévisionnelle des compétences et l'évolution de l'offre de soins
Chef de projet	Direction des soins / Direction des ressources humaines/ CME
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Formalisation du projet professionnel lors de l'entretien annuel • Formalisation d'un parcours d'accompagnement aux projets professionnels (ex : projet cadre, IDE clinicienne, Assistant socio-éducatif, éducateur spécialisé, ergothérapeute, ...) • Amélioration de la lisibilité des projets professionnels et formation sur l'ensemble de l'établissement • Echange entre les soignants afin de favoriser la connaissance du travail de l'autre : réunions, journées professionnelles... • Repérage des besoins en formation dont formations spécifiques et/ou obligatoires • Recommandations professionnelles, ... • Formations communes PM/PNM : ex. gestion des comportements hétéro-agressifs • Education thérapeutique • Définition de la politique et des modalités de mise en œuvre d'accompagnement des nouveaux cadres et faisant fonction. • Définition et mise en œuvre d'une démarche de capitalisation des connaissances et compétences • Validation par les instances (CTE, CME, CSIRMT ...) • Validation du périmètre : <ul style="list-style-type: none"> ○ APP ○ Supervision ○ Formation tout au long de la vie (FTLV) ○ DPC ○ Formation médicale continue ○ médical et non médical
Echeancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début prévu : janvier 2016 • Fin prévue : 2017
Acteurs concernés	Pôles OGDPC Commission formation Commission CME
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • DPC, DIF • Evaluation annuelle • Commission de formation continue
Indicateurs de résultats Suvi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de projet professionnels • Nombre de PPH • Procédures • Nombre d'échanges entre soignants

Fiche Action 7 : IDENTIFIER ET DEVELOPPER LES PRATIQUES AVANCEES

AXE 2 : LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Objectifs	Identifier les compétences que l'on peut déléguer aux professionnels soignants et œuvrer à leur mise en place opérationnelle
Chef de projet	Direction des soins/Direction des ressources humaines / CME
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Instauration d'une veille sur les référentiels, les enseignements et les retours d'expériences sur la mise en place de pratiques avancées • Réflexion pluriprofessionnelle sur les activités cliniques qui pourraient être réalisées par un soignant • Accompagnement à la délégation d'actes par la mise en place d'un référentiel de compétences, à partir de l'analyse de situations • Mise en place d'une évaluation des professionnels sur la base de ces référentiels
Echéancier	Début prévu : 2018 Fin prévue : 2020
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe pluriprofessionnelle : médecins, soignants,...
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Instituts de formation • Universités • Expérimentations pilotes ciblées dans l'établissement • Formations • Unité recherche et DIM
Indicateurs de résultats Suiv/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'expérimentations • Nombre de formations • Nombre de recherches

**Fiche Action 8 : METTRE EN ADEQUATION LES RESSOURCES EN PROFESSIONNELS:
EFFECTIFS ET METIERS AVEC LES EVOLUTIONS DES UNITES ET DES PROJETS
(Action 24 du projet médico-soignant)**

AXE 3 : ORGANISATION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Objectifs	Identifier et clarifier le rôle des soignants dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences Etablir des critères d'allocation des ressources en professionnels
Chef de projet	Direction des soins/Direction des ressources humaines/ présidente CME
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Formalisation des entretiens annuels d'évaluation et de progrès à l'ensemble du CH • Rédaction d'un référentiel de compétences consultable par l'ensemble des cadres afin de favoriser et de sécuriser la mutualisation • Elaboration d'une cartographie des compétences par service et un tronc commun par typologie de structure. • Instauration d'une veille sur les nouvelles professions en lien avec les instituts de formation • Réflexion sur l'impact de nouveaux métiers sur la composition des équipes <ul style="list-style-type: none"> ○ Définition des postes et des rôles. ○ Exemple. Evaluer la pertinence de l'intégration de professionnels éducatifs, de rééducation dans les services de soins.
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début prévu : 1^{er} semestre 2016 • Fin prévue :2018
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Pôles • CSIRMT
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Unité Recherche • Instituts de formation • Centre de documentation
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'entretiens d'évaluation • Référentiel des compétences • Grille de compétences - cartographie par service

**Fiche Action 9 : OPTIMISER LA MOBILITE DES PROFESSIONNELS
(Action 22 du projet médico-soignant)**

AXE 3 : ORGANISATION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Objectifs	Définir une politique de mobilité Etablir des critères communs de mobilité et de compétence des professionnels des filières infirmières, de rééducation et médicotechniques. Valoriser les compétences internes : habiletés professionnelles Identifier et valoriser les effets bénéfiques de la mobilité
Chef de projet	Directeur des soins – Directeur des ressources humaines
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux : Evaluation de la pertinence des procédures existantes, photographie des équipes soignantes • Identification de cas particuliers (professionnels qui présentent des restrictions de travail, des projets personnels contraignants) • Définition de la mobilité des personnels, • Définition des critères de mobilité : • Définition des « règles » et modalités de mobilité des personnels non médicaux (bourse à l'emploi) • Définition des modalités d'accompagnement • Présentation aux instances • Réajustement de la procédure • Validation par la direction • Mise en œuvre • Programmation de l'évaluation
Echéancier	Début prévu 2e semestre 2015 Fin prévue 4 ^{ème} trimestre 2016
Acteurs concernés	Cadres supérieurs de santé /Assistants de pôle Cadres de santé Professionnels des filières Infirmière, rééducation, médico-technique Groupe « prise en charge » de pédopsychiatrie : socle commun
Ressources	Chefs de pôle (consultation) Médecin de la santé au travail
Indicateurs de résultats Suivi/évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes de changement d'affectations satisfaites • Nombre de demandes de changement d'affectations renouvelées • Nombre de formations • Nombre « d'anciens »/ nouveaux • Durée d'affectation • Absentéisme /usure

**Fiche Action 10 : POSITIONNER LE CADRE DE SANTE AU CŒUR DU DISPOSITIF DE REGULATION
ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL DES EQUIPES
(Action 25 du projet médico-soignant)**

AXE 3 : ORGANISATION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Objectifs	Décrire les missions du cadre de santé de proximité Définir les fonctions , les rôles, les champs de compétence et espaces décisionnels. Identifier le positionnement et la posture Clarifier les rôles et identifier le périmètre de responsabilités Caractériser le management à partir des fonctions (Anticiper,prévoir,organiser,décider, innover,motiver, évaluer) Reconnaître les compétences
Chef de projet	Directrice des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un autodiagnostic de la pratique et du profil managérial • Questionnaire de satisfaction • Recensement de l'existant au sein de l'établissement et à l'extérieur (bonnes pratiques ...) • Cartographie des ressources au sein de l'équipe des cadres • Définition des attentes institutionnelles • Accompagnement dans la professionnalisation des nouveaux cadres et FF • Evaluation de la charge de travail. • Construction d'outils /pratique quotidienne • Travail en ateliers sur la définition des « 10 rôles »²³ et des missions • Formalisation des missions et la déclinaison en profil/fiche de poste • Identification des besoins et domaines de formations • Inscription au plan de formation • Organisation de séminaires – formation- action • Validation des champs de responsabilités par la Direction • Communication et diffusion au sein de l'établissement
Echéancier	Début prévu : 4 ^{ème} trimestre 2015 Fin prévue : 1 ^{er} trimestre 2017
Acteurs concernés	L'ensemble des cadres de l'établissement : CSS – CS CSIRMT DRH
Ressources	Engagement et motivation des cadres Centre de documentation IFCS Unité de recherche
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de retours du questionnaire de satisfaction, degré de satisfaction • Taux de participation aux ateliers de travail • Nombre de procédures • Nombres de protocoles validés et appliqués • Nombre d'inscriptions aux formations • Nombre de cadres formés • Nombre de changements d'affectation • Durée d'affectation • Taux d'absentéisme / usure

²³ Henri MINTZBERG – « Le manager au quotidien Les 10 rôles du cadre » Editions d'Organisation -1984

Fiche Action 11 : DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, EDUCATEURS ET REEDUCATEURS EN LIEN AVEC L'UNITE DE RECHERCHE DU CH MONTPERRIN

AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION

Objectifs	Favoriser la synergie des moyens humains, intellectuels, logistiques et techniques au service des partenariats internes (structures, professionnels, étudiants...) et externes (instituts de formation, Universités) en Recherche et Innovation Mettre le recensement, l'évaluation et la diffusion des savoirs au cœur des pratiques Améliorer l'offre de soins.
Chef de projet	Direction des soins
Actions	<p><u>Favoriser la synergie entre professionnels autour de la recherche au CH Montperrin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement des outils de formation à la recherche et l'évaluation, pour améliorer l'accessibilité et l'intégration du personnel hospitalier dans les projets de recherche en psychiatrie. • Mise en place d'une veille pour assurer le recensement en continu de l'actualité de la recherche en soins infirmiers, éducateurs et rééducateurs existants. • Détermination des thèmes de recherche en lien avec les orientations du projet d'établissement. • Appui de l'évaluation des pratiques professionnelles à la recherche • Promotion et développement de la culture recherche en soins : L'équipe d'encadrement soutient la publication (société savante ou revue professionnelle), cette publication peut être collective ou individuelle. • Mise en lien des projets de recherche avec la mise en place de lits dédiés et /ou de filière de soins. • Diffusion des travaux de recherche en soins infirmiers, éducateurs et rééducateurs au sein de l'établissement. <p><u>Développer les partenariats pour viser l'innovation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formalisation d'un partenariat avec l'IFSI, IFCS et plus largement les Instituts de formation, pour un travail de recherche et la participation des étudiants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Promotion de la participation des étudiants sur des domaines ciblés ○ Participation possible à des projets de service plus spécifiques : réaliser des projets en binôme avec 1 cadre en unité et 1 cadre formateur. Dans le cadre de la prévention, santé publique : les étudiants peuvent réaliser des affiches sur des thématiques spécifiques
Echéancier	Début prévu septembre 2015 Permanente et continue
Acteurs concernés	Equipe pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire Formateurs IFSI IFCS
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Unité de recherche • Filières universitaires • DIM • Unités de soins • Motivation des professionnels • Equipe d'encadrement • Centre de documentation
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Financements • Temps dédié • Nombre de recherches, de publications • Coordination et information

4.1.4. Mise en œuvre du projet

- **Méthodologie et évaluation :**

Une méthodologie commune est demandée aux groupes de travail, des critères de suivi du travail sont donnés **Annexe 6**

Un compte rendu est à adresser au fur et à mesure des réunions au directeur des soins.

- **Validation :**

Le comité de suivi continue à assurer la validation des travaux des groupes en lien avec les fiches actions . **Annexe 7**

Des bilans d'étape lui seront présentés par les chefs de projets et les acteurs concernés.

Le rythme des réunions du comité sera en fonction de l'état d'avancement des travaux et réalisation des actions.

Pour la première année de mise en œuvre du projet de soins. le calendrier prévisionnel des réunions est le suivant : octobre 2015, février 2016, juin 2016.

Si besoin des réunions dites exceptionnelles seront tenues.

- **Communication**

Les travaux et, la mise en œuvre des actions feront l'objet d'une présentation régulière à la CSIRMT.

Un temps de présentation des travaux sera réservé en réunion d'encadrement.

4.1.5. Programmation Calendrier

N°	Actions	Chef de projet	2 ^{ème} sem 2015	1 ^{er} sem 2016	2 ^{ème} sem 2016	1 ^{er} sem 2017	2 ^{ème} sem 2017	1 ^{er} sem 2018	2 ^{ème} sem 2018	1 ^{er} sem 2019	2 ^{ème} sem 2019	2020
Axe 1 : Le Parcours Patient												
1	Qualité de la prise en charge et droits du patient	DS / DUQAG										
2	Elaboration du PSI	DS / CME/ Pôles										
3	DPI	DS										
Axe 2 : Le Parcours Professionnel												
4	Intégration des nouveaux professionnels	DS / DRH										
5	Encadrement des étudiants	DS										
6	Projet professionnel et compétences	DS / DRH / CME										
7	Pratiques avancées	DS / DRH / CME										
Axe 3 : Organisation et Qualité de Vie au Travail												
8	Adéquation des Ressources	DS / DRH / CME										
9	Mobilité	DS / DRH										
10	Rôle du cadre de santé	DS										
Axe 4 : Recherche et innovation												
11	Développer la recherche	DS / DIM / CME										

4.1.6. Les références réglementaires

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Etablissements publics

Article L6143-2

- Modifié par ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 – art 17

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

PROJET DE 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 directeur des soins de la fonction publique hospitalière

L'article 4 du même décret est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 4.-I. — Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, sous l'autorité du directeur d'établissement, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction.

« II. — Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« III. — Sous l'autorité du directeur d'établissement :

« 1° Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;

« 2° Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

« 3° Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 4° Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;

« 5° Il contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ;

« 6° Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ;

« 7° Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ;

« 8° Il propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation, met en œuvre et évalue cette politique. Il est membre de droit des conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

« 9° Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche

en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

« 10° Il remet au directeur d'établissement un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

COMMISSION DE SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

« Art.R. 6146-10.-I. — La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

« 1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

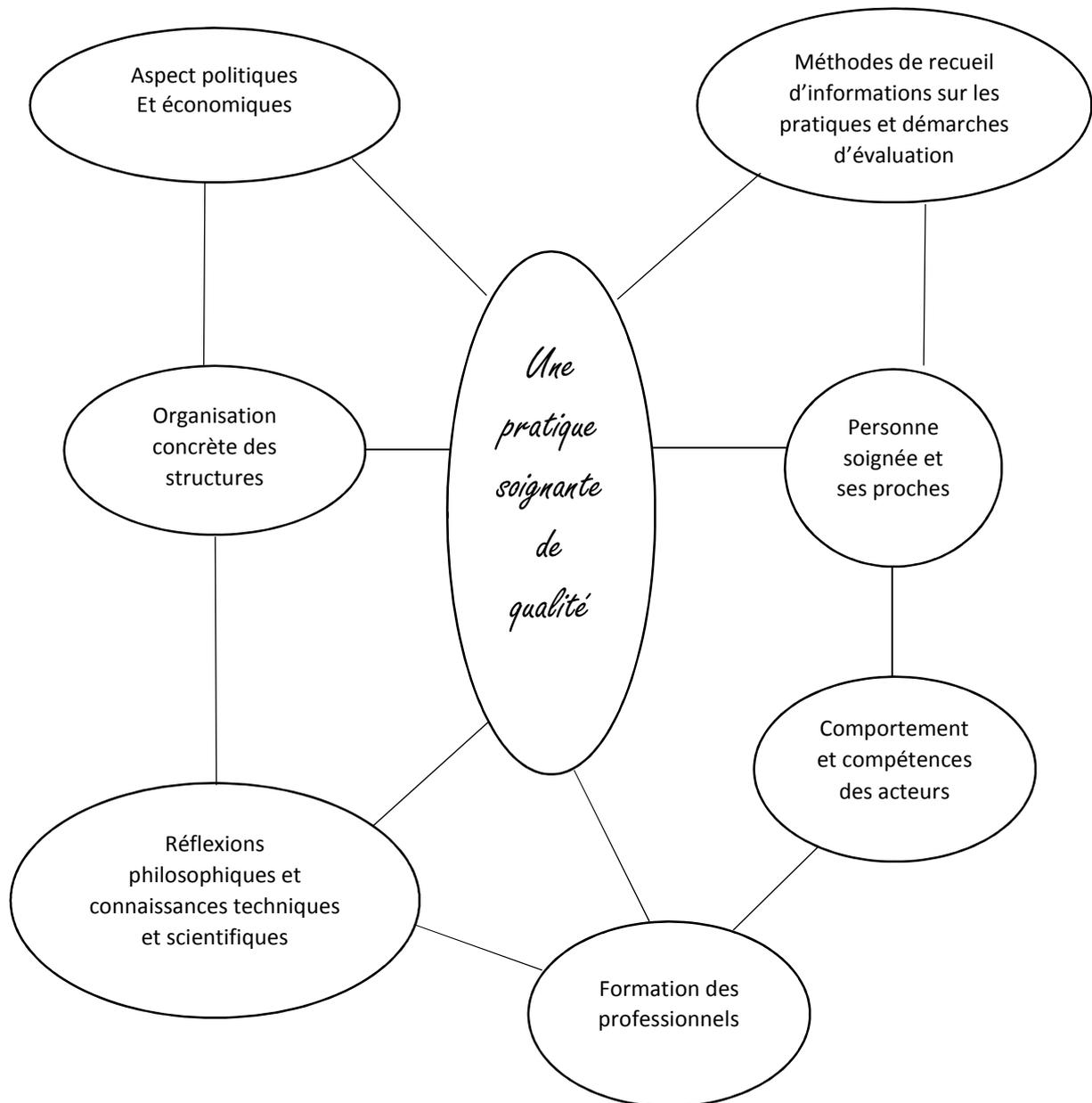
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Art.L. 6143-7-4.-Le directeur approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement

ANNEXES

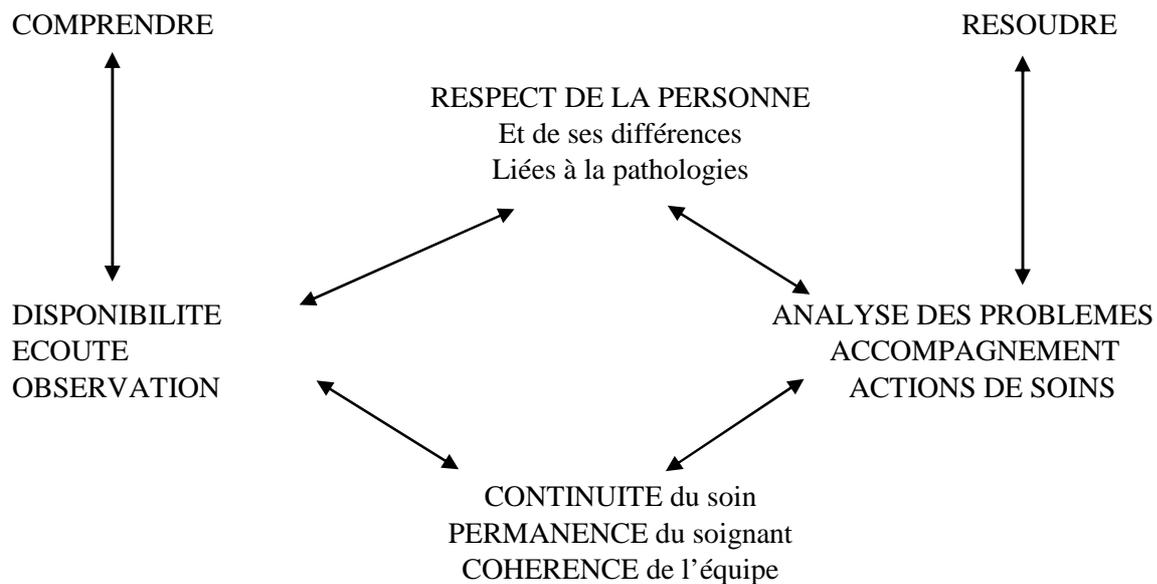
Annexe 1 : La qualité du soin infirmier

Walter Hesbeen¹



Walter HESBEEN : « la qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante. »
MASSON, Paris 2002 – synthèse du tableau 2 – Déterminants de la qualité de la pratique soignante
page 79

Annexe 2 : Schéma issu du référentiel des soins infirmiers en santé mentale - serpsy



Annexe 3 : Composition nominative du comité de suivi

- Madame Marie-Dominique GIRARD, Cadre Supérieur de Santé, Assistant de pôle
- Madame Blandine MUNIER, Cadre de santé
- Monsieur Philippe PIERRACCINI, Cadre Supérieur de Santé, Assistant de pôle
- Monsieur Daniel HEYMES, Représentant de la CSIRMT, collègue des cadres de santé
- Monsieur Bruno GAIDON, Représentant de la CSIRMT, collègue des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Monsieur Fabien VOLLE, Représentant de la CSIRMT, collègue des aides-soignants
- Madame Catherine ROLLAND, Représentante à la CRUQPC
- Madame le Docteur TIGET, Représentante de la CME à la CSIRMT
- Madame le Docteur D'AMORE, Présidente du Comité de Coordination de la Qualité et Gestion des Risques
- Monsieur Thierry ALBERTI, Représentant du Comité éthique

Annexe 4 : Composition nominative du groupe de travail pluridisciplinaire

ABAD	Christine	DEFER	Rémi	ROBIN	Agnès
ADAM	Corinne	DEFIOLLES	Véronique	ROGUE	Muriel
ADJEMIAN	Jean Claude	DESTRIEUX	Michèle	SANNA	François
ANDRIEU	Emmanuelle	ENCELLE	Yolande	TIGET	Florence
BALBO	Sébastien	ESTUBLIER	Raphael	VERNAY	Evelyne
BALDO	Elisabeth	GIRARD	Marie Dominique		
BENSENOUCI	Ibtissem	HEYMES	Daniel		
BLANC	Bernard	KIEFFER	Anne Sophie		
BORSELLINO	Pierre	LA MANTIA	Antoine		
BOUDIER	Isabelle	LESNE	Brigitte		
BOUSSY	Stéphanie	LOUARN	Pascale		
BRETAUD	Magali	MARIOTTI	Agnès		
BRULIARD	Estelle	MARTEL	Aude		
CARBETY	Simone	MUNIER	Blandine		
CARLIER	Agnès	PASCAL	Dominique		
CHAMBERT	Jeannine	PEGER	Catherine		
CHAZAL	Hélène	PIERRACCINI	Philippe		
CHEVALLIER	Inge	PIOT	Ghyslaine		
CHEVALLIER	Arnaud	POIZAT	Valérie		
D'AMORE	Monique	RAJCAK	Céline		

Annexe 5 : Comités et Commissions

- **Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)** définit un programme annuel d'actions tendant à assurer la prévention et la surveillance des infections nosocomiales (IN), ainsi que de définir les actions de formation et d'information de l'ensemble des professionnels sur les infections nosocomiales. Il assure également l'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales.
- **Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)** coordonne les actions, recueille les informations cliniques et les besoins de l'établissement, afin de proposer une stratégie cohérente et adaptée devant aboutir à la prise en compte effective de toutes les douleurs.
- **Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)** a vocation à participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des personnes soignées, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation nutrition.
- **La Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)** a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées en associant les représentants des usagers.
- **Le Comité Ethique** a pour mission d'élaborer un état des lieux des situations cliniques qui peuvent engendrer une réflexion éthique, de sensibiliser des professionnels sur ces situations cliniques et engager des actions sur la base de cet état des lieux. Il permet la sensibilisation et la formation de l'ensemble des professionnels sur les questions éthiques, l'accès à des ressources documentaires sur les thèmes éthiques
Il fait circuler au sein de l'établissement des informations sur les questions d'éthiques.
- **La Commission EPP/IPC** propose un programme annuel d'E.P.P. à la CME, organise sa mise en œuvre, définit la politique de formation en lien avec celles-ci, valide les plans d'actions issues des EPP et assure la communication interne sur les EPP
- **Comité des Evènements Indésirables Associés aux Soins – CEIAS** analyse les événements et définit un programme d'actions .et assure la fonction de CREX
- **Comité de Retour d'Expérience** est une instance de décision et de pilotage. Le retour d'expérience est une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents).pour mieux maîtriser l'avenir. Il s'agit d'une démarche collective qui nécessite une implication forte de l'ensemble des acteurs notamment pour la mise en œuvre des actions correctives.
- **Comité de Coordination de la Qualité et de Gestion des Risques** a pour mission d'établir et de suivre les risques institutionnels pour favoriser la maîtrise des processus définis par l'HAS, de définir la stratégie de la démarche de certification, les règles internes de fonctionnement des analyses de processus, de valider le compte qualité pour les processus concernés.
- **Comité des Produits de Santé** a pour mission avec ses travaux dans son domaine (bon usage des médicaments, des dispositifs médicaux) de contribuer aux réflexions du CEIAS

Engagement et Promotion de la bientraitance

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les pratiques soignantes bientraitantes • Donner du sens aux pratiques quotidiennes / projets de pôle, de service/ projets de soins individualisés • Sensibiliser les professionnels de l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médicotechniques sur la bientraitance et la maltraitance • Prévenir les comportements maltraitants
Chef de projet	Direction des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux (auto évaluation questionnaire -EI – CRUQPC -) • Recensement de l'existant au sein de l'établissement et à l'extérieur (réglementation, bonnes pratiques ...) • Identification des besoins d'information et de formation • Repérage des situations à risques • Amélioration des recueils de données, des transmissions dans le DPI • Création d'un support de communication – livret • Communication sur les supports institutionnels – lettre de Montperrin-réunions - Gdoc • Utilisation de la certification – méthode patient traceur • Inscription de la formation au plan de la formation – formation action • Organisation de soirées sur le sujet • Mise en place d'une procédure sur la conduite à tenir en cas de doute de situation maltraitante
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début juin 2015 Permanent et continu
Acteurs concernés	Groupe de travail existant Les soignants Représentants des usagers Comité Ethique
Ressources	CSIRMT - DUQAG– DRH –CRUQPC
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	Nombre de retours du questionnaire Satisfaction des patients Nombre de communications - Nombre de soirées Nombre de participants Nombre de formations – nombre d'inscriptions Nombre de professionnels formés Nombre de signalements Transmissions et recueil de données dans le DPI Livret d'information

Sécurisation de la gestion des stocks et de l'administration des traitements et dispositifs médicaux

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les pratiques soignantes « sécurisées » les 5 B • Décliner la politique institutionnelle • Optimiser le stockage • Sécuriser de façon optimale l'étape de l'administration : identité, conformité à la prescription, l'acte d'administration, la surveillance, la traçabilité • Prévenir les risques d'erreurs • Systématiser l'analyse des erreurs et/ou dysfonctionnements
Chef de projet	Directeur des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux (auto évaluation questionnaire -EI –) • Recensement de l'existant au sein de l'établissement et à l'extérieur (réglementation, bonnes pratiques ...) • Réalisation d'un guide et de procédures • Repérage des situations à risques • DPI • Identification des besoins de formation • Inscription de formation au plan de formation continue • Interventions en IFSI
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • début prévu : juin 2015 • fin prévue : juin 2016
Acteurs concernés	Les soignants – les cadres - La pharmacie DIM
Ressources	CSIRMT - DUQAG - DRH Comité Ethique CPS
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	Nombre de retours du questionnaire Satisfaction des patients Nombre de formations – nombre d'inscriptions Nombre de professionnels formés Nombre de signalements Nombres d'EI Transmissions et recueil de données dans le DPI

Gestion du risque de comportement hétéro-agressif

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les pratiques soignantes « sécurisées » • Prévenir les manifestations agressives • Faire face aux comportements agressifs • Faire face aux manifestations de violence en situation de crise • Former les soignants aux gestes techniques d'intervention hospitalière dans l'objectif d'une sécurité maximale pour le patient et les professionnels
Chef de projet	Direction des soins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux (auto évaluation questionnaire -EIAS) • Recensement de l'existant au sein de l'établissement et à l'extérieur (réglementation, bonnes pratiques ...) • Renforcement des connaissances psychopathologiques • Mise en œuvre d'un cadre commun au sein des services • Identification des besoins de formation • Repérage des situations à risques • Elaboration d'un guide et diffusion d'affiches • Elaboration d'une procédure post-incident • APP • Supervision • DPI : recueil des données • Formations de formateurs • Réflexion sur la mise en œuvre de « simulation » • Interventions en IFSI
Echéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Début prévu septembre 2015 • Permanent et continu
Acteurs concernés	Les soignants – les cadres – médecins – médecin de santé au travail - psychologues -DRH
Ressources	CSIRMT - DUQAG - DRH Comité Ethique Formation APIC
Indicateurs de résultats Suivi / évaluation	Nombre de retours du questionnaire Satisfaction des patients Nombre de formations – nombre d'inscriptions Nombre de professionnels formés Nombre de signalements Transmissions et recueil de données dans le DPI Indicateurs de suivi des RPS (4)*

- * - Taux d'absentéisme pour raison de santé
 - Taux de rotation des personnels
 - Taux de visite sur demande de l'agent au médecin du travail
 - Taux d'actes de violences physiques envers le personnel

Annexe 6 : Recommandations méthodologiques à l'intention des chefs de projet

RECOMMANDATIONS	Indicateur présent Oui = 1 non = 0 Commentaires
Le chef de projet est identifié	
Les acteurs sont identifiés sur une liste nominative Leur fonction est donnée	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Le calendrier des réunions est fixé et diffusé	
Un bilan d'étape est prévu	
La méthodologie du travail est rédigée	
Un compte rendu de réunion est rédigé et diffusé	
Le chef de projet formalise, explicite et communique les décisions aux personnes concernées	
Les définitions nécessaires au partage du sens sont écrites	
Les actions sont priorisées et planifiées	
Les actions en lien directe avec le projet médical, le projet social et le projet qualité sont indiquées	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
Le respect des éléments de la fiche action est effectif	
Les textes de référence sont cités	
La bibliographie est citée	

Annexe 7 : Evaluation du projet de soins

CRITERES D'EVALUATION DU PROJET DE SOINS	Indicateur présent Oui = 1 non = 0 Commentaires
AXES STRATEGIQUES DU PROJET DE SOINS	
<i>LE PARCOURS PATIENT</i>	
Les actions ccentrées sur le malade sont définies	
Les actions en lien directe avec le projet médical, le projet social et le projet qualité sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
<i>LE PARCOURS PROFESSIONNEL</i>	
Les actions ccentrées sur le malade sont définies	
Les actions en lien directe avec le projet médical, le projet social et le projet qualité sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	

Les collaboration et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	
Les actions ccentrées sur le malade sont définies	
Les actions en lien directe avec le projet médical, le projet social et le projet qualité sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaboration et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
LA RECHERCHE ET L'INNOVATION	
Les actions centrées sur le malade sont définies	
Les actions en lien directe avec le projet médical, le projet social et le projet qualité sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaboration et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	

Annexe 8 : Recommandations pour la conception d'un projet de service

- Le document est le reflet de la spécificité du service et sert de référence au regard de la pratique quotidienne. Il est concis, réaliste, actuel, collectif.
- La rédaction peut se formaliser selon le plan suivant :
 - Présentation du service : localisation, activité, dotation, composition de l'équipe, fonctionnement ; partenaires
 - Constats : orientation de base et ses modifications, organisation de la prise en charge
 - Missions
 - Valeurs de référence
 - Projet médical
 - Objectifs
 - Plan d'actions et moyens de mise en œuvre
 - Résultats à atteindre et indicateurs d'évaluation
 - Calendrier opérationnel.

Annexe 9 : Sigles - Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
APP : Analyse des Pratiques Professionnelles
ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers
CEIAS : Comité des Evénements Indésirables Associés aux Soins
CCQGR : Comité de Coordination de la Qualité et de Gestion des Risques
CEDIP : Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique
CHM : Centre Hospitalier Montperrin
CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CMP : Centre Médico-Psychologique
CME : Commission Médicale d'Établissement
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CS. Cadre de santé
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
CSS. Cadre de Santé Supérieur
CTE : Comité Technique d'Établissement
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CPS : Comité des Produits de Santé
DRH : Direction des Ressources Humaines
DPC : Développement Professionnel Continu
DPI : Dossier Patient Informatisé
DUQAG : Direction Usagers, Qualité et Affaires Générales
DIM : Département d'Information Médicale
DIF : Droit Individuel à la Formation
DS : Direction des Soins
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EIAS : Événement Indésirable Associé aux Soins
EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
FHF : Fédération Hospitalière de France
GDOC : Gestion Documentaire
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IFAS : Institut de Formation Aide-Soignant
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique
OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
PPH : Promotion Professionnelle Hospitalière
PSI : Projet de Soins Individualisé
REMEDI : Revue des Erreurs Liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux
RMM : Revue de Mortalité Morbidité
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SDRE : Hospitalisation sur Demande d'un Représentant de l'Etat
SDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers
SL : Soins Libres
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques

Bibliographie

Paul HOANA - Les 100 mots clés du management des hommes, Editions DUNOD, 1999, 2^{ème} édition

ARSI - Les concepts en sciences infirmières — 2009

Walter HESBEEN - La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante, Editions MASSON, Paris 2002

Philippe GROSJEAN – Frédéric DUVERNOIS – Elaborer et mettre en œuvre un projet de service – Guide pratique et méthodologique, Editions MASSON, Paris 2000

Henri MINTZBERG « Le manager au quotidien Les 10 rôles du cadre » Editions d'Organisation - 1984

Référentiel des Soins infirmiers en santé mentale – Nicole CARBOU, Valérie GUEUDRY, Bernarg LEGENDRE, Pascale LE VILLAIN, Marie-claude NIEL - http://www.serpsy.org/formation_debat/referentiel.html

Agence Régionale de Santé-Ile-de-France-« Projet de soins - Amélioration des pratiques professionnelles Paramédicales » 2013

Guide du service infirmier, n°1, le dossier de soins, 1985

Guide du service infirmier n°11 « le soin infirmier en santé mentale et psychiatrie de secteur»

Guide du service de soins infirmiers n°12 « Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers »— Septembre 2001

HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles - Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005

La démarche réflexive – séminaire 2009 – INFIPP

Bien être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail— rapport fait à la demande du Premier ministre - février 2010

Direction Générale de l'Offre de Soins – Qualité de la prise en charge médicamenteuse – outil pour les établissements de santé, février 2012