

POLITIQUE

QUALITE ET GESTION DES RISQUES

2021-2025

Version 1	Juin 2011
Version 2	Janvier 2012
Version 3	Avril 2013
Version 4	Avril 2014
Version 5	Février 2017
Version 6	Mars 2019
Version 7 : suite à la réécriture du projet d'établissement en 2020	Avril 2021

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	
II. POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES	
II.1. Engagement de la direction dans la qualité et la gestion des risques	
II.2. Les OBJECTIFS	
III. ORGANISATION DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES	
III.1. Structure de pilotage	
III.2. Structure opérationnelle	7
Objectif Qualité	8
Objectif Gestion des risques	10
Objectif Satisfaction des usagers	10
PROGRAMME QUALITE ET GESTION DES RISQUES	12
PROGRAMME EPP	16

I. INTRODUCTION

Ce document a pour objet de décrire le système qualité et sécurité mis en place au Centre Hospitalier de la Roche aux Fées afin d'optimiser la qualité et la sécurité des prestations délivrées aux usagers (patients, résidents, familles, visiteurs, professionnels).

Il s'applique à tous les professionnels du CH et dans tous les secteurs d'activité de l'établissement

il 3 applique à tous les professionnels du ort et dans tous les secteurs à activité de l'établissement.
Il est diffusé en interne comme en externe :
 Destinataires internes : Tous les services: une version papier est intégrée aux classeurs qualité,
 □ Destinataires externes : Le document est remis sur demande à différentes personnes externes afin de les informer sur le système qualité et sécurité mis en place : □ Stagiaires, □ Toute personne extérieure qui en fait la demande.
Un rapport d'activité annuel de la démarche qualité et gestion des risques est élaboré et intégré dans le rapport d'activité de l'établissement.
Le système qualité et gestion des risques fonctionne selon le principe de la roue de DEMING ou P.D.C.A. (Plan – Do – Check – Act).
P - planifier : définir la politique qualité et gestion des risques du centre hospitalier, en fonction du projet d'établissement, du recensement des besoins et des résultats des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, de l'analyse des événements indésirables dont les plaintes et réclamations, des autres évaluations menées, du suivi d'indicateurs et des résultats de la procédure de certification.
□ D - mettre en œuvre : les structures support et opérationnelles mettent en œuvre les actions définies et en assurent le suivi.
□ C - vérifier : les structures support et opérationnelles évaluent l'efficacité des actions entreprises par le suiv d'indicateurs ou la réalisation d'évaluations.
□ A- réagir, améliorer : les structures support et opérationnelles définissent et mettent en œuvre les actions correctives suite aux résultats des évaluations menées.

II. POLITIQUE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

La politique qualité et gestion des risques de l'établissement est inscrite dans le projet d'établissement et elle est déclinée autour de 3 grands axes :

- 1- Améliorer le parcours et l'accompagnement des usagers (patients, résidents, professionnels, visiteurs),
- 2- Poursuivre la politique de Bientraitance,
- 3- Renforcer la place des usagers, patients, résidents, familles.

Ces axes sont en adéquation avec l'orientation de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques du GHT qui s'articule autour de 4 pivots :

- Garantir une égalité d'accès à des parcours de soins sécurisés et de qualité,
- Accompagner et mettre en œuvre la démarche qualité et gestion des risques auprès des professionnels et représentants des usagers,
- Impliquer les usagers, mobiliser l'expérience patient et promouvoir l'information sur les droits des patients,
- Anticiper et se préparer aux situations sanitaires exceptionnelles.

Le programme qualité et gestion des risques, formalisé dans le projet d'établissement, est définit pour 5 ans. Il prend ancrage avec le projet médical et sur l'état des lieux des pratiques professionnelles réalisé dans le cadre des réflexions menées par les équipes.

Les actions menées, pour répondre au programme, sont formalisées dans un PAQ (Plan d'Amélioration continue de la Qualité et gestion des risques). Il est alimenté par le résultat des évaluations interne et externe, des audits, des EPP, des indicateurs.

II.1. Engagement de la direction dans la qualité et la gestion des risques

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définissait en 1987 la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Il s'agit, par cette démarche, d'associer tous les acteurs de l'institution hospitalière pour améliorer leurs pratiques, leurs modes d'organisation, la coordination entre les différents secteurs.

Les professionnels de l'établissement agissent tous avec les mêmes objectifs :

la qualité et la sécurité de la prise en soin du patient, résident que ce soit en intervenant directement (service de soins ou d'hébergement) ou indirectement (services administratif et logistiques).

Ila qualité des relations et la sécurité des autres usagers de l'établissement (familles, visiteurs, professionnels).

La démarche qualité et gestion des risques permet de pérenniser les pratiques, de les fiabiliser et de les faire évoluer pour qu'elles soient toujours adaptées à l'environnement et aux connaissances du moment.

Nous nous engageons avec l'ensemble des professionnels de l'établissement dans cette démarche permanente d'amélioration pour la satisfaction et la sécurité des patients et des autres usagers du centre hospitalier.

Mme GRIMAUD	
Directrice	
Docteur KERNEC	
Président de la CME	W W
Docteur BESNARD	
Vice-président de la CME	
MJAHAN	
Attaché d'administration hospitalière	
Mme DESHOUX	
CSS-Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	on to
Mme HERIVEAU	M 0
Responsable qualité et gestion des risques	

II.2. Les OBJECTIFS

□ Impliquer les professionnels : l'amélioration de la qualité et de la sécurité repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs <i>via</i> une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus au quotidien.
□ Simplifier la méthodologie : les méthodes et outils de la qualité sont utilisés tant qu'ils constituent une aide dans la réalisation des objectifs ; ils sont à bannir s'ils complexifient les tâches sans amélioration.
□ Chacun responsable : le rôle de chaque acteur est d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'usager, au fonctionnement ou au management de l'établissement.
□ Mesurer avec pragmatisme : la mesure permet d'apprécier la qualité du service rendu et la satisfaction des usagers, tout en valorisant le travail accompli. La culture de la mesure permet de dépasser les opinions, les <i>a priori</i> , et de prendre les décisions à partir d'éléments factuels. Toutefois les instruments de mesure doivent rester simples et efficaces, l'essentiel est l'amélioration et non pas la mesure.
□ Donner l'exemple : les orientations de la direction concilient les besoins des usagers et les intérêts des professionnels. Les responsables motivés coopèrent entre eux, s'impliquent et font tout pour transformer les orientations en réalité.
□ Faire participer les usagers : l'effort culturel, qui consiste à accepter le regard de l'usager, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès. L'implication des patients et des résidents dans leur accompagnement est recherchée, le recueil de leur satisfaction est organisé, ils sont associés aux décisions stratégiques en les accueillant dans les instances consultatives et décisionnelles.
□ Commencer sans attendre : les actions d'amélioration simples, aux résultats rapides, avec les professionnels déjà impliqués sont privilégiées. Le nombre de projets est limité mais ils sont menés au bout jusqu'à leur évaluation. L'amélioration ne se fait que par étapes successives.
□ Coopérer : les transversalités sont développées pour limiter les cloisonnements et rompre l'isolement. Les compétences et les moyens sont partagés le plus possible au sein de l'établissement et des réseaux existants.
□ Susciter la transparence qui consiste à signaler, déclarer et prendre en compte les dysfonctionnements, avec une approche positive et constructive. Les erreurs et les dysfonctionnements sont perçus comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner.
□ Développer la culture qualité qui consiste pour chaque professionnel à prendre en compte les attentes des usagers,
à dire ce que l'on va faire et à faire ce que l'on dit avec une volonté d'amélioration continue.

III. ORGANISATION DE LA QUALITE ET GESTION DES RISQUES au sein de l'établissement

III.1. Structure de pilotage

La démarche qualité et gestion des risques est coordonnée par un comité qualité et gestion des risques, souscommission de la Commission Médicale d'Etablissement ; qui contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

Ce comité de pilotage qualité et gestion des risques se réunit 3 fois par an et a pour mission de :

- Proposer un bilan des actions issues des processus,
- Définir et suivre les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de la politique qualité et gestion des risques,
- Suivre les indicateurs mis en place et adapter les actions en conséquence.

Sa composition est la suivante :

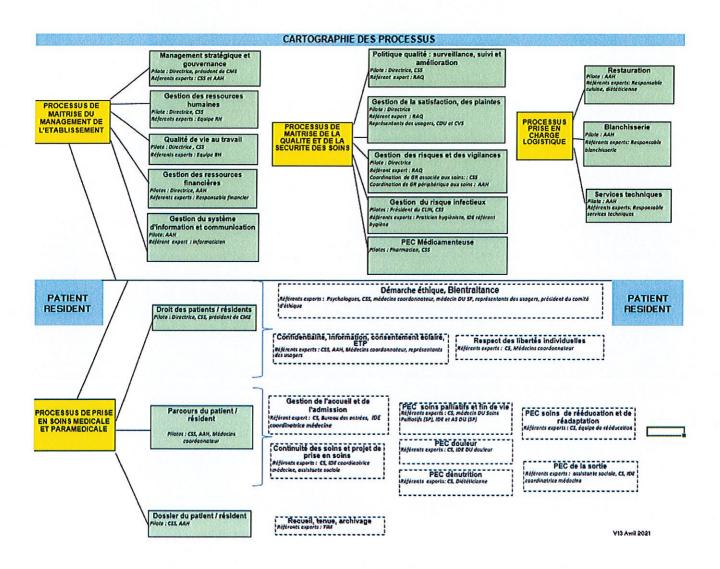
- ✓ Le directeur de l'établissement.
- ✓ Le président de la commission médicale d'établissement ou le vice-président
- ✓ Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques; coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
- ✓ L'attaché d'administration hospitalière, coordonnateur de la gestion périphérique aux soins,
- ✓ Le médecin coordonnateur du service d'EHPAD et de médecine / SSR,
- ✓ Le cadre de santé du service de médecine / SSR,
- ✓ Les cadres de santé du service d'EHPAD,
- ✓ Les représentants des usagers,
- ✓ Les responsables des vigilances,
- ✓ La responsable qualité et gestion des risques,
- ✓ Les responsables des services généraux.

D'autres personnes qualifiées sont invitées en fonction de l'ordre du jour.

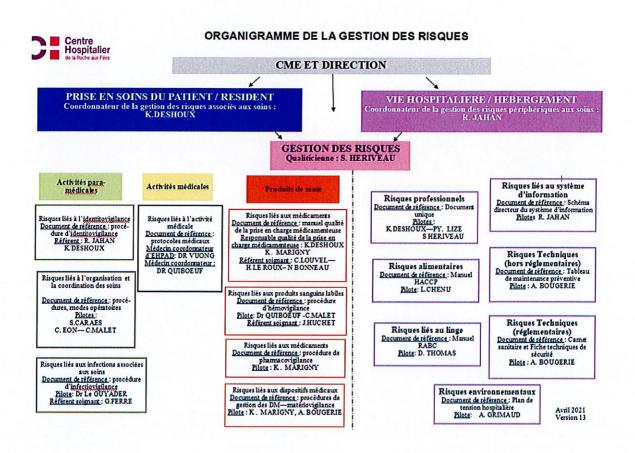
L'animation du comité est assurée par le responsable qualité et gestion des risques.

III.2. Structure opérationnelle

Une cartographie des processus est élaborée. Pour chaque processus, des pilotes et référents sont définis pour permettre le suivi des actions.



Un organigramme fonctionnel permet de préciser le rôle de chacun dans la gestion des risques.



Objectifs QUALITE

- ✓ Suivre la politique qualité de l'établissement
- ✓ Suivre les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de la politique qualité :

- autoévaluation et démarche dans le cadre des procédures de certification et d'évaluation

En 2000, le CH de Janzé s'est résolument inscrit dans une démarche structurée d'évaluation de la qualité des soins, des pratiques professionnelles, et d'évolution de la qualité des prestations en général.

Dans ce cadre, il a été certifié en version 2 (V2) par l'HAS en 2006, en version V2010 en 2010, en version V2014 en janvier 2015.

L'établissement (site de Janzé et du Theil de Bretagne) a réalisé la première évaluation interne des services d'EHPAD d'octobre 2012 à février 2013 sur la base des recommandations de l'ANESM et du référentiel du Conseil Général. L'évaluation externe a été réalisée sur 2014.

- indicateurs nationaux et de management de la qualité et la mise en place des actions

La Haute Autorité de Santé (HAS) est engagée dans la généralisation d'indicateurs de qualité, en coopération avec le ministère de la santé. Ce processus est en marche depuis 2006 avec <u>le tableau de bord des infections nosocomiales</u> et la mise en ligne en janvier 2007 par le ministère de la santé de <u>Platines puis SCOPE SANTE</u>, plate-forme d'informations sur les établissements de santé.

Pour la HAS, les objectifs de la généralisation des indicateurs de qualité sont de :

- Proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité et de renforcer l'«effet levier» sur l'amélioration de la qualité des soins ;
- Améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé ;
- Répondre à l'exigence de transparence et au besoin d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés ;
- Fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés.

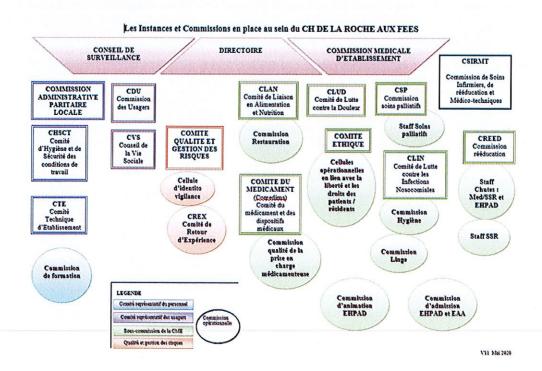
La HAS a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

Ainsi, depuis 2010, l'établissement ayant une activité SSR, avec un nombre de séjour suffisant, doit transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettront de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps. L'établissement affiche au public les résultats de ces indicateurs nationaux.

Des tableaux de bord d'indicateurs par processus sont formalisés. Un bilan annuel est analysé en CME

- suivi des plans d'actions des différentes instances

Pour alimenter la démarche qualité, et notamment le plan d'amélioration de la qualité, les plans d'actions font partie intégrante des instances et des groupes de travail.



Un bilan annuel est proposé en CME.

- audits et EPP

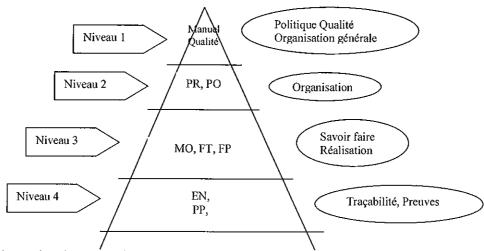
L'établissement a développé l'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

La démarche et les thèmes d'évaluation des pratiques professionnelles sont validés par la Commission Médicale d'Etablissement en lien avec les objectifs énoncés dans le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens et suivant le profil de risques de l'établissement. Deux à trois thématiques d'EPP sont développées par année.

Les actions issues des EPP font parties intégrantes du plan d'actions et sont abordées lors des réunions des instances.

- architecture documentaire

L'architecture documentaire du système qualité est organisée suivant 4 niveaux.



La procédure de gestion documentaire reprend la structuration de la gestion documentaire.

Des classeurs avec les documents qualité sont présents dans les services de soins selon l'organisation suivante :

Classeur	
Qualité	
Gestion des risques	
Vigilances sanitaires	
Services logistiques	
Services administratifs	
Système d'information hospitalier	
Prise en charge rééducation	
Séjour du patient / résident	
Droits et information des usagers	
Bientraitance et restriction de liberté	
Protocoles soins / médicaux	
Prise en charge médicamenteuse et Dispositifs médicaux	
Urgences	
Soins palliatifs	
Nutrition	
Douleur	
Hygiène	
Centre Bucco-dentaire	

Objectifs GESTION DES RISQUES

- ✓ Coordonner la politique gestion des risques de l'établissement.
- ✓ Suivre les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de la politique gestion des risques :
 - suivi des actions à postériori (FSEI). Le circuit des signalements des événements indésirables est formalisé. L'établissement travaille sur l'analyse des causes profondes des événements avec la mise en place de CREX ainsi que le retour et l'appropriation des actions par les équipes,
 - suivi des actions de la cartographie des risques à priori,
 - démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse : l'établissement a élaboré une cartographie des risques sur le circuit des médicaments pour pouvoir répondre à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé,
 - démarche qualité en cuisine et en blanchisserie : la démarche qualité au sein de la blanchisserie, ainsi qu'en cuisine est orientée et fait suite aux recommandations RABC et HACCP,
 - bilan et suivi des vigilances réglementaires,
 - suivi des contrôles réglementaires : les fiches de sécurité (synthèse de l'ensemble des contrôles) sont actualisées annuellement,
 - synthèse des risques professionnels : le suivi du plan d'actions du document unique sur les risques professionnels est effectué lors des CHSCT trimestriels,
 - gestion de Crise : le plan de tension hospitalière SSE est formalisé et régulièrement mis à jour.

Une charte de l'erreur apprenante et une charte de bientraitance sont formalisées par la direction et diffusée institutionnellement à l'ensemble des professionnels.

Objectifs SATIFACTION DES USAGERS

Pour le sanitaire :

Une C.D.U (Commission des Usagers) est en place au sein de l'établissement depuis novembre 2016

La Composition est la suivante :

- ✓ Le directeur de l'établissement,
- ✓ Le médiateur médecin titulaire et son suppléant,
- ✓ Le médiateur non-médecin titulaire et son suppléant.
- ✓ Deux représentants des usagers et leurs suppléants, nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé,
- ✓ Un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant,
- ✓ Un représentant du personnel,
- √ L'attaché d'administration hospitalière,
- ✓ La responsable qualité et gestion des risques.

Missions de la CDU:

- ✓ Procéder à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge,
- ✓ Recenser les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge,
- ✓ Formuler des recommandations,
- ✓ Examiner les plaintes et réclamations des usagers et formuler des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou bien tendant à informer sur les voies de recours dont le requérant dispose, soit donner un avis motivé en vue du classement du dossier,
- ✓ Elaborer un rapport d'activité annuel relatif à la qualité de la prise en charge des patients et des usagers au sein de l'établissement, incluant les recommandations formulées visant à améliorer le fonctionnement régulier de l'établissement et la qualité des relations engagées avec les usagers.

Cette commission se réunit semestriellement et plus si besoin. Les missions de la CDU ont été élargies à l'EHPAD et en lien avec le CVS.

Le rapport d'activité est présenté annuellement pour avis à la CDU et il est adressé à l'ARS.

Pour le secteur médico-social :

Un C.V.S (Conseil de la Vie Sociale) est en place au sein de l'établissement.

La Composition est la suivante :

Siégeant de droit avec voix délibérative :

- √ 2 représentants des résidents par site (Janzé et le Theil de Bretagne),
- √ 3 représentants des familles ou des représentants légaux,
- √ 1 représentant du conseil de surveillance.
- ✓ 2 représentants du personnel,

Pouvant siéger avec voix consultative : le Directeur, les cadres de santé, les personnes qualifiées au regard des sujets traités (animatrices, éducateur sportif ...)

Missions du CVS:

Le conseil de la vie sociale donne **son avis** et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur :

- ✓ L'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement,
- ✓ Le contrat de séjour,
- ✓ L'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- ✓ Les activités,
- ✓ L'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- ✓ Les projets de travaux et d'équipements,
- ✓ La nature et le prix des services rendus,
- ✓ L'affectation des locaux collectifs,
- ✓ L'entretien des locaux,
- ✓ Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
- ✓ L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.



PROGRAMME

QUALITE ET GESTION DES RISQUES

2021-2025

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PRISE EN SOIN



COORDONNER LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT

Améliorer la coordination en interne (du sanitaire vers l'hébergement)



PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE ET LE RESPECT DES DROITS

Généraliser la culture de Bientraitance Multiplier les actions en faveur de la liberté d'aller et venir



TRAVAILLER EN ÉQUIPE **PLURIDISCIPLINAIRE POUR (3)** GARANTIR LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

- Soutenir et valoriser la mission des référents
- Garantir la continuité des soins (formalisation du projet thérapeutique)
- Améliorer la démarche de projet personnalisé



GÉRER LES RISQUES LIÉS AUX PROBLÉMATIQUES RÉCURRENTES DE PRISE EN SOIN DES PERSONNES ÂGÉES

- Intégrer davantage l'hygiène buccodentaire dans la démarche de
- Améliorer la prévention et la prise en charge de la douleur
- Mieux dépister la dénutrition
- Prévenir le risque de chute



ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

- S'appuyer sur les ressources internes (trinôme médecin-IDE-AS) et développer le partenariat externe
- Rester vigilant sur la pertinence des hospitalisations



AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT ET DU RÉSIDENT

- Renforcer le pilotage (automatisation, temps de présence pharmacien)
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- Améliorer le stockage et l'hygiène



ACCOMPAGNER VERS L'AUTONOMIE OU GÉRER LA PERTE D'AUTONOMIE

- Améliorer l'évaluation de l'autonomie des patients / résidents (toilette évaluative, intervention de l'ergothérapeute)
- Renforcer l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs
- Améliorer l'hygiène corporelle (fréquence et temps dédiés à l'aide à la toilette)



GARANTIR L'HYGIÈNE ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

- Renforcer la gestion des circuits et des matériels
- Consolider les compétences sur l'hygiène
- Favoriser la vaccination des personnels

L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA VIE QUOTIDIENNE



PROMOUVOIR LA VIE SOCIALE

- Développer les temps d'animations le weekend
- Développer le rôle du référent sur Janzé
- Poursuivre l'ouverture sur l'extérieur



OFFRIR UNE RESTAURATION ADAPTÉE AU GRAND ÂGE

- Adapter l'offre alimentaire
- Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité
- Renforcer l'implication de tous (IDE, cuisine, résidents, paramédicaux...)

PROPOSER DES CONDITIONS HÔTELIÈRES FAVORISANT PROPOSER DES CONFORT

Améliorer l'entretien des chambres et logements (Renfort de l'équipe, des pratiques de bionettoyage)

LA DÉMARCHE QUALITÉ & LA GESTION DES RISQUES



PILOTER LA DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

- Rendre davantage lisible la démarche qualité
- Améliorer la coordination de la démarche qualité
- Améliorer le suivi du plan d'actions Qualité



REDYNAMISER LES OUTILS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ GESTION DES RISQUES

- Mettre en place la gestion électronique des documents
- Impulser un nouvel élan au signalement des évènements indésirables

LE PROJET DES USAGERS

VALORISER ET PROMOUVOIR LA PLACE ET LA PAROLE DES USAGERS

- Mieux évaluer la satisfaction des usagers
- Donner aux usagers une plus grande lisibilité sur leurs droits
- Renforcer le partenariat des représentants des usagers avec le Centre Hospitalier
- Développer la culture des pairs aidants

LA GOUVERNANCE

FAIRE ÉVOLUER LA GOUVERNANCE EN LIEN AVEC LA RECONSTRUCTION

- Travailler en collaboration avec les sites de Corps Nuds, Janzé et le Theil de Bretagne
- Donner corps au rapprochement et faire vivre ensemble des projets communs
- Anticiper et prévenir les risques psychosociaux
- Dynamiser la communication interne et externe
- Communiquer auprès des résidents et des familles

LE PROJET SOCIAL



OPTIMISER LA COMMUNICATION

- Investir la fonction de management par les IDE
- Créer davantage de lien entre les professionnels
- Optimiser les modes de communication interservices



FAIRE ÉVOLUER LES COMPÉTENCES

- Restructurer le « pôle » formation
- Faciliter l'accès aux offres de formations pour tous
- Mettre en place un dispositif de tutorat et d'accompagnement d'un nouvel



FAIRE ÉVOLUER LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL

- Adapter les effectifs aux besoins des personnes accueillies
- Accompagner, mieux préparer la mobilité interne



AMÉLIORER LES CONDITIONS **DE TRAVAIL**

- Travailler sur des projets communs
- Promouvoir l'action de la médecine du travail

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

ENGAGER LE CENTRE HOSPITALIER DANS UNE DÉMARCHE DE RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ENTREPRISES (RSE) À HORIZON DES 5 PROCHAINES ANNÉES

- Poursuivre les actions éco-responsables
- Intégrer la dimension Développement durable dans le projet de reconstruction

LE SYSTÈME D'INFORMATION

INSTALLER UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DU SYSTÈME **D'INFORMATION**

- Participer à la mise en œuvre d'une direction des systèmes d'information à l'échelle du GHT Haute-Bretagne
- Développer les outils numériques facilitateurs pour le soignant et le patient (DMP, messagerie sécurisée...)
- Maintenir l'infrastructure technique / logiciels



PROGRAMME EPP

2021/2025

EPP 2021	EPP 2022	EPP 2023
Bientraitance en médecine / SSR	Dénutrition en médecine /SSR	Pertinence des soins en médecine / SSR
Prise en charge de la douleur en EHPAD et médecine / SSR	Dénutrition en EHPAD	Bientraitance en EHPAD

EPP 2024	EPP 2025
Pertinence et maitrise du processus transfusionnel Pertinence des prescriptions	Pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé
médicamenteuses chez le sujet âgé	