

5 > Projet Qualité Gestion des Risques

5.1. Introduction

Le projet Qualité Gestion des Risques, bien que non mentionné dans l'article L 6143-2 du code de la santé publique relatif au projet d'établissement (définition et contenu), est un volet incontournable du projet d'établissement. Les procédures de certification et les démarches projets qualité gestion des risques sont définitivement intégrées dans le management et la culture des établissements de santé et justifient ainsi un projet dédié et spécifique dans le projet d'établissement. Existant en filigrane dans le projet d'établissement 2012-2016, consacré dans les projets d'établissement 2012-2016, puis 2017-2021, il fait l'objet dans le présent projet d'Etablissement 2022/2026 d'un projet spécifique témoin de l'intégration dans la stratégie de l'établissement et de l'appropriation de la culture qualité par les professionnels.

Le projet 2022/2026 se veut dynamique et opérationnel. Il recentre ses orientations, objectifs et actions sur les attendus en matière de qualité – gestion des risques et sécurité des soins d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie et sur son intégration dans les pratiques et modalités de prise en charge. Il tient compte aussi des travaux mis en place pour chacune des visites de certification pour lesquelles l'établissement et les professionnels sont « montés en compétence » et font de la démarche qualité et des projets qualité un outil de management et d'accompagnement des pratiques.

La direction qualité a également anticipé et accompagné les méthodes d'évaluation déployées sur chaque itération des certifications et adapté et piloté les organisations requises pour disposer de ressources innovantes volontairement ergonomiques et intuitives pour les utilisateurs de toutes les filières intervenant dans un établissement de santé en psychiatrie (Qualios, portail certification, groupes ressources, bureaux qualité...).

Le présent projet qualité gestion des risques poursuit cette ambition de maintenir un haut niveau de qualité sécurité des soins gestion des risques. Il se veut volontariste et pro actif. Il tient bien évidemment compte du référentiel V2020 et des méthodologies déployées.

Le projet qualité sécurité des soins 2022/2026 est complémentaire du Projet Sûreté Sécurité 2022/2026 qui développe un axe entier sur la maîtrise de la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires et environnementales exceptionnelles (cf. PSS 2022/2026).

Enfin, il tient compte également des travaux menés au sein du Groupe Hospitalier de Territoire Béarn Soule auxquels l'établissement s'associe et participe activement.

Le projet qualité sécurité des soins est le fruit des travaux, propositions et réflexions du groupe dédié dont la composition est développée dans la partie suivante « méthodologie retenue ». Le projet qualité sécurité des soins 2022/2026 se veut complémentaire du projet médical et du projet de soins et de tous les volets composant le projet d'établissement.

Le projet qualité sécurité des soins 2022/2026 s'organise ainsi autour de 3 axes :

- **Manager l'établissement par la qualité sécurité des soins (3 objectifs, 12 actions)**
- **Mettre en œuvre la politique qualité sécurité des soins (4 objectifs, 21 actions)**
- **Accompagner et déployer la culture qualité (2 objectifs, 7 actions).**

5.2. Méthodologie retenue

Elle obéit aux étapes définies par la conduite de projet du projet d'établissement validé en Directoire à savoir une étape de bilan, une étape d'identification des nouvelles orientations, des nouveaux axes et objectifs stratégiques et leur déclinaison en actions, conclue d'une étape de consolidation.

Le projet Qualité-Gestion des risques 2022/2026 est issu des travaux et réflexions d'un groupe projet dédié composé des représentants des bureaux qualité des pôles de soins, des co-présidents de la Commission Qualité Sécurité des Soins, du président du comité D.P.C., des représentants des usagers désignés en Commission des usagers, des représentants désignés par la C.S.I.R.M.T. et participant à la C.Q.S.S., du Copil qualité et du service qualité.

Nom	Prénom	Fonction
BARBE	Christophe	Ingénieur qualité
BARDEL	Céline	CSS pôle 5
BONDU	Fatima	Cadre qualité pôle 2
BUGNICOURT	Marie	Cadre qualité pôle 4
CLEMENT	Maud	Directeur adjoint
COQUEL	Séverine	Cadre qualité pôle 3
COULON	Bénédicte	RU UNAFAM
DAUBAS	Alain	CSS pôle 3
DELCROS	Manon	PH qualité pôle 1
DIOT	Alexandre	PH qualité pôle 2
DUBARRY	Elisabeth	Cadre qualité pôle 3
DUFFAU	Claudine	Représentant CSIRMT
FEDLAOUI	Jamel	CCS P4
FERRIZ	Cedric	Cadre qualité pôle 1
JONCA	Aline	Représentant CSIRMT
LABADIE	Danièle	RU Entraid'Addict 64
LAMOURE	Maria	Cadre qualité pôle 2
LLINARES	Olivier	CSS pôle 1
MENGINOU	Sylvie	Présidente CQSS
MERCADIEU	Jean-Pierre	CSS pôle 2
MINEBOO	Eva	PH qualité pôle 4
NICOLLE	Boris	Président Comité DPC
POUY	France	CS/DUQ
SAINT MARTIN	Florence	PH qualité pôle 3

Ce groupe s'est réuni à 3 reprises :

- **23 juin 2021 : bilan et état des lieux du projet qualité – gestion des risques 2017-2021**
- **3 mai 2022 : définition des nouveaux axes et arbitrage sur le volet SSE (confié au PSS 22/26)**
- **7 juin 2022 : déclinaison des objectifs, actions, pilotes, indicateurs et calendriers retenus.**

5.3. Bilan du projet qualité et gestion des risques 2017-2021

Cette étape est importante : elle permet d'identifier les axes, objectifs et actions susceptibles d'être repris, redéfinis, complétés ou abandonnés dans le futur projet. Cette étape de bilan –état des lieux a montré la pertinence des actions, objectifs et axes retenus dans le projet 2017/2021. La quasi-totalité des actions prévues a été entreprise sous la forme et les modalités initialement envisagées ou a évolué dans son contenu pour s'adapter à l'environnement et aux attendus du moment.

L'examen des axes, objectifs et actions a donc permis de faire les constats suivants :

- Un système de management de la qualité-gestion des risques effectif, éprouvé et agile
- Une préparation aboutie de l'établissement et des professionnels aux démarches d'évaluation et à la visite de certification
- Un accompagnement efficace des structures et dispositifs aux enjeux actuels et à venir de la qualité/gestion des risques secondé d'un accompagnement reconnu des professionnels (formations et sensibilisations aux méthodes d'évaluation, aux démarches et projets qualité, à la gestion documentaire, ...) garantissant l'appropriation réelle de la culture qualité par les professionnels de l'établissement (retours d'expérience, ateliers et formations, semaine nationale sécurité patient...)
- Une gestion des risques éprouvée par une culture « déclaration et analyse des Evènements indésirables » connue et repérée dans tous les secteurs avec un accent à porter sur les erreurs médicamenteuses
- Un P.A.Q.S.S. évolutif et dynamique traduisant les enjeux définis par les acteurs de terrain de la qualité
- Le développement d'une culture sûreté - sécurité également reconnu dans le projet Sûreté Sécurité 2017/2021
- Une articulation territoriale avec la participation active au Comité qualité du G.H.T. Béarn et Soule.

Ces constats ont été confirmés lors de la visite de certification de mars 2019 (2^{ème} itération V 2014) à l'issue de laquelle les experts visiteurs n'ont relevé aucun écart sur la thématique « management de la qualité et de la gestion des risques ». Est ainsi soulignée la mise en place d'une démarche globale, organisée et suivie de la gestion de la qualité et des risques fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. C'est cette démarche et cette dynamique qu'il convient de conforter sur le nouveau projet d'établissement 2022/2026. Le management par la qualité doit y être consacré.

Le document bilan repris ci-après a été travaillé et validé par le groupe projet dédié dans sa réunion du 23 juin 2021. Les constats ont été unanimement partagés sur la maturité du système de management de la qualité gestion des risques et son déploiement sur l'établissement et sur la pertinence des orientations et actions retenues en 2016.

Le bilan détaille le niveau de réalisation du précédent projet qualité – gestion des risques 2017/2021. La totalité des actions relevant strictement des structures « qualité » ont été réalisées. Beaucoup d'entre elles seront reprises dans le futur projet car immanentes et indissociables d'un projet qualité-gestion des risques d'un établissement de santé.

Sur les 48 actions inscrites, 32 ont été réalisées, 3 sont en cours de réalisation, 4 sont partiellement réalisées et 9 sont non faites.



BILAN DES ACTIONS du PROJET QUALITE GESTION DES RISQUES 2017-2021

Réunion du groupe projet dédié le 23 juin 2021

Axes	Objectifs	Actions	Etat d'avancement	Pilotes	Action à conserver	Commentaires
Pérennisation du SMQGDR	Conforter le management de l'établissement par l'approche par processus	Actualiser la politique QGDR de l'établissement	Fait	COFIL	Oui	
		Formaliser les processus / les décrire (fiche descriptive)	Non fait	DUQ / SQ	Oui	A reformuler selon attendus nouvelle certification V2020
		Formaliser les rôles et missions des pilotes de processus	Fait	DUQ / SQ	Oui	A actualiser
	Préparer l'établissement aux enjeux et attentes de la certification	Identifier et actualiser les risques par processus (cartographie des risques)	Fait	SQ	Oui	Axe certification V2020 + objectifs/ actions à identifier selon attendus et méthodes d'évaluation
		Analyser les risques identifiés	Fait	SQ	Oui	
		Prioriser les actions à mettre en œuvre (maîtrise ou de corrections)	Fait	SQ	Oui	
		Veiller à la mise en place des actions de réduction des écarts	En cours	SQ	Oui	
		Réaliser la méthode patients traceurs dans les UF	Fait	SQ	Oui	
		Réaliser des audits de processus (préparation certification V2014)	Fait	SQ	Oui	
	Accompagner les structures et dispositifs aux enjeux actuels et à venir relatives à la qualité / gestion des risques	Accompagner la CME dans la mise en œuvre de la politique qualité et à la sécurité des soins	Fait	SQ	Oui	Objectif à conserver et actions à redéfinir / préciser en lien avec enjeux qualité/certification/management par la qualité
		Accompagner l'évolution des dispositifs et outils du SMQGDR en identifiant les structures, dispositifs et outils requis	Fait	COFIL	Oui	
		Conforter les missions et attributions des commissions et groupes actuels et favoriser la prise en compte des nouveaux projets	Fait	COFIL / CME / SQ / CQSS	Oui	
		Valoriser les actions / rôles / missions des BQ (pôles de soins et directions fonctionnelles)	Fait	SQ	Oui	
		Poursuivre la sensibilisation et l'information des instances	Fait	DUQ / SQ	Oui	
		Déployer les E.P.P. sur des thématiques identifiées par l'institution et par les pôles cliniques	En cours	Comité DPC	Oui	
		Définir un planning d'audit indiquant annuellement les sujets / thèmes / points à investiguer	En cours	SQ	Oui	
	Accompagner et soutenir les professionnels : le management par processus	Former et sensibiliser aux outils et processus de la certification	Renouveler la formation à l'utilisation des outils de la certification V2014 (patient traceur et audit processus)	Fait	SQ	Oui
Former et sensibiliser à l'évaluation en routine les CS des UF (réalisation d'audits, suivi tableau de bord qualité)			Partiellement fait	SQ	Oui	A poursuivre en lien avec DSIRMT

	Former à la démarche qualité gestion des risques	Assurer la formation des professionnels aux méthodes et outils de la démarche qualité gestion des risques	Fait	SQ	Oui	Objectif et actions à conserver - groupe ressources certification validé en Copil qualité
		Poursuivre la formation des référents qualité de pôle, des membres du bureau qualité et cadres sur l'évaluation pour identifier les DQ et actions d'améliorations à mettre en place	Fait	SQ	Oui	
	Accéder à la gestion documentaire	Former les professionnels à l'utilisation de Qualios	Fait	SQ	Oui	A rattacher à l'objectif et aux deux actions précédentes
		Evaluer la pertinence et l'appropriation des protocoles/procédures	Fait	SQ	Non	Dématérialisation effective et opérationnelle
Communiquer / déployer la culture qualité / appropriation de la culture qualité	Sensibiliser les professionnels	Poursuivre la sensibilisation des professionnels aux démarches qualité (EPP, DQ, actions d'amélioration) par la mise en place de REX à organiser à des moments dédiés (accueil des internes, réunions d'encadrement...)	Fait	Présidente Comité DPC SQ / BQ / Groupes	Oui	A recentraliser dans objectif et actions communication/formation/information
	Communiquer sur la qualité gestion des risques du CHP	Faire connaître l'expertise et le rôle ressource du service qualité (bilan annuel dans l'intégration dans le rapport d'activité annuel de l'établissement)	Fait	SQ	Oui	Action unique à identifier
		Faire connaître l'expertise et le rôle ressource du coordonnateur des risques associés aux soins : bilan annuel aux instances et diffusion dans Qualios et intégration dans le rapport d'activité annuel de l'établissement	Fait	Coordonnateur gestion des risques	Oui	
		Organiser des journées ou des ateliers "qualité risques" sur des points / sujets d'actualité (EPP, DQ, indicateurs, EI)	Fait	CQSS / BQ / COPIL Q / SQ	Oui	nouveau format : atelier "flash "
		Mettre en place un séminaire qualité transversal ou sur un sujet d'actualité	Non fait	SQ / CQSS / COPIL	Non	à remplacer par méthodes pédago différentes (e Learning) + supports ludiques (dispositif institutionnel)
		Réactualiser les indicateurs qualité et gestion des risques et les diffuser (campagne affichage, Qualios...)	Fait	SQ	Oui	
	Développer la mise en place des REX	Espace « partage d'expérience » sur un nouvel intranet	Non fait	SQ	Oui	Mis en ligne dans Qualios /pas de nouvel intranet
		Journées qualité/gestion des risques "dédiées" dans les unités de soins	Non fait	Unités de soins	Oui	Points qualité à organiser
	Communication externe	Valoriser en externe : communication vis à vis des partenaires / des usagers / ARS / site internet/	Fait	DUQ / SQ / SGAMC	Oui	A renforcer et rattacher dans objectif et actions "communication"
	Manager par la gestion des risques	Soutenir la déclaration des EI comme vecteur d'identification d'actions d'amélioration	Améliorer le processus de déclaration des EI (étude de dématérialisation dans un nouvel intranet)	Fait	SQ	Non
Améliorer le retour d'information sur les EI aux déclarants			Fait	SQ	Non	
Développer les actions pédagogiques sur la déclaration des EI envers les UF et leur analyse par le coordonnateur des risques associés aux soins			Fait	SQ	Oui	Objectif et actions à reprendre : incitation forte à la déclaration des EI et soutien à celles relatives aux erreurs médicamenteuses
Encourager / inciter le signalement d'EI commis ou repéré par les professionnels sur le processus de PEC médicamenteuse			Partiellement fait	SQ	Oui	
Poursuivre la formation des professionnels à l'analyse des risques			Fait	SQ UF	Oui	

	Coordonner et mettre à jour régulièrement le PAQSS	Intégrer les actions des revues EI dans les PAQSS et mesurer l'impact sur la cartographie des risques	Fait	SQ	Oui	A reprendre selon nouvelles modalités
		Intégrer et suivre les actions du compte qualité dans le PAQSS	Fait	SQ	Oui	
	Favoriser la mise à disposition de tableaux de bord d'indicateurs qualité sécurité des soins adaptés en permanence aux enjeux prioritaires	S'assurer de la réalisation des actions dans les secteurs d'activité (tableau de bord de suivi)	Non fait	SQ	Oui	Format et support à redéfinir / données à identifier
		Définir, retenir et intégrer le suivi de certains événements sentinelles définis institutionnellement comme par exemple : décès, suicide, tentative de suicide, départ de feu, sorties sans autorisation, les délais d'attente pour une consultation en C.M.P., etc.	Fait	SQ	Oui	A reformuler
		Développer et promouvoir les indicateurs qualité	Partiellement fait	SQ	Oui	A reformuler
		Développer et promouvoir les enquêtes de satisfaction	Fait	SQ	Oui	Commun avec projet PEC 2022/2026
	Contractualisation interne	Communiquer les résultats des évaluations	Non fait	SQ / BQ / Pôles	Non	Non repris dans projet QGDR 2022/2026 - fonction du projet de gestion 2022/2026
		Intégrer des objectifs qualité dans les projets de pôle (choix)	Non fait	SQ / BQ / Pôles	Non	
		Intégrer ce suivi d'indicateurs dans les dialogues de gestion	Non fait		Non	
		Piloter les indicateurs (suivi) qualité en concertation avec les pôles de soins	Non fait		Non	
	Gérer la crise : le plan blanc et ses annexes	Tester tous les deux ans l'installation de la cellule de crise et la connaissance des procédures par les acteurs clés	Partiellement fait	SQ	Oui	Axe entier à définir sur les Situations Sanitaires Exceptionnelles - attendus référentiel de certification Commun au PSS 2022/2026
		Actualiser les documents de gestion de crise (plan blanc, annexes ...)	Fait	Référent sécurité	Oui	

5.4. Le projet qualité et gestion des risques 2022-2026

Le projet 2022/2026 est le résultat des travaux et réflexions du groupe projet dédié qui ont jalonné le second semestre 2021 et le 1^{er} semestre 2022 conformément à la méthodologie de projet retenue.

Il s'appuie également notamment :

- sur le nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins V2020 de la H.A.S.
- sur les nouvelles modalités d'évaluation (patient traceur, parcours traceur, traceur ciblé, audit système, observations) de ce nouveau référentiel
- sur les évolutions réglementaires en matière d'isolement et de contention
- sur les résultats de la visite de certification de mars 2019 et les échanges avec la H.A.S. consécutifs et subséquents
- sur le programme national pour la sécurité du patient
- sur la stratégie nationale de santé et la feuille de route pour la santé mentale
- sur les orientations du COPIL Qualité

Le projet qualité 2022/2026 s'articule autour de 3 axes :

- **Axe 1 : Manager l'établissement par la qualité sécurité des soins**

Il s'agit en effet de maintenir un copilotage efficace et stratégique (objectif 1), de médicaliser la politique qualité sécurité des soins (objectif 2) et d'associer les représentants des usagers dans l'organisation et les projets qualité sécurité des soins (objectif 3) ;

- **Axe 2 : Mettre en œuvre la politique qualité sécurité des soins**

Grâce à la poursuite de la structuration du P.A.Q.S.S. et son adaptation aux attendus (objectif 1), en garantissant le management de la gestion des risques a priori et a posteriori (objectif 2), par la mise à disposition des outils idoines (objectif 3), et la garantie d'une coordination améliorée de la sécurité des soins (objectif 4) ;

- **Axe 3 : accompagner et déployer la culture qualité**

Cet axe garantit la formation, la sensibilisation et la communication des professionnels aux outils et processus existants et à venir par le biais d'actions innovantes et/ou évènementielles (objectif 1) ou encore notamment la mise à disposition des évaluations, retours d'expérience (objectif 2).

Les axes et orientations (3), objectifs (9) et actions (40) du nouveau projet sont repris ci-après.

PROJET QUALITE SECURITE DES SOINS 2022-2026

Axes	Objectifs	N°	Actions	Calendrier					Pilotes	Indicateur
				2022	2023	2024	2025	2026		
Manager l'établissement par la qualité sécurité des soins	Maintenir un copilotage efficace par la direction et la CME de la politique qualité sécurité des soins	1	Elaborer et animer une politique qualité ambitieuse adaptée aux enjeux (institutionnels, patients, professionnels) qui s'inscrit dans la politique qualité / GDR du GHT	X					Copil qualité / DUQ / SQ	Publication de la politique qualité
		2	Adapter le SMQGDR et le faire valider en COPIL Qualité	X	X	X	X	X	DUQ / SQ	2 COPIL / an
		3	Pérenniser le groupe ressources et en faire l'organe clef du déploiement de la culture qualité sécurité des soins sur l'établissement	X	X	X	X	X	DUQ / SQ / CSS / CS	6 réunions / an
		4	Affirmer le bureau qualité comme acteur opérationnel de la politique qualité sécurité des soins	X	X	X	X	X	CSS / CS / SQ	Nb de BQ / an
		5	Formaliser les rôles et missions des professionnels référents qualité de service	X					Groupe ressources / SQ / DUQ	Publication de la fiche de mission
		6	Inscrire les référents qualité dans une démarche proactive d'identification, de priorisation, de déploiement de la démarche qualité		X	X	X	X	CSS / CS / BQ	Nb d'interventions référents qualité
		7	Evaluer annuellement l'efficacité du copilotage et le management de la qualité par la méthode audit-système	X	X	X	X	X	COPIL Qualité	Nb d'audits système réalisés / an
	Médicaliser la politique qualité sécurité des soins	8	Sanctuariser dans les ordres du jour de la CME, de la CSIRMT et de la CDU l'avancée de la mise en œuvre de la politique qualité sécurité des soins	X	X	X	X	X	PCME / DG / DUQ / SQ / DSIRMT	Nb de points à l'ordre du jour
		9	Maintenir l'utilisation des méthodes d'évaluation (patient traceur et parcours traceur)	X	X	X	X	X	copil qualité / groupe ressources	Nb de traceurs / an
	Associer les RU dans la dynamique qualité	10	Participer aux instances en charge de la Qualité / sécurité des soins (COPIL, CQSS et comité DPC)	X	X	X	X	X	DUQ / CRU	Taux de participation des RU
		11	Participer aux démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité sécurité des soins	X	X	X	X	X	DUQ/SQ/BQ	Nb de démarches associant les RU
		12	Présenter les analyses approfondies des causes et plans d'actions des revues finalisées aux RU	X	X	X	X	X	SQ	Nb de présentation

Mettre en œuvre la politique qualité sécurité des soins	Structurer le PAQSS pour répondre aux attendus de la politique qualité sécurité des soins	13	Dématérialiser le PAQSS et en faire un outil dynamique	X					SQ	
		14	Soutenir méthodologiquement les membres des bureaux qualité de pôle	X	X	X	X	X	SQ / DSIRMT / CSS / CS	
		15	Assurer la participation du service qualité à chaque bureau qualité de pôle	X	X	X	X	X	SQ / DSIRMT	100% de participation
	Manager par la gestion des risques a priori et a posteriori	16	Mettre à jour la cartographie des risques patient et établissement tous les deux ans		X		X		SQ	Publication dans Qualios
		17	Encourager le signalement d'EI par les professionnels concernés sur le processus PEC médicamenteuse	X	X	X	X	X	SQ / Pharmacie / COMEDIMS / BQ/professionnels référents	Nb de signalements
		18	Systématiser l'accompagnement du CCECQA pour l'animation de la revue lors de signalement des EIGS sur la plateforme	X	X	X	X	X	SQ / Directoire	100%
		19	Formaliser les RETEX issus des revues (a minima celles du CCECQA)	X	X	X	X	X	SQ	100%
	Mettre à disposition des outils de management par la qualité sécurité des soins des services	20	Co-construire avec les pôles de soins les indicateurs essentiels de la qualité de la prise en charge	X	X	X	X	X	SQ / DSIRMT / CSS / CS / BQ	Diffusion des indicateurs
		21	Formaliser un tableau de bord personnalisé de suivi des indicateurs		X	X			SQ / DSIRMT / CSS / CS / BQ	Diffusion
		22	Définir annuellement les thématiques à évaluer et les méthodes associées	X	X	X	X	X	SQ / DSIRMT / CSS / CS / BQ	Diffusion
		23	Développer les outils d'évaluations (EPP, audits, satisfaction, ...) dans Qualios	X	X	X	X	X	SQ	Outils développés
		24	Dynamiser le dispositif des EPP et leurs résultats (simplification, accessibilité, visibilité, appropriation)		X	X			Comité EPP	Outils développés
	Améliorer la coordination et la sécurité des soins	25	Sécuriser la prise en charge médicamenteuse (de la prescription à l'administration et la surveillance du patient)	X	X	X	X	X	Groupe PEC MED	Nombre EIG
		26	Optimiser la déclaration des EIG et des erreurs médicamenteuses	X	X	X	X	X	Groupe PEC MED	Nombre EI /an
		27	Prévenir les infections associées aux soins	X	X	X	X	X	Service hygiène	ICSHA Bilan annuel GHIN
		28	Evaluer et suivre l'état somatique des patients hospitalisés et suivis en ambulatoire	X	X	X	X	X	Groupe PEC somatique	IQSS
		29	Evaluer, soulager et réévaluer la PEC de la douleur	X	X	X	X	X	CLUD	IQSS Bilan annuel CLUD
		30	Prendre en compte les troubles de l'état nutritionnel des patients	X	X	X	X	X	CLAN	IQSS Bilan annuel CLAN
		31	Maitriser la prise en charge des urgences vitales	X	X	X	X	X	Groupe UV	Bilan UV

		32	Coordonner les vigilances sanitaires de l'établissement	X	X	X	X	X	Coordonnatrice risques associés aux soins	Rapport annuel
		33	S'assurer que la tenue du dossier du patient reflète la qualité de prise en charge des patients	X	X	X	X	X	Groupe dossier patient	IQSS
Accompagner et déployer la culture qualité	Former et sensibiliser les professionnels	34	Mettre en œuvre les actions prévues au plan de formation	X	X	X	X	X	DUQ / SQ / service formation	Nb de formations réalisées / prévues
		35	Expérimenter des méthodes innovantes de sensibilisation (vidéos en ligne, eClaire qualité, BD qualité, scénario apprenant en ligne)		X	X	X	X	SQ / service informatique	Outils développés
		36	Dynamiser la participation des professionnels à la semaine sécurité des patients notamment les ateliers en lien avec l'urgence vitale, le risque infectieux et le médicament	X	X	X	X	X	SQ / DUQ / DSIRMT / groupe ressources	Nb de participants
		37	Soutenir et accompagner les séminaires qualité de pôle	X	X	X	X	X	SQ / DUQ / DG / PCME /BQ / DSIRMT	Nb de séminaires
	Communiquer auprès des professionnels	38	Diffuser les RETEX sur chaque revue d'EIGS (a minima celles du CCECQA)	X	X	X	X	X	SQ	100%
		39	Mettre en ligne un portail dédié aux méthodes d'évaluation (résultats des IQSS, audits, EPP, enquêtes de satisfaction...)	X	X	X	X	X	SQ	Publication dans Qualios
		40	Former au dispositif et aux outils QGDR mis en place dans l'établissement les cadres, médecins nouvellement promus / arrivés et les internes lors de chaque nouvelle promotion	X	X	X	X	X	SQ	100%