



CENTRE HOSPITALIER
ROYAN-ATLANTIQUE

PROJET QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

CENTRE HOSPITALIER ROYAN-ATLANTIQUE

Projet d'établissement 2025-2029



INTRODUCTION STRATÉGIQUE – POSITIONNEMENT, MÉTHODE ET VISION

Le volet « Qualité-Gestion des risques » du projet d'établissement 2025–2029 du Centre Hospitalier Royan-Atlantique affirme une ambition forte : garantir la sécurité des soins et des pratiques soignantes à chaque usager tout au long de son parcours de santé.

Il traduit également ces ambitions en tant qu'établissement labellisé Hôpital de proximité au bénéfice des patients, des professionnels de santé et de l'ensemble de la communauté qu'il dessert.

La dernière certification HAS de mai 2023 a pu démontrer la capacité du CHRA à prodiguer des soins de qualité répondant aux exigences réglementaires grâce à :

- Une mobilisation efficace des professionnels de terrain, de l'ensemble de la ligne managériale et des représentants des usagers,
- Un pilotage attentif de la gouvernance.

En effet, le développement d'une culture de la sécurité des soins est un processus impliquant à la fois une impulsion au plus haut niveau de la gouvernance, une appropriation de celle-ci par l'ensemble des équipes et la construction d'un partenariat nourri avec les usagers.

Cette impulsion au plus haut niveau de la gouvernance est complétée par un mouvement ascendant, où les retours d'expérience et les initiatives du terrain ou des usagers influencent et enrichissent les stratégies de gouvernance.

Une telle synergie entre la gouvernance, les acteurs de terrain et les usagers est le véritable garant d'une dynamique pérenne et efficace en matière de sécurité des soins.

Cette interaction constante permet donc :

- Un respect des bonnes pratiques professionnelles tout en tenant compte des réalités du terrain,
- Une responsabilisation accrue de tous les acteurs, quel que soit leur niveau hiérarchique,
- Une amélioration constante des pratiques, nourrie par l'expérience quotidienne des équipes soignantes et des usagers.

L'enjeu principal pour la gouvernance est alors de transformer cette démarche en un véritable levier d'amélioration continue, intégré dans les pratiques quotidiennes de tous les acteurs de l'hôpital. Cela implique de développer des outils de pilotage institutionnels performants y compris à l'échelle du service, de renforcer la formation et la sensibilisation du personnel et de promouvoir une culture positive de l'erreur auprès de tous.

Face au vieillissement croissant de la population locale, à la pression grandissante sur l'accès aux soins et à l'impératif de sécurité pour tous, le Centre Hospitalier Royan-Atlantique s'engage dans une démarche d'excellence, résolument tournée vers l'amélioration continue de la qualité et la maîtrise des risques.

Au cœur de cette ambition, quatre valeurs fondamentales — la bienveillance, le respect, la solidarité et la cohésion, l'éthique et la probité — guident chaque action, chaque décision et chaque parcours de soin, pour accompagner les patients, leurs familles et l'ensemble des professionnels par des pratiques toujours plus sûres, humaines et responsables.

LA BIENVEILLANCE AU SERVICE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS :

La bienveillance se traduit par une attention constante portée à la personne, à ses besoins, à son vécu. Au CHRA, elle nourrit la culture de la sécurité des soins, en encourageant les retours d'expérience des patients comme des équipes, la valorisation de l'humain dans la relation de soin et la recherche permanente de solutions adaptées aux situations individuelles. Cette valeur fonde la confiance, essentielle pour prévenir les erreurs et garantir la continuité des soins, notamment auprès des populations vulnérables, des personnes âgées ou en situation de handicap, dont la prise en charge requiert une vigilance particulière sur le territoire.

LE RESPECT, VALEUR SOCLE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DU PARCOURS DE SOINS :

Le respect requiert la reconnaissance de la dignité de chacun, la prise en compte des droits des patients et la valorisation des compétences de chaque professionnel. Il guide également la lutte contre toute forme de discrimination et la prise en compte des spécificités de chacun, qu'il s'agisse de patients, de familles ou d'équipes, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

LA SOLIDARITÉ ET LA COHÉSION, MOTEURS DE L'EFFICIENCE ET DE LA SÉCURITÉ COLLECTIVE :

La solidarité et la cohésion fédèrent les équipes autour d'objectifs communs : garantir la sécurité, la pertinence et la continuité des soins. Au CHRA, ces valeurs se concrétisent par le travail en équipe, la coordination entre services, la mutualisation des savoirs et la gestion collective des risques. Elles sont essentielles pour répondre aux défis du territoire, comme l'accès aux soins, la prévention du renoncement aux soins ou la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. La solidarité et la cohésion sont donc au cœur de la démarche d'amélioration continue, en engageant tous les acteurs, du soin au médico-social, pour garantir la meilleure prise en charge possible.

L'ÉTHIQUE ET L'INTÉGRITÉ, GARANTES DE LA CONFIANCE ET DE LA QUALITÉ DES PRATIQUES :

L'éthique et l'intégrité constituent le socle intangible sur lequel repose la confiance des patients, des équipes et des partenaires du CHRA. Elles se traduisent par une exigence de transparence, de responsabilité et de respect des droits de chacun dans toutes les décisions et les pratiques professionnelles. Au quotidien, cette double exigence guide les professionnels à agir selon les principes de loyauté, d'équité et d'impartialité, à reconnaître et à prévenir tout risque de conflit d'intérêts et à promouvoir une culture du questionnement éthique face aux situations complexes. L'intégration de l'éthique et de l'intégrité dans la gestion des risques permet ainsi de renforcer la sécurité des soins, de prévenir les situations de maltraitance ou de discrimination et de garantir un accompagnement respectueux de la dignité de chaque personne, en cohérence avec les enjeux du territoire et les attentes des usagers.



La SWOT relative à la politique qualité et gestion des risques

Pour identifier les leviers de transformation, comme les freins à surmonter, une analyse stratégique de type SWOT a été conduite. Elle repose sur un croisement d'observations issues pour l'analyse interne de :

- La politique qualité du CHRA 2021-2026
- Le bilan des programmes qualité PAQSS, audits, REX, CAQES
- Le rapport de certification de mai 2023
- Les résultats des IQSS nationaux et indicateurs internes
- Le challenge qualité 2022 (Check)
- Les plaintes et réclamations, les résultats des questionnaires de satisfaction dont E-Satis.

Pour l'analyse externe, de :

- La feuille de route du ministère pour 2023-2025 "Améliorer la sécurité des patients et des résidents"
- Le Projet Régional de Santé 2018-2028 (SRS et COS)
- Le manuel de certification en tenant compte des ses différentes actualisations
- Les projets d'établissement d'autres structures

FORCES	FAIBLESSES
PILOTAGE - Démarche qualité – GDR en continu avec respect des démarches itératives de certification, COFRAC, radioprotection... - Développement d'exercices professionnels innovants incluant un volet qualité – GDR : santé publique, prévention et promotion de la santé, Développement des pratiques avancées, protocole de coopération, télésoins, ... - Planning annuel d'audits et suivi en routine d'indicateurs obligatoires et internes IMPLICATION DES RU / USAGERS - Participation et implication des RU dans les instances, à la réalisation d'audits / enquêtes ... CULTURE QGDR / EVALUATION - Gestion des EI avec constitution d'une CAFEIN, qui se réunit toutes les semaines, associant les professionnels et les RU. - Proposition d'ouverture aux professionnels de terrain. - Vigilants identifiés et dynamiques d'amélioration de la qualité. - Mise en place de retour d'expérience : CREX Médicaments – DM, et autres EI - Mise en place de parcours de formation sur la démarche qualité GDR personnalisable selon le profil des apprenants en e-learning : développer la culture qualité - Valorisation des Retex sous forme d'une fiche synthétique partagée à consolider	PILOTAGE - Absence de COGRAS IMPLICATION DES RU / USAGERS - Pas suffisamment de patient expert dans les programmes d'ETP CULTURE QGDR / EVALUATION - Peu de retour des questionnaires de satisfaction (en interne et E-satis). - Défaut de déclaration des FSEI. - Défaut de contact, échanges avec les professionnels : Relancer les rencontres avec les équipes autour de la dynamique qualité. - Gestion documentaire Blue Medi perfectible : - Pas de code nominatif des agents / non dédiée à une seule mission - Taux de documents de plus de 5 ans à réviser ou épurer élevé - Cycle de rédaction et de signature non électronique - Données des audits, indicateurs, traceurs, ... sous exploitées par les services (PAQSS de service). - Peu d'EPP, de RMM conduites : - Proposition d'une journée thématique sur la promotion des EPP - Défaut de valorisation de ces actions COORDINATION DES PARCOURS - Travail en équipe : staffs non déployés dans tous les services de l'établissement - Plaintes et réclamations concernant les transferts des patients ou la sortie COMMUNICATION - Vétusté du matériel informatique et logiciels non inter communicants entre eux. - Absence de chaîne télé intra CHRA. - Méconnaissance du métier de RAQ. - Défaut de communication de l'offre de soins pour les professionnels et les usagers (site internet, journal interne, - accueil des nouveaux arrivants, ...).
OPPORTUNITÉS	MENACES
PILOTAGE - Rencontres DS – DQ (public, privé, GHT). - Labellisation Hôpital de proximité avec 4 missions (Animateur Santé Publique, IPA, manifestations). - Structure d'appui régionale : le CCECQA pour accompagner la démarche QGDR et volet formation CULTURE QGDR / EVALUATION - Participation des étudiants, RU aux audits. - Développer de nouvelles méthodes (AMPPATI) COORDINATION DES PARCOURS - Mutualisation, partage des expériences sur les différents établissements. (Publics/privés) COMMUNICATION - Création de flyers présentant l'offre de soins du CHRA vers la ville et les ESMS (plaquette EMOG, consultation mémoire ...).	PILOTAGE - Réseau Qualité GHT (réseau QUARESS) n'existe plus. CULTURE QGDR / EVALUATION - Défaut d'audits croisés inter-établissements. COORDINATION DES PARCOURS - Risques de rupture dans les parcours de santé par défaut de partage d'éléments utiles à la continuité de la prise en charge (outils sécurisés de communication) avec la ville, ESMS - Menaces cyber : peu d'outils sécurisés pour communiquer avec la ville (utilisation de WhatsApp et sous-utilisation de la message sécurisée). - Consultation externe : résultats labo papier -> développer la dématérialisation des documents et la prise de RDV en ligne, pas de rappel SMS des RDV pour les usagers

Quels sont les enseignements issus de la matrice SWOT pour structurer le volet qualité gestion des risques ?

Le Centre Hospitalier Royan-Atlantique se positionne aujourd'hui comme un établissement engagé dans une dynamique continue d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, avec une structuration du pilotage et une implication croissante des professionnels et représentants des usagers. Cette démarche a permis d'atteindre les exigences de la certification et d'asseoir davantage les bases d'une culture Qualité et Gestion des Risques partagée, même si la maturité collective sur ces sujets reste à renforcer.

○ Les points forts à préserver et/ou à développer sont :

- **Pilotage qualité structuré** : Démarche itérative de certification, planification annuelle d'audits, suivi régulier des indicateurs, et implication institutionnelle forte.
- **Innovation et implication** : Développement de pratiques professionnelles innovantes (pratiques avancées, télésoins...), implication des représentants des usagers dans les instances et les audits et dynamique d'amélioration continue via des retours d'expérience (CREX, CAFEIN).
- **Formation et culture qualité** : Mise en place de parcours de formation personnalisables en e-learning et valorisation des retours d'expérience partagés.
- **Labellisation et partenariats** : Hôpital de proximité labellisé, structuration d'appui régionale (CCECQA), ouverture à la mutualisation inter-établissements et tissu dynamique de partenariats et de réseaux structurés autour de la santé et de l'accès aux soins. Ces réseaux favorisent la coordination entre acteurs, l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation des ressources, constituant un levier majeur pour la continuité des parcours de santé et la prévention des situations de vulnérabilité sur le territoire.
- **Présence de compétences et expériences locales** : Forte implication des professionnels de santé et du médico-social sur le territoire, notamment dans l'accompagnement des publics vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de précarité ou de handicap). Cette expertise locale est un atout clé pour la qualité et la sécurité des prises en charge, permettant d'adapter les réponses aux besoins spécifiques du territoire et de renforcer la culture de la prévention et de l'accompagnement global.

Les axes de progrès identifiés sont :

- **Développer la maturité QGDR** : Besoin d'une diffusion plus homogène de la culture qualité et sécurité auprès de tous les professionnels, notamment via la nomination d'un COGRAS et la relance de la dynamique d'équipe autour des événements indésirables.
- **Valoriser et exploiter les données** : Les résultats d'audits, indicateurs et traceurs sont sous-exploités au niveau des services ; la mise en place de PAQSS de service et l'appropriation du logiciel qualité doivent être renforcées.
- **Renforcer la coordination des parcours** : Les ruptures de parcours liées à un défaut de partage d'information avec la ville et les ESMS, ainsi que l'absence d'outils de communication sécurisés, constituent un risque important.
- **Moderniser les outils et la communication** : Vétusté des locaux, du matériel informatique, absence de chaîne télé interne et communication insuffisante de l'offre de soins tant en interne qu'en externe.
- **Impliquer davantage les usagers** : Développer le recours aux patients experts, améliorer la collecte et l'exploitation des questionnaires de satisfaction, et associer les usagers à l'analyse des événements indésirables

AXE N°1 PILOTER ET DEVELOPPER LA DEMARCHE QUALITÉ, SÉCURITÉ DES SOINS ET GESTION DES RISQUES AU CHRA

Le CHRA s'engage dans une démarche ambitieuse et structurée de transformation de la qualité et de la gestion des risques, visant à instaurer une culture de la qualité et de la sécurité des soins au sein de toutes ses pratiques professionnelles.

Cette dynamique s'appuie sur l'application des référentiels nationaux, l'utilisation systématique d'indicateurs de suivi et la mise en œuvre régulière de dispositifs d'évaluation, afin d'offrir à chaque professionnel un cadre d'exercice transparent, innovant et sécurisé, centré sur le patient.

Le pilotage de cette démarche repose sur la création de comités dédiés, l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement et le suivi rigoureux des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

L'objectif poursuivi est d'identifier, d'analyser et de maîtriser collectivement les risques liés aux soins, tout en garantissant une amélioration continue de la prise en charge, de la pertinence des actes et de la satisfaction des usagers.

Le CHRA porte cette démarche avec une logique de contractualisation interne et de gouvernance partagée, où le dialogue, la formation des équipes et la valorisation des bonnes pratiques occupent une place centrale.

Il renforce ainsi la participation des responsables d'unités à la gouvernance, contribue à l'animation du réseau de référents qualité, sécurité et gestion des risques et favorise l'échange d'expériences et d'outils à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT).

ACTIONS PROPOSÉES

➤ **OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°1 : REDONNER UNE PLACE STRATÉGIQUE AU COMITÉ DE PILOTAGE QUALITÉ - GESTION DES RISQUES ET PÉRENNISER SA MISE EN PLACE AVEC DES RÉUNIONS PÉRIODIQUES**

Le COPIL Qualité - Gestion des risques : Un levier stratégique d'amélioration continue.

La pérennisation du Comité de Pilotage (COPIL) Qualité et Gestion des Risques, à travers la tenue régulière de réunions structurées, constitue un levier stratégique majeur pour ancrer durablement la culture qualité au cœur du fonctionnement de l'établissement. Bien au-delà d'un simple organe de suivi, le COPIL incarne la gouvernance active et partagée de la démarche qualité et sécurité des soins. Il impulse, coordonne et ajuste en continu les orientations stratégiques, en s'appuyant sur une analyse fine des résultats et des enjeux émergents.

Le COPIL qualité et gestion des risques se positionne donc comme un moteur d'innovation et d'amélioration des pratiques, avec pour missions structurantes :

- Définir et ajuster les orientations prioritaires en matière de qualité et de gestion des risques, en cohérence avec les objectifs institutionnels et les attentes des parties prenantes.
- Piloter la mise en œuvre du PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) et assurer la pertinence, l'efficacité et le suivi des actions engagées.
- Assurer une veille stratégique sur les évolutions réglementaires, les retours d'expérience et les nouveaux enjeux afin d'anticiper les risques et d'identifier les opportunités d'amélioration.
- Favoriser la coordination et la transversalité entre les différents acteurs et instances, garantissant ainsi la cohérence et l'efficacité des actions à l'échelle de l'établissement.
- Développer et ancrer une culture qualité partagée, en valorisant l'engagement de l'ensemble des professionnels et en stimulant l'innovation collective.

Ce pilotage dynamique, incarné par l'engagement du trinôme PCME, DG, DS et de l'ensemble des instances, crée une véritable synergie au service de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il traduit la volonté de l'établissement de s'inscrire dans une démarche proactive, agile et résolument tournée vers l'excellence.

INDICATEURS DE SUIVI DU COPIL QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

Pour mesurer l'efficacité et l'impact du COPIL Qualité, il est pertinent de suivre les indicateurs suivants :

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Taux de tenue effective des réunions du COPIL (par rapport au calendrier prévisionnel)
- Taux de participation des membres clés (PCME, DG, DS, représentants des instances)

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Taux d'actions du PAQSS réalisées dans les délais
- Taux d'audits réalisés selon le programme arrêté

> Indicateurs d'impact

- Évolution du score global de certification HAS ou d'autres audits externes
- Évolution des indicateurs IQSS

> Indicateur de culture qualité

- Taux de participation des professionnels aux actions de sensibilisation/formation à la qualité et à la gestion des risques

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°2 : CRÉER UN RÉSEAU D'ÉCHANGES AUTOUR DES COMPÉTENCES ET DES OUTILS QGDR SUR LE TERRITOIRE (ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU GHT ET PRIVÉS)

Créer un réseau d'échanges autour des compétences et des outils QGDR à l'échelle du GHT est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au niveau territorial et ce d'autant qu'une synchronisation des visites de certification pour les établissements partis est effective sur une période de 6 mois.

Une telle dynamique garantirait une plus grande **coordination des actions**, un **partage des expertises** et une **entraide interprofessionnelle et inter établissement** au service de la démarche QGDR.

Elle pourrait prendre la forme de mise en place d'/de :

- Outils collaboratifs afin de faciliter la gestion documentaire, la déclaration et le traitement des événements indésirables inter-établissement et le partage d'informations.
- RETEX multi-établissements pour analyser les EI et EIG.
- Démarches d'évaluation croisées (traceurs inter-établissements).
- Échanges et partages d'expériences afin de :
 - Organiser des réunions périodiques entre les directions - équipes qualité des différents établissements du GHT et du secteur privé pour favoriser le partage d'expériences et de bonnes pratiques,
 - Favoriser le partage de bonnes pratiques et d'expériences réussies entre les établissements,
 - Proposer des formations communes sur les méthodes et outils de la qualité et gestion des risques,
- Développer une plateforme collaborative permettant l'échange d'outils, de méthodologies et de retours d'expérience entre les professionnels des différents établissements,
- Mettre en place des groupes de travail thématiques inter-établissements pour aborder des problématiques communes et élaborer des solutions partagées. En effet, créer une communauté de pratiques inter-établissement regroupant les référents qualité de plusieurs établissements de santé du territoire favoriserait le partage d'expériences et l'émulation entre pairs.
- Organiser des visites croisées entre établissements pour favoriser le benchmark et l'amélioration continue des pratiques.

Cette animation de réseau contribuerait à harmoniser les pratiques, à mutualiser les compétences et à créer une dynamique territoriale forte en matière de qualité et de sécurité des soins.

En créant ce réseau d'échanges, une approche territoriale cohérente du management des risques améliorerait la qualité des soins de manière harmonisée sur l'ensemble du territoire et préparerait efficacement les certifications itératives des établissements du GHT.

INDICATEURS DE SUIVI DU RÉSEAU QGDR TERRITORIAL

- Nombre de réunions et groupes de travail inter-établissements organisés par an (publics et privés)
- Nombre de RETEX multi-établissements réalisés
- Nombre d'évaluations croisées réalisées (traceurs, audits)
- Nombre de formations communes dispensées

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°3 : RENFORCER LA POLITIQUE QGDR EN S'APPUYANT SUR LE DIALOGUE DE GESTION, LA CONTRACTUALISATION INTERNE ET LE SUIVI D'INDICATEURS (EPP ET NOTAMMENT DE LA PERTINENCE DES SOINS, AUDITS, MÉTHODES TRACEUSES...)

Le CHRA affirme sa volonté de positionner la politique QGDR comme un axe stratégique majeur, en s'appuyant sur un dialogue de gestion et la contractualisation interne.

Cette approche vise à responsabiliser les différents acteurs de l'établissement, à tous ses niveaux et à les engager et les impliquer collectivement dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, fondée sur la transparence, l'objectivation et la performance.

Le dialogue de gestion, adossé à des contrats internes clairs et partagés, permettrait de décliner les objectifs qualité et sécurité des soins au plus près des réalités de terrain. Il favoriserait l'appropriation des enjeux par les équipes et créerait les conditions d'un pilotage agile et réactif. Ce dispositif s'appuierait sur un suivi rigoureux d'indicateurs pertinents : Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), indicateurs de pertinence des soins, audits ciblés, méthodes traceuses, etc. Ces outils permettraient d'évaluer sur le terrain l'efficacité des processus, d'identifier rapidement les axes d'amélioration et de valoriser les réussites collectives.

Dans cette dynamique, le suivi régulier du PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) à l'échelle de chaque service constituerait un levier essentiel. Il permettrait d'assurer la mise en œuvre effective des actions d'amélioration, d'ajuster les plans d'actions et de mesurer l'impact concret des démarches engagées sur les pratiques professionnelles et la qualité des prises en charge.

En intégrant ces outils de pilotage au cœur de sa stratégie, le CHRA vise à créer un environnement où la qualité est l'affaire de tous, favorisant ainsi une amélioration constante des pratiques et du service rendu aux patients.

Il promeut la qualité et la sécurité des soins au cœur de la culture institutionnelle, en faisant de chaque professionnel un acteur clé de l'amélioration continue et permet de garantir à chaque patient une prise en charge optimale et sécurisée, tout en stimulant l'engagement et la montée en compétence de ses équipes.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

- Taux de PAQSS de service déployés.
- Nombre EPP et audits réalisés par pôle d'activité.
- Nombre de méthodes traceuses menées et nombre d'actions correctives identifiées par pôles.
- Taux de réalisation des actions des PAQSS de service.

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°4 : ANIMER LE RÉSEAU DES RÉFÉRENTS EN INTRA

L'équipe qualité du CHRA avec l'appui de la Direction Générale, de la communauté médicale et de la Direction des soins s'engage à animer un réseau dynamique de référents en interne. Cette démarche est essentielle pour maintenir une culture de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement de santé en s'appuyant sur :

- Les différents référents qualité
- Les différents référents thématiques
- Les vigilants

Ces référents et vigilants bénéficient d'une lettre de mission. Des rencontres régulières sont organisées.

En outre, ces référents et vigilants sont connus et reconnus par les professionnels des services par un annuaire des référents ou vigilants.

Les actions engagées ou à mettre en œuvre pour dynamiser cette animation sont d' :

- Organiser des "hackathons qualité" - *événement collaboratif où des équipes pluridisciplinaires se réunissent pour imaginer, concevoir et mettre en œuvre des solutions autour d'une problématique liée à la qualité (améliorer un processus qualité, optimiser la gestion des EI ou écarts, améliorer la satisfaction des usagers* : lors de ces événements, les référents travailleront en équipes pluridisciplinaires pour résoudre des problématiques concrètes de l'établissement. Ces sessions favoriseraient l'émulation, la créativité et l'innovation dans les approches de gestion des risques.
- Animer des "world café" afin de favoriser l'échange et la recherche collective de leviers d'amélioration et de sécurisation de nos pratiques.
- Proposer des sessions de formations sous forme de serious games ou de réalité virtuelle permettant une appropriation ludique et interactive des concepts de qualité, de gestion des risques et des thématiques en lien. Ces outils pourraient simuler des situations à risque et entraîner les professionnels à y faire face avec l'appui du réseau des référents.
- Impliquer les patients partenaires et/ou RU au réseau de référents qualité afin d'enrichir les réflexions par l'apport d'un éclairage précieux sur les enjeux de sécurité des soins du point de vue des usagers.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de participants par événement (hackathons, world café, formations, etc.).
- Nombre de sessions de formation (serious games, réalité virtuelle) réalisées.
- Nombre de patients partenaires ou représentants des usagers (RU) impliqués dans les réunions ou projets.

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Taux de lettres de missions
- Taux de mise à jour annuelle de la liste des référents ou vigilants

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°5 : RENFORCER LE PILOTAGE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ PAR LA NOMINATION D'UN COGRAS

La nomination d'un Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (COGRAS), outre le fait qu'il s'agisse d'un impératif réglementaire, contribuerait au pilotage et développement de la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'établissement.

Le COGRAS est le **point focal** pour toutes les questions liées à la qualité et à la sécurité des soins, assurant une cohérence dans l'approche.

Il assure la liaison entre la gouvernance, les équipes médicales et paramédicales, facilitant ainsi la mise en œuvre de la politique de qualité et de gestion des risques.

Il participe à la définition des orientations prioritaires en matière de qualité et de gestion des risques, en lien avec le trinôme : PCME, DG et DS.

Il pilote l'analyse des événements indésirables et EIG et coordonne la mise en place des actions correctives.

Il joue également un **rôle clé** dans la préparation de l'établissement aux visites de certification HAS, en assurant le suivi des indicateurs et la mise en conformité avec les exigences référentiels.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activités et de fonctionnement

- Nombre de participation aux réunions qualité GDR par le COGRAS par an : COPIL qualité, CAFEIN, RETEX, RMM.
- Nombre de signalements d'événements indésirables dont l'analyse est pilotée par le COGRAS.

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Taux d'actions correctrices issues des RETEX, EI et EIG mises en œuvre.

> Indicateurs d'impact

- Bilan des RETEX par an

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°6 : RENFORCER LA PARTICIPATION DES RU À LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT

La participation des RU à la gouvernance est une ambition forte pour humaniser et améliorer les soins de santé.

Le CHRA a choisi d'impliquer les RU dans les instances décisionnelles, au-delà de leur seule présence au conseil de surveillance. Cela se traduit par leur intégration dans des comités stratégiques, des groupes de travail thématiques ou encore lors de la réalisation d'enquête auprès des patients, d'audits comme les patients traceurs ou de leur participation à la CAFEIN ou à l'analyse d'EIG.

- **Valoriser l'expertise des RU dans la co-construction de la politique qualité :**

L'objectif est de valoriser l'expertise des RU, fondée sur leur expérience et leur connaissance des besoins ou attentes des patients, pour enrichir les réflexions, les orientations et les décisions de l'établissement. Cette démarche s'inscrit dans une logique de co-construction, où les RU ne sont plus de simples observateurs mais de véritables partenaires dans l'élaboration de la politique qualité de l'hôpital.

- **Faciliter et soutenir la participation des RU :**

Pour faciliter cette participation accrue, l'établissement veille à fournir aux RU les informations nécessaires, à les former sur les enjeux de gouvernance hospitalière et à créer des espaces de dialogue réguliers avec la direction et les équipes médico-soignantes.

En plaçant l'usager au cœur du système de santé, ce partenariat favorise des pratiques plus éthiques, collaboratives et adaptées aux besoins réels des usagers, tout en transformant durablement les parcours de soins et de formation de nos professionnels.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de réunions ou d'instances de gouvernance auxquelles les RU participent. (comités, groupes de travail, audits, etc.)
- Nombre de séances de formation ou d'information proposées aux RU.
- Nombre de projets ou d'audits impliquant des RU.

> Indicateurs d'impact

- Indicateur d'impact social : nombre de projets co-construits avec les RU ayant un effet mesurable sur l'expérience patient ou la sécurité des soins.

AXE N°2 IMPLIQUER LE PATIENT ET SON ENTOURAGE DANS LA DEMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Impliquer le patient et son entourage dans la démarche qualité et gestion des risques constitue aujourd'hui un puissant levier pour garantir la sécurité, la pertinence et la satisfaction des soins reçus au sein de l'établissement.

En effet, la qualité des soins et des prestations ne se limite pas à la conformité aux normes ou à l'excellence technique : elle repose sur la capacité collective à écouter, comprendre et intégrer pleinement le point de vue des usagers. L'association des usagers, patients et proches, dans la co-construction de nos pratiques est une véritable accroche visant à transformer la culture institutionnelle et renforcer la confiance réciproque. Leurs expériences vécues, leurs attentes, leurs suggestions et parfois leurs alertes, constituent une richesse inestimable pour identifier les risques réels, anticiper les dysfonctionnements et améliorer continuellement les différents processus.

Reconnaître le patient, acteur de son parcours de santé, c'est valoriser son expertise, renforcer son autonomie et favoriser la décision partagée. Cette démarche participative est au cœur des stratégies de gestion des risques et d'amélioration continue, car elle permet d'identifier, mettre en exergue des vulnérabilités méconnues aux yeux des professionnels.

Au-delà de la simple consultation, il s'agit d'instaurer des espaces d'échanges réguliers, de co-construction de projets et de retour d'expérience, où patients, proches et professionnels partagent leurs regards et leurs idées. L'objectif est de développer une culture de la sécurité qui soit réellement inclusive, bienveillante et tournée vers l'innovation au service de la qualité des soins. L'implication des usagers dans la démarche qualité passe par la mise en place d'outils adaptés : enquêtes de satisfaction, dispositifs de signalement, groupes de travail, évaluations par les patients traceurs, ou encore l'intégration de représentants dans les instances de gouvernance.

Chaque acteur, qu'il soit professionnel, patient ou proche, devient ainsi un ambassadeur de la sécurité et de la qualité, participant à la diffusion de bonnes pratiques et à la vigilance collective. Cette dynamique collaborative est essentielle pour transformer les faiblesses en opportunités d'amélioration et pour garantir que l'établissement réponde toujours mieux aux besoins et attentes de ses usagers.

La construction d'une démarche qualité et gestion des risques à la fois ambitieuse, humaine et durable sera effective grâce à ce partenariat usagers-professionnels.

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°7 : INTÉGRER L'EXPÉRIENCE PATIENT AU CŒUR DE NOS PRATIQUES

L'intégration de l'expérience patient au cœur de nos pratiques est un élément clé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Notre engagement se traduit par plusieurs actions concrètes :

- **Valorisation du récit patient dans l'analyse des événements indésirables**, permettant une compréhension approfondie des situations vécues et l'identification d'axes d'amélioration pertinents.
- **Déploiement d'outils innovants** pour développer une culture centrée sur le patient, notamment :
 - La méthode AMPPATI, qui sera utilisée pour des séances d'observation approfondies sur certaines séquences du parcours patient.
 - La réalisation des PREMS (Patient-Reported Experience Measures) qui sont des indicateurs mesurant la perception qu'a le patient de son expérience des soins reçus. Ils s'appuient sur des questionnaires permettant au patient d'exprimer son ressenti sur différents aspects de la prise en charge comme la qualité de la prise en charge, ou encore l'information reçue.
- **Mise en place d'audits en regards croisés** associant professionnels de santé et usagers. Cette démarche permettra d'évaluer les pratiques sous un angle nouveau et complémentaire. Cette approche collaborative vise à identifier des opportunités d'amélioration qui pourraient échapper à un regard uniquement professionnel, renforçant ainsi la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activités et de fonctionnement

- Nombre d'analyses d'événements indésirables intégrant le récit patient.
- Nombre de séances d'observation AMPPATI réalisées par an.
- Nombre d'audits croisés menés avec la participation d'usagers.

> Indicateurs d'impact

- Suivi du taux de satisfaction des patients sur l'intégration de leur expérience dans les pratiques

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°8 : PERMETTRE AU PATIENT D'ÊTRE ACTEUR DE SON PARCOURS DE SANTÉ

Renforcer le pouvoir d'agir des usagers est un gage d'optimisation de leur parcours de santé. Le CHRA prévoit de mettre en place un système permettant aux usagers de déclarer eux-mêmes les événements indésirables qu'ils pourraient constater. Cette initiative valorise leur rôle actif dans la sécurité des soins et reconnaît leur contribution directe à l'amélioration continue des pratiques.

Tout au long de leur parcours, le CHRA s'engage à garantir aux usagers une information claire, loyale et adaptée à leur situation. Cette démarche vise à favoriser leur compréhension et leur adhésion aux soins proposés, renforçant ainsi la confiance mutuelle entre les patients et les équipes soignantes. Par cette communication transparente, les usagers peuvent prendre des décisions éclairées concernant leur santé.

Enfin, le CHRA associe étroitement les usagers à l'élaboration de leur projet de soins ou de vie. Cette co-construction tient compte de leurs préférences, valeurs et objectifs personnels, favorisant une prise en charge individualisée et alignée sur leurs attentes.

Cette démarche participative se traduit par des initiatives concrètes, telles que l'inclusion des patients dans les programmes d'éducation thérapeutique, leur implication dans des projets de soins... Ces projets s'appuient sur des innovations pédagogiques et organisationnelles, comme la méthode du patient traceur, renforçant ainsi une approche personnalisée et holistique des soins.

Ainsi, en plaçant l'utilisateur au centre de cette démarche participative, l'établissement vise à améliorer l'efficacité, la pertinence et la qualité globale des soins prodigués.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de déclarations d'événements indésirables par les usagers.
- Nombre de patients impliqués dans l'élaboration de leur projet de soins ou de vie.

AXE N°3 DÉVELOPPER UNE CULTURE DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS AU PLUS PRÈS DES ACTEURS DE TERRAIN ET DES USAGERS

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la qualité et la sécurité des soins comme des éléments essentiels à la performance et à la soutenabilité du système de santé, répondant à une attente légitime des usagers.

La **qualité des soins** repose sur l'ensemble des caractéristiques et déterminants qui garantissent que les soins dispensés sont pertinents, efficaces, centrés sur le patient, continus et sécurisés.

La **sécurité des soins** est définie comme la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient, avec pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner. Elle repose sur une culture partagée de la sécurité, une gestion des risques intégrée au quotidien, et l'implication de tous les professionnels, quel que soit leur niveau hiérarchique ou leur lieu d'exercice.

Développer une culture de qualité et de sécurité des soins au plus près des acteurs de terrain et des usagers représente un enjeu majeur pour l'ensemble du système de santé. Au delà de l'implication des professionnels dans des démarches d'amélioration continue, il est indispensable d'associer les patients et leurs proches à la réflexion et à l'action, afin de mieux répondre à leurs besoins et attentes.

En s'appuyant sur une culture de sécurité fondée sur le signalement, le retour d'expérience, le travail en équipe et une gestion juste des situations, cette orientation permet d'inscrire la qualité et la sécurité au cœur des pratiques quotidiennes, au bénéfice des patients et des professionnels.

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°9 : GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Pour ancrer durablement une culture de qualité et de sécurité des soins au sein de notre établissement, le CHRA déploie une approche multidimensionnelle visant à impliquer activement tous les acteurs, professionnels, partenaires et usagers.

Pour garantir le respect des droits des usagers dans l'établissement, il est essentiel de structurer des actions concrètes et opérationnelles, intégrant à la fois les aspects réglementaires, éthiques et organisationnels :

- **La désignation d'une personne de confiance doit être recherchée par l'ensemble des professionnels soignants de l'établissement. La qualité de ce recueil est facilitée par :**
 - L'application de la procédure permettant d'intégrer la désignation d'une personne de confiance dès l'admission, en donnant aux usagers une explication claire et accessible sur son rôle, associée à la remise du livret d'accueil.
 - La réalisation d'actions de sensibilisation des équipes et de formations régulières des professionnels à l'importance de cette désignation notamment pour les patients vulnérables ou en situation de dépendance. Cela traduit l'implication des professionnels dans ce recueil et garantit le respect des droits des usagers.
 - La traçabilité est favorisée par la mise en place d'un recueil informatisé de cette désignation dans le dossier patient informatisé (DPI) pour garantir son accessibilité lors des prises de décision. A ce titre, un suivi de ces traçabilités est réalisé de façon trimestrielle par service et communiqué aux équipes concernées.
- **Concernant les directives anticipées**, celles-ci permettent de faire part expressément et précisément de ses volontés sur la fin de vie. Il est important d'organiser la recherche de l'existence de ces dernières afin de pouvoir le moment venu respecter les choix et décisions des usagers. **Ainsi, les professionnels s'engagent à :**
 - Une information proactive en distribuant des supports pédagogiques (Flyers, livret d'accueil, modèles de rédaction, vidéos explicatives) sur les directives anticipées lors des consultations ou hospitalisations.
 - Un accompagnement personnalisé : Proposer et orienter les usagers vers un référent formé pour les accompagner si nécessaire dans la rédaction de leurs directives anticipées.
 - Une intégration de l'existence de DA au travers d'un enregistrement dans le dossier patient informatisé, avec une mise à jour régulière si nécessaire.
- **L'annonce d'un dommage associé aux soins :**
 - L'annonce d'un dommage associé aux soins requiert empathie, transparence et professionnalisme. Elle est primordiale afin de conserver et améliorer la relation soignant soigné au travers d'un dialogue loyal, clair et adapté.
 - Il incombe aux professionnels de santé une responsabilité éthique et réglementaire d'informer les patients et leurs proches lorsqu'un événement indésirable survient. Cette démarche, bien que délicate, est essentielle pour maintenir la confiance, respecter les droits des patients et améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins dispensés.
 - L'établissement s'engage à soutenir les professionnels et les usagers dans ce processus, en fournissant les outils, la formation et l'accompagnement nécessaires pour gérer ces situations avec humanité et intégrité par :
 - La réactualisation du protocole institutionnel spécifique pour l'annonce d'un dommage associé aux soins,

- La formation dédiée et proposée aux professionnels afin de comprendre les enjeux d'une telle annonce pour les deux parties, identifier et comprendre les émotions du patient et du soignant pour mieux les gérer en adoptant une communication verbale et non verbale bienveillante à la gestion des telles situations sensibles.
 - Un soutien psychologique afin de proposer un accompagnement psychologique pour les patients, leurs familles et les professionnels après l'annonce d'un dommage.
- **Concernant la promotion de la bientraitance, une charte institutionnelle de promotion de la bientraitance a été rédigée et affichée dans les services de soins.**
 - Un référent "Bientraitance" a été nommé et missionné dans le déploiement de cette démarche. Cette charte devrait à terme être réactualisée en partenariat avec les RU de l'établissement et co-signée.
 - Des formations continues sont inscrites au plan de formation et organisées sur cette thématique incluant des mises en situation et des témoignages d'usagers.
 - Des évaluations croisées RU-professionnels-usagers sont conduites afin de recueillir le vécu expérientiel des usagers et la perception des professionnels vis à vis de la bientraitance. A ce titre, une évaluation participative a permis de mettre en place un baromètre de la bientraitance via des questionnaires anonymes auprès des patients et des professionnels au sein de l'établissement.
 - **Ainsi, un plan d'actions a été rédigé. Ce dernier prévoit :**
 - Un suivi et une évaluation régulière dans le temps de l'effectivité et de la pertinence des actions.
 - Une coordination assurée par un comité semestriel réunissant professionnels, représentants des usagers (RU) et direction pour évaluer l'avancement des actions mises en œuvre.
 - Ainsi, en diffusant une telle approche bientraitante des professionnels envers les usagers, les prises en soins n'en seront que plus adaptées, humaines et respectueuses des besoins et choix des usagers et ce d'autant plus dans des situations particulières comme le patient en fin de vie, vulnérable, douloureux...

- **Concernant la prise en compte et le traitement de la douleur :**

Lors de la dernière visite de la certification HAS, le CLUD a démontré une excellente évaluation de la prise en charge du patient autour de la prévention, de l'évaluation et du traitement de la douleur, avec une attention particulière lors de prise en charges palliatives.

Les actions retenues sont de :

- Poursuivre et renforcer la formation du personnel sur la prise en charge de la douleur et les méthodes non médicamenteuses.
- Développer le recours à des soins non médicamenteux dans tous les services.
- Maintenir une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, en s'appuyant sur les indicateurs de performance et les retours patients.
- Renforcer la communication interne et externe autour des actions du CLUD, notamment via les livrets d'accueil et les affiches thématiques.
- Favoriser la coopération territoriale avec les équipes mobiles de soins palliatifs et les réseaux de santé pour une prise en charge globale et coordonnée des patients.

En outre, proposer un soutien global et un accompagnement pluridisciplinaire par le biais des équipes médico-soignantes voire l'aumônier, les associations de bénévoles pour l'accompagnement permet de répondre aux besoins physiques, psychologiques et spirituels des patients.

En déployant ces mesures concrètes, l'établissement s'assure non seulement du respect effectif des droits des usagers mais aussi d'une prise en charge centrée sur leurs besoins et attentes. Cela entretient une relation de confiance entre les patients, leurs proches et les professionnels.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Taux de désignation de la personne de confiance.
- Taux d'information donnée au patient et tracée dans le DPI sur les directives anticipées.
- Nombre de formations réalisées et nombre de participants sur la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, l'annonce d'un dommage associé aux soins, la gestion de la douleur et la bientraitance.

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Taux de mise à jour des protocoles institutionnels : nombre de protocoles réactualisés (annonce de dommage associé aux soins, bientraitance, etc.).
- Nombre d'évaluations croisées (professionnels/usagers/représentants des usagers).
- Taux de satisfaction des usagers : résultats des enquêtes de satisfaction sur la prise en charge de la douleur, l'information, le respect de l'intimité, la bientraitance.

> Indicateurs d'impact

- Score de certification HAS : évolution du score global et des critères spécifiques (prise en charge de la douleur, bientraitance, droits des usagers).

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°10 : RENFORCER LES TRAVAUX COLLABORATIFS CONDUITS AVEC LES RU ET LES USAGERS

Le renforcement des collaborations avec les représentants des usagers (RU) et les usagers eux-mêmes constitue un axe majeur de la politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier Royan-Atlantique (CHRA). Cette démarche vise à placer l'expérience et l'expertise des patients au cœur de l'amélioration continue des pratiques, à garantir une meilleure prise en compte de leurs droits et attentes, et à favoriser une culture de sécurité partagée entre professionnels et usagers.

Dans un contexte où la dernière visite de certification HAS a mis en lumière la nécessité d'améliorer la connaissance des droits des usagers, la gestion des plaintes et réclamations, et l'association des patients à l'analyse des événements indésirables, il est essentiel de structurer une démarche participative et inclusive. Le CHRA s'appuie déjà sur des points forts, comme la participation des RU dans les instances, la réalisation d'audits croisés et la mise en place de dispositifs d'information et d'expression des usagers. Toutefois, des axes de progrès subsistent, notamment en termes de communication interne, de valorisation des retours d'expérience et de formalisation des collaborations interprofessionnelles et inter-établissements.

Les actions retenues sont :

- **Structurer et animer la participation des RU et usagers dans les instances et projets :**
 - Impliquer les RU dans les instances de pilotage (COPIL qualité, GDR, comités thématiques, etc.) et renforcer leur présence dans les groupes de travail.
 - Organiser des réunions régulières de concertation ou des focus groupes avec les RU et les usagers pour recueillir leurs retours d'expérience et les intégrer dans les projets d'amélioration.
 - Développer des audits croisés professionnels/usagers pour une évaluation partagée des pratiques et des points d'amélioration.

- **Renforcer l'information, la formation et l'accompagnement des usagers et des professionnels :**
 - Mettre en place des actions de sensibilisation et de formation sur les droits des usagers, la gestion des risques et la culture sécurité avec la participation des RU à destination des professionnels et des usagers.
 - Créer des supports d'information adaptés (flyers, livrets, FALC, vidéos) pour mieux faire connaître les dispositifs d'expression, de plainte et de participation.
 - Accompagner les RU dans leur prise de fonction et leur proposer des temps d'échange avec les équipes pour favoriser une compréhension mutuelle des enjeux.
- **Faciliter l'expression et la prise en compte des usagers dans la gestion des risques et l'amélioration de la qualité :**
 - Déployer des outils permettant aux usagers de s'exprimer facilement (boîtes à idées, enquêtes de satisfaction, adresse mail de la CDU...).
 - Associer les usagers à l'analyse des événements indésirables (EI, EIAS, EIG) pour enrichir la compréhension des situations et proposer des actions correctives adaptées.
 - Renforcer le traitement des plaintes et réclamations en garantissant une réponse rapide, transparente et constructive et en impliquant les RU dans l'analyse et le suivi des actions.
- **Valoriser et diffuser les bonnes pratiques et les retours d'expérience :**
 - Mettre en place des dispositifs de capitalisation et de partage des retours d'expérience (fiches synthétiques, réunions de retour d'expérience, newsletter interne).
 - Organiser des événements de sensibilisation (journées qualité, stands, ateliers) associant professionnels et usagers pour promouvoir la culture qualité et gestion des risques.
 - Communiquer régulièrement sur les avancées et les résultats des actions menées avec les RU et les usagers, via le site internet, l'intranet et les supports internes.
 - Organiser des portes ouvertes pour le grand public et animées par les professionnels du CHRA.
- **Favoriser la coopération territoriale et l'innovation participative :**
 - Développer des partenariats avec les réseaux de santé, les associations et les établissements du GHT pour mutualiser les outils, les expériences et les bonnes pratiques.
 - Soutenir l'innovation participative en intégrant les usagers dans la conception et l'évaluation de nouveaux dispositifs ou services (télésoins, outils numériques, parcours de soins).
 - Encourager la participation des usagers aux dispositifs de démocratie en santé (labellisation, concours, appels à projet, groupes de travail nationaux ou régionaux).

Ce plan d'actions vise à ancrer durablement une culture de collaboration et de confiance entre professionnels, RU et usagers, au service de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au CHRA.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de réunions organisées avec les RU et les usagers (par instance, groupe de travail, événement).
- Nombre d'audits croisés professionnels/usagers réalisés.

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Nombre de projets dans lesquels les RU et les usagers sont impliqués (analyse d'événements indésirables, amélioration de parcours, etc.).
- Nombre de retours d'expérience capitalisés et partagés (fiches, réunions, newsletter).

> Indicateurs d'impact

- Evolution du score de certification HAS sur les critères liés à la participation des usagers et à la gestion des plaintes.

> OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°11 : MAÎTRISER LES RISQUES POUR MIEUX SÉCURISER LES SOINS

Le CHRA s'engage à faire de la maîtrise des risques et de la sécurité des soins une priorité, en s'appuyant sur :

- Une gouvernance renforcée,
- Un management de proximité régulier et impliqué, pour relayer les orientations qualité auprès des professionnels et remonter les dysfonctionnements ou signaux faibles des presque-accidents à la gouvernance,
- Une implication accrue des professionnels et des usagers
- Un réseau de vigilants en interne sur les domaines d'activité à risque pour les patients, professionnels et l'établissement

Il est nécessaire d'assurer la coordination des vigilances (identito-vigilance, hémovigilance, infectio-vigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, radioprotection) au sein de l'établissement et en externe.

Il est à noter que le laboratoire du CHRA gère également en son sein le dépôt de produits sanguins labiles, classé en dépôt urgence et relais.

Ce dépôt de PSL doit être pérennisé pour soutenir l'activité médicale, tant au niveau du traitement des urgences vitales, qu'au niveau des transfusions programmées, notamment pour les patients atteints de pathologies hématologiques.

Des moyens continueront d'être régulièrement affectés aux différentes composantes nécessaires à son fonctionnement (locaux, matériel, formations...).

Les vigilances sont organisées autour de processus continus de :

- Recueil,
- Analyse
- Diffusion standardisée de données portant sur des événements sanitaires, indésirables.

Elles ont une finalité d'**alerte, de gestion et de prévention des risques**.

Ainsi, une lettre de missions et d'engagement a été adressée à chaque vigilant afin de structurer leur fonction au sein du CHRA et auprès des structures d'appui ou autres partenaires en externe.

Les différentes actions retenues et coordonnées par les différents vigilants sont pour :

- **Gestion du risque infectieux**

- Audits croisés des pratiques d'hygiène (lavage des mains, précautions standards et complémentaires) avec feedback réguliers aux équipes.
- Formation sur l'antibiorésistance pour les internes et les praticiens et sur l'utilisation raisonnée des dispositifs invasifs (sondes, cathéters).
- Déploiement d'un tableau de bord pour surveiller les infections nosocomiales (IAS).

- **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et prévention du risque médicamenteux :**

- Système de double contrôle obligatoire pour les médicaments à risque (chimiothérapies, anticoagulants, insulines...).
- Ateliers de simulation ou quizz sur les erreurs médicamenteuses
- Analyse des pratiques (méthode ALARM) lors des CREX circuit du médicament/DM
- Mise en place d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie (pour un public ciblé)
- Mise en place d'auto-évaluations sur les différents temps du circuit du médicament
- Analyse de la pertinence sur la prescription des antibiothérapies

- **Risques numériques :**

- Le CHRA s'engage à réaliser :
 - des audits de la sécurité de ses infrastructures informatiques et des tests de résilience
 - La formation des professionnels sur les moyens de détecter les signes d'une attaque et d'adopter les bons "gestes barrières numériques" (gestion des mots de passe, détection de phishing).
 - Mise en place d'une veille numérique
 - Formalisation d'un plan de continuité et de reprise d'activité pour les secteurs sensibles ou ayant un impact sur la continuité des soins

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

Indicateurs de coordination des vigilances

- Nombre d'alertes ascendantes et descendantes
- Existence d'une procédure de gestion des alertes ascendantes et descendantes actualisée pour chaque vigilance
- Infectio-vigilance : Nombre de déclaration d'IAS
- Pharmacovigilance : Nombre de retrait de lots
- Matériovigilance : Taux de matériels rappelés retirés
- Radioprotection : Nombre de déclaration réalisé à l'ASN
- Hémovigilance : Taux de destruction des PSL non administrés

Gestion du risque infectieux

> Indicateurs de gouvernance et management

- Nombre des réunions du CLIN et des référents hygiène (nb/an)
- Existence d'une lettre de missions des référents hygiène actualisée
- Taux de services ayant un référent hygiène

> Indicateurs d'implication des parties prenantes

- Nombre d'audits en lien avec le risque infectieux
- Nombre de formations gestion du risque infectieux

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre des réunions du comité de pilotage médicaments
- Nombre de réunions du CREX médicament/DM
- Existence d'une lettre de missions référent pharmacie et le RSMQPECM actualisée

> Indicateurs d'amélioration

- Taux de prescriptions d'antibiothérapie conformes aux recommandations

Gestion des risques numériques

> Indicateurs d'activité

- Audit sécurité
- Formation phishing : Taux de personnel formé/an
- Nombre de notifications à la CNIL à la suite d'une violation de donnée, plaintes usagers ou du personnel
- Active Directory et teste de vulnérabilité internet
- Nombre d'exercices de gestion de crise organisés dans l'année
- Taux de PC ayant une signature antivirale de plus de 48h

> Indicateurs d'amélioration

Taux de logiciel métier procédant une PCA et PRA (plan de continuité et d'activité et plan de retour d'activité)

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°12 : ENGAGER LE CHRA DANS UNE PRATIQUE HOSPITALIÈRE DURABLE : DÉPLOIEMENT DES ÉCO-SOINS

Un soin écoresponsable (« éco-soin ») est un soin qui, à qualité, sécurité et pertinence égales, présente un impact réduit sur l'environnement, tout en intégrant des dimensions économiques et sociales. Cette démarche vise à réduire l'empreinte carbone du secteur de la santé, limiter la pollution (eau, air, sols) et optimiser l'utilisation des ressources.

La HAS et l'ANAP ont intégré la dimension environnementale dans leurs missions et référentiels, notamment à travers la feuille de route santé-environnement de la HAS et les recommandations de l'ANAP sur la transition écologique des établissements de santé.

A ce titre, l'établissement devra :

- Nommer un référent développement durable,
- Mettre en œuvre des procédures d'achats responsables,
- Sensibiliser les équipes,
- Promouvoir des actions concrètes (réduction des déchets, gestion de l'énergie, mobilité durable...)

Ainsi, intégrer les enjeux environnementaux dans la stratégie institutionnelle constitue un engagement citoyen fort et responsable en tant qu'opérateur public afin de :

- Répondre aux nouvelles exigences réglementaires et aux attentes croissantes de la société en matière de développement durable,
- Réduire l'impact environnemental des activités hospitalières
- Limiter la production de déchets, maîtriser la consommation d'énergie et d'eau, et optimiser l'utilisation des dispositifs médicaux pour rendre les pratiques hospitalières plus sobres et responsables,
- Renforcer la performance globale et la réputation de l'établissement
- Valoriser l'image de l'établissement auprès des patients, des professionnels et des partenaires, en répondant aux critères de certification et d'évaluation, et en favorisant l'attractivité ainsi que la fidélisation des équipes,
- Gérer les risques environnementaux et sanitaires liés aux soins en prévenant les expositions à des substances toxiques et en améliorant la gestion des déchets dangereux, afin de garantir la sécurité des patients et des professionnels,
- Promouvoir l'innovation dans l'organisation des soins et encourager l'éco-conception des parcours de soins, pour anticiper les évolutions du secteur et s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue.

Les bénéfices sont nombreux :

- **Pour les patients afin de :**
 - Bénéficier de soins de qualité, sécurisés et plus pertinents : Les patients profitent d'une attention accrue à la juste nécessité des actes et à leur sécurité, tout en étant mieux protégés contre les expositions à des substances ou dispositifs potentiellement nocifs pour l'environnement et la santé.
 - Être mieux informés et impliqués dans la démarche écoresponsable : Les patients sont davantage sensibilisés et associés aux actions de développement durable, ce qui favorise leur implication et leur confiance dans l'établissement.
- **Pour les professionnels de santé afin de :**
 - Valoriser leur engagement et leur expertise : Les professionnels voient leur rôle reconnu dans la transition écologique, ce qui renforce leur motivation et leur sentiment d'appartenance à l'établissement.
 - Se former et développer de nouvelles compétences : La sensibilisation et la formation aux pratiques écoresponsables permettent aux professionnels d'acquérir de nouvelles compétences et d'améliorer leurs conditions de travail.
 - Travailler dans un environnement plus sain et mieux organisé : La réduction des expositions à des risques environnementaux et l'organisation optimisée des soins contribuent à améliorer le bien-être et la sécurité au travail.
- **Pour la gouvernance afin de :**
 - Piloter la transition écologique avec méthode : La gouvernance dispose d'outils de suivi et d'indicateurs pour piloter la démarche, évaluer les progrès et ajuster les actions d'amélioration.
 - Renforcer la marque employeur et l'attractivité de l'établissement : Il gagne en notoriété, en conformité réglementaire et en capacité à anticiper les évolutions du secteur.
 - Optimiser l'utilisation des ressources et réduire les coûts : Les économies d'énergie, la réduction des déchets et la gestion optimisée des dispositifs médicaux permettent de réaliser des gains financiers et de mieux maîtriser les dépenses.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre d'actions écoresponsables mises en œuvre (par exemple, tri des déchets, achats responsables, réduction des gaz médicaux, etc.)
- Nombre de professionnels formés aux pratiques écoresponsables
- Nombre de réunions ou de groupes de travail dédiés à la transition écologique
- Nombre d'appels d'offre incluant une clause d'achats responsables

> Indicateurs d'impact

- Suivi bilan carbone et bilan énergétique
- Taux de conformité aux critères de certification HAS sur le développement durable et la gestion des risques environnementaux

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°13 : RENFORCER LA CULTURE SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS, ENCOURAGER LA DÉMARCHE DE DÉCLARATION DES EI ET CAPITALISER SUR LES RETEX

La sécurité des soins repose sur une culture partagée, qui valorise la vigilance, la transparence et l'amélioration continue. Le CHRA s'engage à placer la sécurité des patients au cœur de ses priorités, en s'appuyant sur une gouvernance renforcée, un management de proximité engagé et une implication accrue des professionnels et des usagers dans la démarche qualité-gestion des risques (QGDR).

Cette culture doit permettre à chaque professionnel de se sentir responsable et acteur de la sécurité des soins. Cela passe par la promotion d'une démarche d'incitation à la déclaration des événements indésirables (EI), afin de mieux comprendre les dysfonctionnements ou presque accidents et de mettre en place des actions préventives, d'atténuation ou correctives adaptées. La capitalisation sur les retours d'expérience (RETEX) est essentielle pour éviter la répétition des incidents et diffuser les bonnes pratiques au sein de l'établissement.

La gouvernance du CHRA, le COGRAS à travers le COPIL, doit animer et coordonner cette dynamique, en s'appuyant sur des outils de pilotage, des indicateurs et des actions de formation. L'implication des usagers dans l'analyse des EI et dans les instances de pilotage est également un levier majeur pour renforcer la pertinence et la sécurité des soins.

ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE :

- **Promouvoir une culture sécurité auprès des professionnels :**
 - Sensibiliser tous les professionnels à la culture sécurité : organiser des sessions de sensibilisation régulières, des ateliers et des campagnes de communication interne sur la sécurité des soins, la déclaration des EI et la gestion des risques.
 - Encourager la déclaration des événements indésirables : Promouvoir la charte d'incitation à la déclaration des EI, communiquer sur la démarche dans tous les services et valoriser les déclarations comme un acte professionnel responsable.
 - Former à la gestion des risques : proposer des modules de formation sur la déclaration des EI, l'analyse des causes profondes (méthode ALARM).
- **Développer la démarche de déclaration des événements indésirables :**
 - Faciliter la déclaration des EI : simplifier les circuits de signalement, mettre à disposition des outils numériques accessibles à tous et assurer un retour systématique aux déclarants.
 - Analyser les EI de manière collégiale : Animer un comité opérationnel de gestion des EI nommé CAFEIN, associant professionnels médicaux et non médicaux, usagers et représentants de la gouvernance, pour analyser les EI et proposer des plans d'action.
 - Valoriser la démarche de déclarations : communiquer régulièrement sur les actions correctives mises en place à la suite des déclarations et reconnaître l'engagement des professionnels dans la sécurité des soins.
 - Réaliser une déclaration systématique des EIG par la Direction sur le portail national et conduire une analyse approfondie avec l'appui du COGRAS et la structure régionale d'appui. Ce processus s'inscrit dans une logique d'obligation réglementaire, de transparence et d'amélioration continue, aligné sur les priorités de la certification HAS.

- Capitaliser sur les retours d'expérience (RETEX)
 - Organiser des réunions de retour d'expérience : programmer des RETEX thématiques ou transversaux, pour partager les enseignements tirés des EI et des situations critiques.
 - Mutualiser les RETEX avec les partenaires du territoire : partager les analyses et les bonnes pratiques avec les autres établissements du GHT, les structures médico-sociales et les acteurs de la ville.
 - Diffuser les enseignements : créer une base de connaissances accessible à tous, alimentée par les RETEX, les audits et les analyses de pratiques et intégrer les enseignements dans les plans de formation continue.
 - Impliquer les usagers dans les RETEX : associer les patients ou leurs représentants à l'analyse des EI, pour enrichir la réflexion et renforcer la pertinence des actions correctives.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs de fonctionnement et de pilotage

- Nombre de modules de formation ou de sensibilisation sur la gestion des risques réalisés par an
- Nombre de réunions du comité CAFEIN organisées par an et taux de participation
- Nombre de RETEX (retours d'expérience) réalisés par an
- Nombre de RETEX inter-établissements réalisés par an
- Nombre d'EI et EIG déclarés par an
- Existence d'une charte d'incitation à la déclaration des EI et d'une procédure de déclaration et gestion des EI actualisées
- Nombre de RETEX partagés
- Bilans annuels des EI, RETEX et CAFEIN

➤ **OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°14 : AMÉLIORER LE POTENTIEL DU LOGICIEL QUALITÉ ET GDR DU CHRA POUR UNE MEILLEURE APPROPRIATION 100% NUMÉRIQUE DE L'OUTIL PAR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS**

Le CHRA s'engage à optimiser l'utilisation de son logiciel qualité et GDR pour renforcer la culture sécurité, la gestion documentaire et l'amélioration continue des pratiques. Cette démarche vise à garantir que chaque professionnel, quel que soit son service ou son métier, puisse s'approprier pleinement les outils et les processus liés à la gestion des risques et à la qualité des soins. Cette démarche s'inscrit dans une logique de dématérialisation complète et d'optimisation de la gestion de la qualité et des risques en santé.

- **Centralisation et accessibilité des données :**

- Plateforme unique : Le logiciel qualité et GDR rassemblerait en un seul endroit l'ensemble des données issues des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des audits, des RETEX et des plans d'action qualité. Cette centralisation faciliterait l'accès rapide à l'information et la traçabilité des actions menées.
- Interfaces adaptées : L'ergonomie du logiciel serait pensée pour tous les profils de professionnels, permettant une prise en main intuitive et une navigation simplifiée, même pour les utilisateurs moins à l'aise avec le numérique.

- **Analyse proactive et aide à la décision :**

- Outils d'analyse intégrés : Le logiciel propose des fonctionnalités d'analyse des données (tableaux de bord, indicateurs clés, alertes automatisées) qui permettraient d'identifier rapidement les tendances, les points de vigilance et les axes d'amélioration.
- Alertes et notifications : Les professionnels recevraient des notifications en temps réel

- **Formation et accompagnement des professionnels :**

- Formations régulières : Des sessions de formation initiale et continue sont organisées pour tous les professionnels, afin de les familiariser avec les fonctionnalités du logiciel et de les accompagner dans leur utilisation quotidienne.
- Réseaux de référents : Des référents qualité et GDR sont désignés dans chaque service pour relayer les bonnes pratiques, répondre aux questions et accompagner les équipes dans l'appropriation de l'outil.

- **Collaboration et capitalisation des enseignements :**

- Workflows collaboratifs permettant d'assigner des tâches, de suivre l'avancement des plans d'action et de partager les retours d'expérience entre les différents acteurs.
- Base de connaissances partagée : Les enseignements tirés des analyses d'événements indésirables, des audits et des RETEX sont capitalisés et mis à disposition de tous, favorisant l'apprentissage collectif et l'amélioration continue.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité

- Taux de documents valides.
- Nombre de sessions de formation réalisées.

> Indicateurs d'amélioration

- Enquêtes de satisfaction permettant d'évaluer la satisfaction des utilisateurs, d'identifier les difficultés rencontrées et d'adapter l'outil aux besoins du terrain.

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°15 : COMMUNIQUER SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ - GESTION DES RISQUES

La communication autour de la démarche qualité et gestion des risques (QGDR) est un levier essentiel pour renforcer la culture sécurité, impliquer l'ensemble des professionnels et des usagers et assurer l'appropriation des outils et des bonnes pratiques au sein du CHRA. La synthèse du diagnostic du groupe projet QGDR souligne la nécessité d'améliorer la visibilité, la compréhension et l'adhésion à la démarche, en s'appuyant sur une stratégie de communication adaptée et régulière.

Les objectifs de la communication QGDR sont alors :

- Valoriser et faire connaître la politique qualité et gestion des risques du CHRA à tous les niveaux de l'établissement (direction, communauté médicale, encadrants, professionnels de terrain, usagers).
- Sensibiliser à l'importance de la déclaration des événements indésirables, de l'analyse des risques et de la capitalisation des retours d'expérience (RETEX).
- Favoriser l'implication des usagers et de leurs représentants dans la démarche qualité et sécurité.
- Diffuser les bonnes pratiques, les résultats des audits, des indicateurs et des actions d'amélioration.

Les actions à mettre en place sont :

- **Développer un plan de communication interne et externe**
 - Organiser des temps forts dédiés à la QGDR (semaines thématiques, semaine sécurité des patients, challenge qualité, etc.) et des outils variés (newsletters, affichages, intranet, réunions).
 - Communiquer sur les outils existants afin de valoriser les dispositifs déjà en place (PAQSS, audits, CREX, outils de signalement, etc.) et les rendre accessibles à tous.
 - Impliquer la gouvernance : Faire intervenir l'équipe de direction, les binômes managériaux (chefs de service, cadres de santé) dans la promotion de la démarche, lors des réunions d'équipe, des staffs et des instances.
- **Renforcer la visibilité de la démarche qualité**
 - Créer des supports de communication : Développer des affiches, flyers, infographies et vidéos pour expliquer la démarche QGDR, les droits des usagers, les circuits de signalement et les résultats des actions d'amélioration.
 - Utiliser l'intranet et les outils numériques : Mettre à disposition des ressources pédagogiques, des retours d'expérience, des témoignages de professionnels et d'usagers et des indicateurs de suivi sur la plateforme interne.
 - Organiser des événements dédiés : Mettre en place des ateliers, des webinaires, des « midis de la qualité » ou des challenges qualité pour mobiliser et fédérer les équipes autour de la sécurité des soins.
- **Impliquer les usagers et leurs représentants**
 - Associer les usagers à la communication : Impliquer les représentants des usagers (RU) dans la conception et participation de modules de formation à destination des professionnels, dans les audits, les RETEX et les instances de pilotage.
 - Recueillir et valoriser la parole des usagers : Mettre en place des dispositifs de recueil de la satisfaction, des témoignages et des retours d'expérience des patients et de leurs proches.
 - Informer sur les droits et les démarches : Diffuser régulièrement des informations sur les droits des usagers, les circuits de plainte, la gestion des dossiers médicaux et la démarche qualité.

- **Capitaliser et diffuser les enseignements**

- Partager les résultats des audits, des RETEX et des actions d'amélioration : Diffuser les enseignements tirés des analyses d'événements indésirables, des audits et des enquêtes auprès des équipes et des usagers.
- Créer une base de connaissances partagée : Alimenter une base de données accessible à tous, intégrant les fiches de retour d'expérience, les bonnes pratiques et les plans d'action.
- Mutualiser les expériences : Partager les enseignements avec les partenaires du GHT, les structures médico-sociales et les acteurs de la ville, pour enrichir la réflexion collective

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre d'actions de communication réalisées (ex : newsletters, affichages, ateliers, webinaires, midis de la qualité) par an
- Nombre de supports de communication créés et diffusés (flyers, affiches, vidéos, infographies)

➤ **OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°16 : S'APPROPRIER LES DONNÉES QUALITÉ - GESTION DES RISQUES À L'ÉCHELLE DU SERVICE AFIN DE DÉPLOYER ET SUIVRE DES PAQSS DE SERVICE**

Pour garantir la qualité et la sécurité des soins, il est indispensable que chaque service du CHRA s'approprie pleinement la démarche qualité et gestion des risques (QGDR). Cela signifie que les équipes doivent être capables de collecter, analyser et exploiter les données issues des audits, des événements indésirables, des plaintes ou réclamations, des résultats d'enquêtes de satisfaction et des retours d'expérience (RETEX) pour identifier les points forts et les axes d'amélioration propres à leur activité.

L'objectif est de déployer, dans chaque service, un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) spécifique conduit par le binôme chef de service et cadre de santé, adapté aux réalités du terrain et nourri par les données locales. Ce PAQSS doit permettre de suivre régulièrement les indicateurs clés, de prioriser les actions correctives et de partager les enseignements au sein de l'équipe, mais aussi avec les autres services et la gouvernance de l'établissement.

L'appropriation de cette démarche par les professionnels est essentielle pour plusieurs raisons :

- Renforcer la culture sécurité : Chaque acteur doit comprendre l'importance de la gestion des risques et de l'amélioration continue et s'impliquer activement dans la déclaration des événements indésirables, l'analyse des dysfonctionnements et la mise en œuvre des plans d'action.
- Améliorer la pertinence des actions : En s'appuyant sur des données concrètes et actualisées, les équipes peuvent cibler les actions les plus pertinentes pour leur service, en évitant les approches standardisées peu adaptées à leurs besoins.
- Favoriser la transparence et la confiance : L'accès aux données et aux résultats, ainsi que la participation à l'analyse et à la prise de décision, renforcent l'adhésion des professionnels et la cohésion d'équipe.
- Assurer la traçabilité et le suivi : L'utilisation d'outils numériques (GED, logiciels qualité, tableaux de bord) permet de centraliser les informations, de suivre l'avancement des actions et de capitaliser sur les enseignements, facilitant ainsi le pilotage et l'évaluation de la démarche.

Cette démarche a comme enjeux principaux :

- Décliner la politique qualité de l'établissement au niveau de chaque service : Rendre la démarche QGDR concrète et opérationnelle pour chaque équipe, en s'appuyant sur des indicateurs et des actions adaptés à leurs spécificités.
- Impliquer tous les professionnels : Favoriser la participation active de chacun, de l'encadrement médical et paramédical aux soignants, dans la collecte, l'analyse et l'exploitation des données, afin que la démarche ne reste pas l'affaire de quelques experts mais devienne une préoccupation partagée.
- Capitaliser sur les données locales : Utiliser les résultats des audits, des événements indésirables, des plaintes et des RETEX pour identifier les axes d'amélioration prioritaires et suivre l'impact des actions mises en place.
- Assurer la continuité et l'amélioration continue : Mettre en place des cycles réguliers d'analyse, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation, afin de garantir que la démarche qualité reste vivante et évolutive dans chaque service.

Cette démarche est au cœur de la transformation de la culture sécurité au sein du CHRA. Elle vise à rendre chaque professionnel acteur de la qualité et de la sécurité des soins, pour le bénéfice des patients et la performance de l'établissement.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Pourcentage de services dotés d'un PAQSS formalisé et validé

> Indicateurs de pilotage

- Nombre de PAQSS suivis et mis à jour

> Indicateurs d'impact

- Satisfaction des professionnels sur l'utilité des PAQSS

AXE N°4 AMÉLIORER LA PERTINENCE, L'EFFICIENCE ET LA COORDINATION DES PARCOURS DE SANTÉ EN TANT QU'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

Le CHRA en tant qu'hôpital de proximité s'engage à renforcer la pertinence, l'efficacité et la coordination des parcours de santé, en s'appuyant sur les recommandations nationales et les outils proposés par la Haute Autorité de Santé. Il inscrit cette démarche au cœur de sa mission, afin d'offrir à chaque patient une prise en charge adaptée, sécurisée et continue, tout en optimisant l'utilisation des ressources du territoire. La pertinence des soins consiste à dispenser « *la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient* ». Cela implique que l'acte, la prescription ou la prestation de soins soit strictement nécessaire, adapté aux besoins du patient, et conforme aux connaissances scientifiques actuelles et aux recommandations des autorités de santé et sociétés savantes.

Un soin pertinent est donc un soin approprié, dont le bénéfice attendu pour le patient est supérieur aux risques éventuels. La pertinence des soins vise à éviter la sur-utilisation (soins inutiles ou redondants), la sous-utilisation (soins bénéfiques non prodigués) et le gaspillage opérationnel (soins appropriés mais dispensés à un coût excessif).

L'établissement s'attache à diffuser une culture de la pertinence auprès de ses équipes, en s'appuyant sur des indicateurs de qualité et des évaluations régulières des pratiques professionnelles. Il favorise la prise de décision partagée avec le patient, garantissant ainsi une orientation adaptée et une cohérence dans la trajectoire de soins.

L'efficacité des parcours repose sur l'optimisation des ressources et la coordination des acteurs, dans et hors les murs de l'hôpital afin d'organiser les interventions des différents professionnels et de garantir la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.

Le CHRA facilite ainsi la coopération avec les médecins généralistes, les réseaux de santé, les acteurs médico-sociaux et sociaux, en mettant en place des espaces d'échanges et des dispositifs de coordination adaptés à chaque situation.

En tant qu'hôpital de proximité, il est un acteur pivot du territoire, en assurant la bonne articulation entre les différents niveaux de soins et en anticipant les besoins des patients en situation complexe.

Il met en œuvre des actions concrètes pour éviter les ruptures de parcours, améliorer la communication entre professionnels et renforcer la qualité de la prise en charge, dans une logique de service public et d'amélioration continue.

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°17 : VALORISER ET ACCOMPAGNER LE TRAVAIL EN ÉQUIPE ET INSTAURER DES TEMPS COLLECTIFS CENTRÉS SUR L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Au sein du CHRA, il est essentiel de reconnaître l'importance du travail en équipe et de la collaboration entre les différents professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Travailler ensemble, c'est partager les connaissances, mutualiser les compétences, mieux anticiper, identifier et prévenir les risques liés à la prise en charge des patients.

Le travail en équipe permet aussi de soutenir chacun face aux difficultés du quotidien, de partager les bonnes pratiques et d'améliorer la cohésion et le bien-être au travail.

Cependant, la synthèse du diagnostic réalisé au CHRA montre que les équipes ne disposent pas toujours de suffisamment de temps pour échanger, analyser ensemble les situations complexes ou mettre en place des actions d'amélioration. Les transmissions d'informations entre les services ou entre les professionnels ne sont pas toujours optimales, ce qui peut entraîner des dysfonctionnements, des retards ou des incompréhensions.

Par ailleurs, le manque de moments dédiés à la réflexion collective ou à l'analyse des pratiques limite la capacité des équipes à progresser et à s'adapter aux évolutions des besoins des patients.

Pour répondre à ces enjeux, le CHRA s'engage à :

- **Valoriser le travail en équipe** : Mettre en avant les réussites collectives, reconnaître l'importance de chaque professionnel et encourager la coopération entre les différents métiers (médecins, infirmiers, aides-soignants, agents administratifs, etc.).
- **Accompagner les équipes** : Proposer des formations spécifiques sur la communication, la gestion des conflits, la prise de décision collective et le partage d'informations afin de renforcer la confiance et la cohésion au sein des services.
- **Instaurer des temps collectifs réguliers** : Organiser des réunions, des staffs ou des ateliers dédiés à l'analyse des pratiques, à l'échange d'expériences et à la recherche de solutions communes pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ces temps peuvent prendre la forme de retour d'expérience (RETEX), de simulation, de revue de dossiers ou d'ateliers de co-construction avec les usagers.
- **Impliquer les usagers dans la démarche** : Associer les patients ou leurs représentants à certains temps collectifs afin de recueillir leur point de vue, d'enrichir la réflexion et de mieux répondre à leurs attentes.

L'objectif est de créer une culture d'équipe solide, où chacun se sent impliqué, écouté et reconnu et où l'amélioration continue des pratiques devient une préoccupation partagée par tous. Cela passe par la mise en place de dispositifs concrets (temps dédiés, outils collaboratifs, formations, reconnaissance des initiatives), mais aussi par une attention quotidienne à la qualité des échanges et à la valorisation du travail collectif.

Ce travail en équipe est indispensable pour garantir la sécurité des patients, la qualité des soins et le bien-être des professionnels au sein du CHRA.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de retours d'expérience (RETEX) ou d'ateliers de co-construction réalisés.

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Nombre d'actions d'amélioration identifiées lors des réunions d'équipe.
- Taux d'actions d'amélioration mises en œuvre

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°18 : RÉALISER DES EPP DE PERTINENCE, AUDITS, TRACEURS ET SUIVI D'INDICATEURS

Le CHRA s'engage à promouvoir une culture d'amélioration continue et de responsabilité professionnelle à l'égard de la qualité et sécurité des soins. Dans cette perspective, il valorise l'évaluation régulière des pratiques professionnelles (EPP), la réalisation d'audits internes, ainsi que le suivi systématique d'indicateurs clés, afin d'identifier les axes de progrès et d'optimiser la pertinence des parcours de santé des patients.

Le CHRA met en œuvre, dans chaque service, des évaluations médico-soignantes comparant les pratiques actuelles aux recommandations en vigueur. Il organise également des audits réguliers pour vérifier la conformité aux normes de qualité et aux procédures institutionnelles. Des indicateurs de performance sont définis et suivis par les équipes afin de mesurer l'efficacité des soins et d'objectiver les résultats obtenus.

À l'issue de chaque évaluation, une analyse détaillée des résultats est réalisée en équipe pluriprofessionnelle.

Les écarts observés entre pratiques courantes et référentiels de qualité ou recommandations des bonnes pratiques professionnelles sont identifiés et des actions d'amélioration concrètes sont proposées et mises en œuvre. Un suivi rigoureux de ces actions permet d'en mesurer l'impact et d'ajuster les dispositifs si nécessaire.

La démarche s'appuie sur un système de feedback continu entre les professionnels de terrain, le référent qualité du service et le service qualité, favorisant le partage des observations, des suggestions et des bonnes pratiques.

Le CHRA veille à la soutenabilité de cette démarche par la mise en place de temps dédiés à l'analyse des résultats et à la planification et au suivi des actions.

Il valorise la contribution de chaque professionnel, encourage la reconnaissance des réussites collectives et communique en interne et/ou en externe sur ces dernières.

Des formations et des groupes de travail sont proposés pour accompagner les équipes dans l'appropriation des outils et l'évolution de leurs pratiques.

Ce cadre d'action s'inscrit pleinement dans les valeurs du CHRA : exigence de qualité, transparence, implication de tous dans l'amélioration continue et responsabilité collective au service du patient.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre d'EPP (Évaluations des Pratiques Professionnelles) réalisées par pôle et par année
- Nombre d'audits (cliniques, patients traceurs, processus) effectués par service et par année

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Taux d'actions d'amélioration mises en œuvre et effectivement réalisées

> Indicateurs d'impact

- Évolution des résultats des indicateurs clés de qualité et de sécurité des soins (IQSS et indicateurs internes) suivis

➤ OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°19 : FAIRE DE CHAQUE ÉVALUATION, INSPECTION ET CERTIFICATION RÉGLEMENTAIRE, UNE NOUVELLE OPPORTUNITÉ DE PROGRÈS AU CHRA

Au CHRA, chaque évaluation, inspection ou certification réglementaire n'est pas perçue comme une simple obligation, mais bien comme une véritable opportunité d'amélioration continue. L'établissement s'engage à intégrer systématiquement les nouvelles exigences réglementaires et les enseignements tirés des campagnes de certification (démarche sanitaire et ESSMS) dans son Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Cette intégration garantit une dynamique d'amélioration pérenne et renforce la conformité de l'établissement aux standards nationaux, tout en s'adaptant aux évolutions du cadre sanitaire et médico-social.

Sur le plan opérationnel, le CHRA organise l'analyse des nouvelles exigences et des résultats de la certification au sein d'équipes pluridisciplinaires, sous l'impulsion du binôme managérial chef de service-cadre de santé. Ces espaces d'échanges permettent d'identifier collectivement les critères à améliorer ou à mettre en conformité, en lien avec les nouvelles exigences du manuel HAS et des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP). L'objectif est que ces éléments irriguent concrètement le quotidien des professionnels de santé et médico-sociaux.

Pour accompagner cette transformation, le CHRA déploie des actions de formation continue à destination de l'ensemble des équipes. Les référents qualité, les référents des vigilances et les responsables d'unité jouent un rôle clé dans la diffusion des nouvelles exigences et l'actualisation des pratiques. Ces formations favorisent l'appropriation des recommandations et le développement des compétences nécessaires à l'intégration des changements attendus.

La traçabilité et le suivi des actions d'amélioration sont assurés grâce aux PAQSS de service, qui permettent de mesurer l'impact des mesures mises en œuvre sur la qualité et la sécurité des soins. Une communication transparente et la valorisation des réussites collectives renforcent l'adhésion des équipes à la démarche qualité.

La démarche de certification du CHRA constitue un socle structurant pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans toutes les activités de l'établissement. Elle s'articule naturellement avec les inspections réglementaires, qui concernent des services à haut enjeu sanitaire comme la restauration, le dépôt de sang, le laboratoire, la pharmacie ou les équipements sous contrôle de l'ASN. Qu'elles soient réalisées par des organismes externes ou des autorités compétentes, ces inspections s'inscrivent dans la même logique d'évaluation, de conformité et d'amélioration des pratiques.

L'ensemble de ces démarches alimente la réflexion collective, enrichit le plan d'actions qualité et renforce la dynamique institutionnelle de gestion des risques et de valorisation des bonnes pratiques. Cette vision transversale de la qualité et de la sécurité, étendue à l'ensemble des secteurs d'activité, s'inscrit pleinement dans les valeurs du CHRA : exigence de qualité, transparence, implication de tous dans l'amélioration continue et responsabilité collective au service du patient.

Enfin, la gestion des risques est intégrée à la démarche qualité, grâce à l'utilisation d'indicateurs et de réseaux de vigilance, et soutenues par des outils informatiques adaptés pour la traçabilité et l'analyse des données. Cette approche globale favorise une culture d'amélioration continue, où chaque retour d'expérience, chaque évaluation et chaque inspection devient une source d'innovation et de progrès pour l'ensemble de l'établissement.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre de réunions pluridisciplinaires organisées dans le cadre de la démarche de certification et des nouvelles exigences (démarche sanitaire et ESSMS) ou d'inspection.

➤ **OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°20 : ENCOURAGER LES PROFESSIONNELS À ATTEINDRE LES OBJECTIFS QUALITÉ EN LIEN AVEC LES IFAQ ET/OU LE CAQES**

Dans un contexte où la qualité des soins est un enjeu majeur pour les établissements de santé, il est fondamental de mobiliser les professionnels autour des objectifs qualité. Ces objectifs, définis notamment par les Indicateurs de Financement A la Qualité (IFAQ) et le Contrat d'Assurance Qualité des Établissements de Santé (CAQES), constituent des leviers essentiels pour garantir la sécurité, l'efficacité et la pertinence des soins.

L'enjeu stratégique est double :

- D'une part, aligner les pratiques professionnelles sur les recommandations des bonnes pratiques et du manuel de certification en matière de qualité,
- Et d'autre part, impliquer activement les usagers et les équipes dans une démarche d'amélioration continue. Cette approche participative vise à renforcer leur engagement tout en plaçant l'utilisateur au cœur des préoccupations.

Cela nécessite une stratégie claire, combinant accompagnement pédagogique, suivi rigoureux et reconnaissance des actions accomplies par les professionnels.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs actions concrètes sont mises en œuvre, articulées autour de trois axes principaux qui sont la formation et sensibilisation des équipes, le suivi structuré des actions réalisées et la reconnaissance et la valorisation des services.

• Formation et sensibilisation

La première étape consiste à informer et former l'ensemble des professionnels sur les objectifs qualité spécifiques à notre établissement. Des sessions de formation régulières seront organisées, adaptées aux différents métiers (médico-soignants, administratifs, techniques) afin de garantir une appropriation complète des enjeux et indicateurs liés à l'IFAQ et au CAQES.

Ces formations intégreront :

- Une présentation détaillée des indicateurs suivis (ex. taux d'infections nosocomiales, pertinence des prescriptions médicamenteuses) et leur impact sur la qualité des soins.
- Des temps d'analyse en équipe portant sur les écarts entre les pratiques actuelles et les standards attendus.
- Des retours d'expérience issus d'autres établissements ou services afin d'impulser le changement des pratiques.

Ces actions seront complétées par une campagne de sensibilisation interne. Celle-ci s'appuiera sur divers supports (affiches dans les services, newsletters internes, vidéos pédagogiques) pour maintenir une dynamique collective autour de la qualité portée notamment par le référent qualité afin de relayer ces messages et accompagner les professionnels dans cette démarche. A ce titre, le PAQSS de service sera alimenté par ces indicateurs et suivis régulièrement.

• Suivi structuré des progrès

Un système de suivi rigoureux sera mis en place pour mesurer régulièrement les avancées vers les objectifs qualité. Ce dispositif reposera sur plusieurs outils :

- Tableaux de bord de suivi d'indicateurs : Chaque service dispose d'un tableau de bord permettant de visualiser ses performances par rapport aux indicateurs suivis.
- Réunions de service : Des points réguliers seront organisés lors des réunions de service pour analyser les résultats obtenus, identifier les freins rencontrés et ajuster les actions en conséquence.

- Audits ciblés : Des audits internes seront réalisés périodiquement pour évaluer la conformité des pratiques avec les exigences qualité. Les résultats seront partagés en équipes afin d'identifier ensemble des pistes d'amélioration.
- Feedback : Des retours permettront aux professionnels de partager leurs observations ou propositions pour améliorer encore la démarche qualité.

- **Reconnaissance et valorisation**

Pour encourager l'engagement durable des équipes au sein des pôles cliniques, un programme de reconnaissance pourra être instauré. Ainsi, les services ayant atteint ou dépassé leurs objectifs bénéficieront d'une valorisation spécifique : remise de prix à l'occasion de challenge ou d'événements institutionnels, mise en avant dans la communication interne.

De même, l'investissement de matériel dédié à la sécurisation des pratiques de soins sera financé en partie par les enveloppes IFAQ ou CAQES afin de renforcer la motivation collective tout en diffusant une culture positive autour de la qualité.

Cette démarche vise avant tout à garantir aux usagers un accès à des soins sûrs, efficaces et adaptés à leurs besoins.

En impliquant activement les professionnels dans cette dynamique d'amélioration continue, le CHRA renforce également leur satisfaction au travail, ce qui se traduit directement par une meilleure prise en charge globale.

Les patients bénéficieront ainsi d'un parcours plus fluide et coordonné, avec un niveau de sécurité élevé et une attention particulière portée à leurs attentes.

En mobilisant les équipes autour d'objectifs clairs et partagés, les bases d'une amélioration durable au bénéfice direct des usagers accueillis sont posées.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Existence et mise à jour d'une procédure formalisée relative à l'IFAQ

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Nombre de retours, feedback formalisés auprès des professionnels sur l'atteinte des objectifs IFAQ/CAQES

> Indicateurs d'impact

- Évolution du score de rémunération à la qualité (IFAQ) ou du respect des objectifs contractuels (CAQES) de l'établissement

➤ **OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°21 : AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE PAR UNE MEILLEURE COORDINATION VILLE-HÔPITAL**

L'amélioration de la coordination entre les acteurs de santé en ville et à l'hôpital constitue un réel levier pour garantir une continuité des soins optimale. En tant qu'hôpital de proximité, une des missions du CHRA est de contribuer à la fluidification des échanges entre les différents professionnels intervenant dans le parcours de santé des patients afin d'assurer la continuité de la prise en soins sur le territoire.

Cette coordination est essentielle pour éviter les ruptures de parcours, réduire les délais d'intervention et améliorer la qualité des soins. Cette mission repose sur le renforcement des liens entre les équipes hospitalières et les professionnels de santé libéraux, mais aussi sur l'utilisation d'outils numériques pour structurer et simplifier ces échanges.

Cette démarche s'inscrit dans une vision territoriale où chaque acteur joue un rôle complémentaire au service du patient.

Pour atteindre cet objectif stratégique, plusieurs actions concrètes sont mises en œuvre afin d'assurer une coordination efficace entre les acteurs de santé.

- **Renforcement des outils de communication :**

- Des outils reconnus et robustes sont déployés pour améliorer la transmission d'informations entre les professionnels de santé. Les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) seront systématiquement utilisés pour transmettre aux médecins généralistes et spécialistes libéraux une synthèse claire et structurée du parcours hospitalier du patient. Les lettres de liaison seront généralisées pour accompagner chaque sortie d'hospitalisation des patients, permettant ainsi aux praticiens extérieurs de disposer d'informations précises sur les diagnostics, traitements et recommandations.
- La messagerie sécurisée est mise à disposition pour faciliter les échanges rapides entre les équipes hospitalières et les professionnels libéraux, tout en garantissant la confidentialité des données médicales. Par ailleurs, des plateformes collaboratives permettant le partage sécurisé des informations médicales en temps réel pourront être déployés.

- **Développement de réseaux de soins coordonnés :**

- Pour aller plus loin dans la coordination ville-hôpital, des partenariats avec les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, pharmaciens..) seront développés afin de créer des réseaux territoriaux de soins coordonnés. Ces réseaux permettront une meilleure articulation entre les différents intervenants autour du patient, notamment dans le cadre des pathologies chroniques ou complexes nécessitant un suivi rapproché.
- Le recours au service PRADO assure un accompagnement personnalisé, mis en place en amont de la sortie, qui vise à sécuriser la transition et à garantir la continuité des soins en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés : équipes hospitalières, médecins traitants, infirmiers, pharmaciens et autres professionnels de santé. Ce dispositif diminue le risque de ré hospitalisation du patient et permet une meilleure gestion de la sortie d'hospitalisation par une meilleure anticipation des besoins de soins en relais.

- **Mise en place de plateformes numériques :**

- L'alimentation du DMP du patient permettra une coordination renforcée par :
 - La centralisation des données médicales essentielles (résultats d'examens, prescriptions) accessibles par tous les professionnels impliqués dans le parcours du patient.
 - La planification collaborative des interventions (consultations spécialisées, soins infirmiers à domicile).
- Tout comme, le recours à des plateformes de télésurveillance permet la mise en place d'un système d'alertes automatisées pour signaler tout événement nécessitant une action rapide des professionnels impliqués dans le parcours du patient.

Cette initiative numérique est accompagnée par une formation spécifique destinée aux utilisateurs pour garantir son appropriation rapide et efficace.

Cette stratégie aura un impact direct sur l'expérience patient. En améliorant la fluidité des échanges entre ville et hôpital, l'établissement réduira considérablement les délais dans la prise en charge et renforcera la continuité des soins. Les usagers bénéficieront également d'une meilleure lisibilité sur leur parcours grâce à une communication claire entre tous les intervenants.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- IQSS: Qualité de la lettre de liaison
- Délai moyen de transmission des informations après sortie d'hospitalisation ou passage aux urgences

> Indicateurs de pilotage et d'amélioration

- Nombre d'événements indésirables liés à une rupture de parcours ou à un défaut de coordination

> Indicateurs d'impact

- Taux de ré hospitalisations dans un délai de 1 à 7 jours en MCO
- Nombre d'inclusion de patients dans le dispositif PRADO à la sortie d'hospitalisation

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N°22 : POURSUIVRE LA DÉMATÉRIALISATION DES PRISES DE RDV ET L'AUTOMATISATION DES RAPPELS DE RDV PAR SMS

Le CHRA inscrit la modernisation des processus administratifs au cœur de sa stratégie d'amélioration continue de la qualité et de l'expérience patient.

Son objectif est de dématérialiser et d'automatiser les procédures, afin d'accroître l'efficacité opérationnelle, de réduire les temps d'attente et de renforcer la coordination entre professionnels et ou usagers des parcours de santé, dans une logique centrée sur le patient.

Sur le plan opérationnel, le CHRA poursuit la dématérialisation des prises de rendez-vous, facilitant ainsi l'accès aux soins et la gestion des agendas médicaux. Parallèlement, il souhaite déployer des dispositifs d'envoi automatisé de rappels par SMS, afin de limiter les absences et d'optimiser la planification des consultations et des interventions. Ces dispositifs contribuent à l'optimisation des créneaux et à l'amélioration de l'organisation des ressources.

Pour anticiper les besoins futurs, le CHRA intègre des solutions numériques dans la gestion des flux de patients. Ces outils permettent d'analyser les données en temps réel, d'ajuster la planification des soins et d'optimiser la répartition des ressources, tout en réduisant les délais d'attente et en améliorant l'expérience des usagers.

La démarche s'inscrit dans une volonté de collaboration renforcée entre les différents acteurs de santé, en favorisant l'échange d'informations et la mutualisation des compétences. Elle s'appuie sur une gouvernance attentive aux enjeux de qualité, de sécurité et d'innovation, conformément aux valeurs du CHRA : exigence de qualité, transparence, implication de tous et responsabilité collective au service du patient.

INDICATEURS DE SUIVI PROPOSÉS

> Indicateurs d'activité et de fonctionnement

- Nombre d'examens ou RDV pouvant être pris en ligne
- Nombre de rappels SMS envoyés automatiquement : volume mensuel ou hebdomadaire de SMS de rappel envoyés.

> Indicateurs d'impact

- Taux de RDV pris en ligne non honorés : évolution du taux d'absence après déploiement des rappels.

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

Abréviation	Signification
ANSSI	Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CHRA	Centre Hospitalier Royan-Atlantique
CLUD	Comité de LUTte contre la Douleur
COGRAS	COordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
COS	Cadre d'Orientat ion Stratégique
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
DA	Directives Anticipées
DG	Directeur Général
DM	Dispositif Médical
DPI	Dossier Patient Informatisé
DS	Directeur des Soins
EI	Événement Indésirable
ETAS	Événement Indésirable Associé aux Soins
EIG	Événement Indésirable Grave
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IAS	Infections Associées aux Soins
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PCME	Président de la Commission Médicale d'Établissement
PSL	Produits Sanguins Labiles
QGDR	Qualité - Gestion Des Risques
RBPP	Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles
REX / RETEX	Retour d'EXpérience
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RU	Représentant des Usagers
SRS	Schéma Régional de Santé