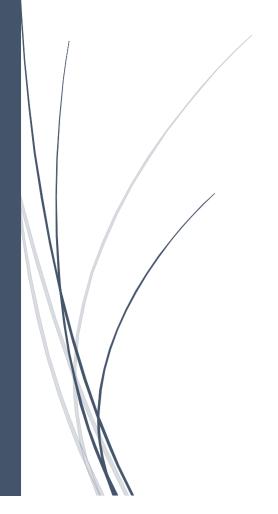
2017 - 2021

# PROJET DE SERVICE Services de soins

SSI-PROJ-005-V2





Projet direction des soins : soins infirmiers, assistante sociale, diététiciennes et psychologues

# SOMMAIRE

1.	Introduction	page 3
2.	Bilan du précédent projet	page 3
3.	Méthodologie d'élaboration	page 4
4.	Organisation générale des soins infirmiers	page 4
5.	Politique générale des soins paramédicaux	page 6
	5.1 Nos valeurs	page 6
	5.2 L'organisation paramédicale	page 7
	5.3 L'implication	page 7
	5.4 Le management par la direction des soins	page 7
6.	Axes du projet / Fiches actions	page 8
	6.1 Plan personnalisé de soins	page 9
	6.2 Organisation des accompagnements patients	page 9
	6.3 Organisation des soins et gestion de l'absentéisme	page 10
	6.4 Prise en charge nutritionnelle	page 10
	6.5 Prise en charge sociale	page 11
	6.6 Prise en charge psychologique	page 11
	6.7 Prévention des IAS	page 12
	6.8 Prévention des AES	page 12
	6.9 Prise en charge de la douleur	page 13
	6.10 Conventions de partenariats	page 13
	6.11 Parcours de soins	page 14
	6.12 Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance	page 15
	6.13 Promotion des libertés individuelles	page 15
	6.14 Développement des compétences professionnelles	page 16
_	6.15 Qualité et prévention des risques	page 16
	Conclusion	page 16
	Critères d'évaluation	page 16
	Annexes	page 17
10	.Glossaire	page 17

#### 1. INTRODUCTION

La mise à jour de projet de soins infirmiers a évolué en prenant en compte les soins paramédicaux supports assurés l'assistante sociale, les diététiciennes et les psychologues.

L'article L. 6142-2 du code de la santé publique prévoit, en effet, que le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale du groupe HSMed et de l'établissement, qu'il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet de soins fait également le lien avec le projet de qualité et de gestion des risques ainsi qu'avec le projet managérial.

Piloté par la direction des soins, il vise à faire le lien entre les différents services de soins et professionnels médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement (équipes médico-chirurgicales, kinésithérapeutes, biologistes et anatomopathologistes, radiologues...)

Il définit les orientations de la politique de soins en s'appuyant sur x objectifs.

#### 2. BILAN DU PRECEDENT PROJET

Un changement de direction des soins a eu lieu fin 2016.

Les responsables d'unité des soins ont associé la directrice des soins à la rédaction du projet de leur service ou pôle.

## Axe 1 : organisation et management des soins

- ✓ L'encadrement participent aux décisions stratégiques au travers de la participation au comité de direction élargi, comité d'analyse des évènements indésirables, CREX / RMM et diverses réunions institutionnelles
- ✓ Les RUS sont associées aux démarches de remplacement dans leur secteur et participent à la coordination avec les équipes de nuit une fois par semaine à tour de rôle
- ✓ Chaque responsable reçoit les personnels pour un entretien professionnel et un entretien d'évaluation afin de définir avec eux les besoins en formation et évaluer les projets professionnels. L'encadrement est associé à la présentation du plan de formation annuel et à sa validation.

## Axe 2 : qualité et sécurité des soins, prévention des risques

- ✓ Chaque responsable est pilote d'une thématique de la V2014. Une formation leur a été proposée sur 2016 et 2017.
- ✓ Les procédures et modes opératoires sont régulièrement actualisés afin de prendre en compte les évolutions (organisations, matériels, ressources...)
- ✓ Chaque fiche d'évènement indésirable est communiquée aux personnes concernées pour éléments de réponse. Elle est ensuite présentée en CAEI à

- l'ensemble de l'encadrement ; elle peut donner lieu à un CREX ou une RMM en fonction des thématiques.
- ✓ Le travail de proximité de l'équipe d'encadrement permet d'être au plus près des équipes, des patients et de leur entourage et des praticiens. Cela permet de déterminer les besoins en formation,

# Axe 3 : formation, compétences et recherche

- ✓ L'entretien d'évaluation et l'entretien professionnel permettent de définir le projet professionnel de chaque salarié
- ✓ Le plan de formation est présenté et validé tous les ans par les IRP

# 3. METHODOLOGIE D'ELABORATION

#### Il est élaboré à partir :

- ✓ Du bilan du précédent projet,
- ✓ Des bilans des groupes de travail portés par la RAQ-GDR
- ✓ Des éléments du projet d'établissement,
- ✓ Des éléments du projet médical,
- ✓ Des projets des services de soins.
- ✓ Des exigences réglementaires,
- ✓ Des recommandations suite aux résultats de la dernière procédure de certification.

## Il est rédigé par :

- ✓ La direction des soins
- ✓ Les responsables des unités de soins,
- ✓ Les groupes de travail institutionnels en intégrant les IRP

Sa rédaction a débuté en 2017 et sera finalisé à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2018. Une présentation sera réalisée au COPIL qualité ainsi qu'à la CME et aux IRP.

## 4. ORGANISATION GENERALES DES SOINS INFIRMIERS

# Les services de soins comportent :

- ✓ Au rez-de-chaussée, le Service médical d'Urgences. Ouvert 24h/24, il accueille tout patient se présentant spontanément ou amené par une ambulance / SMU hors pédiatrie et psychiatrie.
- ✓ Au 1<sup>er</sup> étage, le pôle médecine. Un secteur accueillant la médecine interne et gériatrique (UMIG) et 4 lits identifiés Soins Palliatifs, un secteur UMIG et cardiologie – pneumologie – gastro-entérologie. Ce secteur intègre l'UDT (Unité de Douleurs Thoraciques).
- ✓ Toujours sur le 1<sup>er</sup> étage, l'Unité de Surveillance Continu (USC), 10 lits médicochirurgicaux. Surveillance post opératoire immédiate ou différée, décompensation cardio-pulmonaire.

- ✓ Au 2<sup>ème</sup> étage, le pôle chirurgie. Un secteur accueillant la chirurgie générale : chirurgie digestive et bariatrique, gynécologie, ORL, urologie, vasculaire et un secteur de chirurgie orthopédique dont 10 lits dédiés à la chirurgie de semaine.
- ✓ Sur cet étage, un service de 18 lits peut être ouvert en cas d'afflux massif de patients. Il est opérationnel immédiatement. 2 fauteuils sont réservés pour les bilans hormonaux et l'éducation thérapeutique.
- ✓ Au 3<sup>ème</sup> étage, se situe le service d'ambulatoire avec la spécificité d'une marche en avant. Ce service est autonome de l'entrée à la sortie du patient.
- ✓ Au même étage, se situe le bloc opératoire avec 10 salles dont une dédiée à la radiologie interventionnelle (coronarographie et artériographie) et une pour l'endoscopie. Deux salles de soins externes permettent la prise en charge des actes sans anesthésie. La stérilisation centrale est également sur cet étage.

La programmation des séjours se fait directement par les cabinets médicaux situés, pour la plupart, dans l'enceinte de l'établissement.

Le logiciel métier (Expert Santé) permet le lien avec les secteurs administratifs et les secteurs de soins.

Une équipe de soins support est présente pour compléter l'équipe paramédicale :

- ✓ Une assistante sociale, assure l'évaluation, la prise en charge ou l'orientation des patients en fonction de leurs besoins.
- ✓ Deux diététiciennes assurent la prise en charge des patients lors du bilan bariatrique ou du parcours en oncologie, et l'évaluation et le suivi des personnes hospitalisées
- ✓ Deux psychologues interviennent auprès des patients lors des parcours ou des hospitalisations.

L'établissement comporte également d'autres spécialités :

- ✓ Plateau technique en échographie, radiologie, scanner et IRM
- ✓ Laboratoire d'analyses médicales
- ✓ Cabinet de kinésithérapie et balnéothérapie

Des conventions de partenariats avec des prestataires :

- ✓ Cabinet d'anatomopathologie
- ✓ Société de restauration
- ✓ Société d'entretien des locaux
- ✓ Des conventions de repli avec des établissements médicaux chirurgicaux pour la prise en charge des patients : le CHAC, PGS et NHPF

Des conventions pour les prises en charge d'amont et d'aval notamment avec les EHPAD, l'HAD et les SSR.

## 5. POLITIQUE GENERALE DES SOINS PARAMEDICAUX

Elle se nourrit d'échanges entre les professionnels de qualité et gestion des risques, d'une politique forte et de conceptions partagées.

La rédaction du présent projet a été l'occasion de conforter nos valeurs, notre conception du soin et celle des compétences des soignants.

Une proximité quotidienne entre la direction des soins et les équipes permet d'évaluer et de réajuster au plus près les besoins des équipes et des personnes prises en charge.

#### 5.1 Nos valeurs:

Les valeurs de l'établissement se sont forgées avec l'histoire et ont toujours placé le patient au centre de ses objectifs.

## Des valeurs généralistes :

- ✓ Le respect du patient et de ses droits quelle que soit ses origines, ses croyances, son niveau social
- ✓ Le respect de la dignité, l'égalité, la tolérance, la discrétion, le respect du secret professionnel, l'accès aux soins, la disponibilité
- ✓ La bienveillance, l'empathie, l'accompagnement, l'éducation
- ✓ L'importance de l'écoute et de la communication
- ✓ La réflexion éthique

#### Des valeurs entourant la réalisation du soin :

- ✓ Le bon soin au bon malade au bon moment
- ✓ La concertation pluridisciplinaire
- ✓ La prévention du risque et le respect des bonnes pratiques
- ✓ La réflexion bénéfices risques et l'éthique professionnelle

## Enfin, des valeurs concernant l'exercice professionnel :

- ✓ Les connaissances, le savoir, le savoir-faire, le savoir-être, la transmission du savoir
- ✓ Le professionnalisme,
- ✓ Les compétences,
- ✓ L'honnêteté intellectuelle, la transparence et la neutralité.

## 5.2 L'organisation paramédicale :

## L'équipe d'encadrement comporte :

- ✓ Une RUS pour le SMU
- ✓ Une RUS sur le pôle médecine
- ✓ Une RUS sur le pôle chirurgie et l'USC
- ✓ Une RUS pour le service d'ambulatoire et le bloc opératoire
- ✓ Un RUS pour le service de stérilisation.

Les soins de support sont également sous la responsabilité directe de la direction des soins.

## 5.3 L'implication

La direction des soins est représentée dans différents groupes au sein de la NCB :

- ✓ CODIR
- ✓ COPIL
- ✓ Réunions médico-économiques par spécialité
- ✓ CME
- ✓ CREX / RMM
- ✓ CLAN, EOH, CLUD, comité d'identitovigilance, comité DPI
- ✓ CSE (Comité Social et Economique) depuis avril 2018
- **√** ...

La direction des soins travaille en étroite collaboration avec la direction de l'établissement, le directeur des ressources humaines et avec les directions des soins des établissements de groupe. Les projets sont élaborés en concertation avec les projets HSMed.

La gestion des effectifs, des plannings, des remplacements se fait au quotidien, en collaboration avec la technicienne de planning, l'équipe RH et les RUS.

# 5.4 Le management par la direction des soins :

Un management de proximité a été souhaité par la direction des soins afin d'évaluer quotidiennement et en temps réel, les besoins des équipes, les difficultés rencontrées et de réajuster au plus près.

La taille de l'établissement permet de passer tous les jours dans tous les services afin d'évaluer la charge en soins, de réguler les dysfonctionnements, tant au niveau des équipes que des médecins ou des patients / entourages.

Les RUS sont accompagnés dans la gestion de leur équipe, dans la conception de leur projet, dans la rédaction des documents qualité (protocoles, procédures, modes opératoires...)

Une évaluation sur objectif est réalisée semestriellement et un entretien professionnel et individuel est effectué tous les deux ans.

Les RUS assurent à tour de rôle une relève avec les équipes de nuit. En cas d'absence, elles s'auto-remplacent. Une organisation spécifique est en place au sein du bloc opératoire où une IDE référente remplace la RUS.

La permanence des soins, « astreinte administrative», est organisée les soirs et jours fériés entre le directeur et la directrice des soins. Du vendredi soir au lundi matin, cette astreinte est répartie selon un calendrier prévisionnel entre les RUS du SMU / pôle médecine : pôle chirurgie et la directrice des soins.

Dans les services, la gestion de l'absentéisme s'appuie sur un pool de personnel :

- ✓ pool médecine : IDE et ASD, de jour et de nuit
- ✓ pool chirurgie; IDE et ASD, de jour et de nuit

✓ pool technique (SMU, USC, SSPI) : IDE et ASD, de jour et de nuit. En cas d'absence inopinée, et si le personnel du pool ne peut palier au remplacement, il est fait appel au volontariat dans les équipes habituelles, en dernier recours, il est fait appel aux agences d'intérimaires.

# 6. AXES DU PROJET / FICHES ACTIONS

# 6.1 Plan personnalisé de soins

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Mettre en place un entretien d'accueil en amont de l'hospitalisation	A partir de la grille d'entretien d'accueil, recueillir les besoins des patients et anticiper leur sortie	Mise en place d'une IDEC sur le parcours VHM, 2017 Mise en place de l'IDE d'accueil en chirurgie, fin 2017	Nb de patient ayant bénéficié d'une PEC VHM
Définir un PPS dès l'admission	Définition pluridisciplinaire du PPS en collaboration avec le patient et sa personne ressource	2018-2021	Nb d'entretien d'accueil Nb de PPS définis dans le DPI
Développer l'HDJ pour répondre à l'offre de soins	Définition des parcours HDJ en collaboration avec toutes les spécialités	2018-2020	Nb de parcours HDJ TB DIM TB CDG

# 6.2 Organisation des accompagnements patients

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Prendre en compte les besoins liés au grand âge	Mise en place d'une évaluation des besoins de la personne âgée dès l'admission	Fin 2017	Nombre de fiche GREG
Définir des parcours spécifiques PA	Définition de parcours en gériatrie et oncogériatrie	Fin 2018	Nb de parcours diffusé

# 6.3 Organisation des soins et gestion de l'absentéisme

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Adapter les effectifs aux développements des activités médicales	Modification des unités de soins, des plannings et des effectifs en fonction de l'activité	Au quotidien	TB RH
Maintenir l'effectif du pool	Politique de recrutement en corrélation avec les objectifs de masse salariale	Au quotidien	TB RH TB CDG
Assurer une permanence d'astreinte en dehors de la présence des équipes d'encadrement	Définition d'un planning d'astreinte et diffusion sur ES	Juin 2018	CR astreintes TM astreintes sur ES

# 6.4 PEC nutritionnelle

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Dépister les dénutritions et	Mise en place des fiches GREG sur la PEC des PA Mise en place d'une	En continu	Audit DPI
les traiter	recherche clinique sur les patients identifiés de médecine		CR recherche clinique
Assurer une PEC personnalisée au patient de chirurgie bariatrique	Définition d'un parcours bilan 1j	Janvier 2018 : à évaluer au bout de 6 mois	Bilan d'activité des diététiciennes
Poursuivre la mise en place de repas plaisir pour les patients en SP	Accompagnement de l'équipe de restauration dans la réalisation des assiettes plaisirs	Au quotidien	Bilan SP QSP Lettres d'éloges
Participer aux journées thématiques autour de l'alimentation	Intégration dans le plan de formation de la participation aux journées thématiques + participation aux GT ARS	En continu	Feuilles d'émargement CR

# 6.5 Prise en charge sociale

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Anticiper les modalités de sortie en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire	Recueil dès l'entrée du souhait sur les modalités de sortie Sollicitation dès l'entrée de l'AS Intégration de l'HAD et de prestataires aux staffs hebdomadaires de médecine	2016	Bilan d'activité de l'assistante sociale Bilan SP TB DIM
Réaliser au plus tôt un bilan social afin d'accompagner les personnes en difficulté sociale ou démunies	Sollicitation de l'AS	Juin 2016	Audit DPI Rapport d'activité

# 6.6 Prise en charge psychologique

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Evaluer le risque suicidaire	Evaluation psychologique dès signalement par l'équipe Mise en place de mesures spécifiques de protection	En continu	Audit DPI Nombre de suicides
Accompagner les patients en soins palliatifs	Suivi psychologique systématique IDE référente SP avec du temps dédié Formation des équipes		Bilan d'activité psychologue Planning + bilan d'activité TB des formations
Accompagner l'entourage lors de l'annonce d'une maladie grave et/ou incurable	Augmentation du temps de psychologue	Mars 2018	Bilan d'activité psychologue
Accompagner l'entourage lors d'un deuil	Augmentation du temps de psychologue	Mars 2018	Bilan d'activité psychologue

# 6.7 Prévention des IAS

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Utiliser, dans le respect des bonnes pratiques et des recommandations, la SHA	Formation par l'EOH Sensibilisation des équipes / Formations Affichage général	2017-2018	Consommation SHA par UF TB formations
Optimiser la préparation opératoire	Mise en place d'une IDE d'accueil en chirurgie Mise à jour des protocoles de préparation au bloc	Décembre 2017 Mars 2018	Audit DPI  Nb de FEI
Optimiser la réfection des pansements	Formations ciblées Rédaction de protocoles pansements et prise en charge des plaies chroniques Evaluation et suivi des plaies par l'IDE référente	2018-2019	Protocoles Rapport 'activité de I'IDE référente Plaie et Cicatrisation Nb de déclarations d'IAS Bilan de la CDU

# 6.8 Prévention des AES

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Diminuer le nb d'AES	Définition d'un plan d'action ciblé en collaboration avec le CSE et la médecine du travail Réalisation d'audit / EPP et d'autoévaluation sur l'appropriation des mesures de prévention	Avril 2018	Nb d'AES  CR audit/EPP/ Autoévaluation

Page: 11 / 17

# 6.9 Prise en charge de la douleur

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Zéro douleur	Mise en place de protocoles per et post opératoire	2018-2019	Audit ciblé Patient traceur
Développer le parc de Game Ready	Intégration au plan d'investissement	2018	Nb de Game ready
Systématiser les PM en amont de la PEC en ambulatoire	Information des praticiens en CME	2018	CR CME Audit DPI
Evaluer et tracer la douleur pour chaque type de PEC	Sensibilisation des équipes Formations ciblées	2018	Audit DPI Patient traceur

# 6.10 Conventions de partenariats

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Poursuivre la démarche de partenariat	Mise à jour des conventions Elargissement du partenariat avec les établissements du territoire	2018-2019	Nb de conventions signées Bilan des partenariats
Développer les sorties en HAD	Participation de l'HAD aux staffs de médecine	2017-2018	Nb de sorties en HAD

Page: 12 / 17

# 6.11 Parcours de soins

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
	Mise en place des fiches RCP ARS	Janvier 2018	Nb de fiches RCP ARS
Optimiser le parcours	Proposer un bilan 1j	1 <sup>er</sup> trimestre 2018	NB de parcours 1j / 3J
bariatrique	Evaluation de la satisfaction des usagers sur le parcours	Validation de la grille : 01.18 Evaluation : 02.18	Audit patient Patient traceur
Mettre en place le parcours en oncologie digestive	Définition du parcours Mise à disposition du livret patient Réunion RCP	2018-2019	Bilan IDE d'annonce Bilan 3C
Mettre en place le parcours en oncologie gynécologique	Définition du parcours Mise à disposition du livret patient Réunion RCP	2018-2019	Bilan IDE d'annonce Bilan 3C
Développer les PEC en RRAC	Développement de la RRAC en chirurgie digestive Elargissement de la RRAC à la chirurgie gynécologique / orthopédique / bariatrique Mise en place de réunion pré-RRAC Ouverture d'une salle patient sur le secteur de chirurgie	2018-2019	Audit grille GRACE Suivi des DMS Nb de PEC dans VH Manager
Développer la pré- habilitation dans toutes les spécialités	Définition des parcours de pré-habilitation dans chaque spécialité, en collaboration avec tous les acteurs	> mai 2018	Nb de patients ayant bénéficié d'une pré- habilitation

# 6.12 Prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Sensibiliser les équipes à la détection des situations de maltraitance et au signalement	Signalement systématique au médecin référent de toute situation suspecte Rédaction de transissions dans le DIP Déclaration externe de situation avérée après RCP Formation des personnels	En continu	Nb de FEI Plaintes et réclamations
Promouvoir la bientraitance	Sensibilisation des personnels à la bientraitance	En continu	TB plan de formation

# 6.13 Promotion des libertés individuelles

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Promouvoir les libertés individuelles	Respect du mode de vie du patient, de ses origines, de ses croyances et de ses valeurs	Au quotidien	QSP Plaintes et réclamations
	Possibilité de refuser une PEC ou un soin	Au quotidien	Audit DPI Nb de sortie contre avis médical
	Impliquer au patient son parcours de soins	Au quotidien	Audit DPI QSP Plaintes et réclamations

Page: 14/17

# 6.14 Développement des compétences professionnelles

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Définir le plan de formation en prenant en compte les axes des différents projets du groupe et de l'établissement	Validation du plan de formation avec les IRP	Annuel	Taux de personnels formés Satisfaction et évaluation des formations

# 6.15 Qualité et prévention des risques

Objectif	Action	Délai	Indicateurs de résultats
Développement de la	Définition d'une périodicité	> 2016	Tableau de bord des
réalisation de patient	pour chaque parcours et		patients traceur réalisés
traceur	type de PEC		et des plans d'action

# 7 CONCLUSION

Le service de Médecine est engagé dans une politique d'amélioration permanente de la qualité et de la prise en charge globale du patient.

Le personnel soignant a un rôle très important dans cette prise en charge par son écoute, les soins et les conseils qu'il prodigue tout au long du séjour du patient.

Les informations données pendant le séjour permettent de mieux appréhender le retour à domicile, d'améliorer par cette éducation la qualité de l'intervention et les bénéfices attendus.

Tout ce travail, fait au quotidien, doit être formalisé afin de pouvoir être quantifié et valorisé.

## 8. CRITERES D'EVALUATION/INDICATEURS

- Patient traceur;
- DMS et occupation des lits ;
- Fiches d'évènements indésirables ;
- Bilan de la CDU (plaintes, réclamations, éloges).

Page: 15 / 17

#### 9. ANNEXES:

- Projet Soins Palliatifs 2017 2020 : SSI PROJ 010
- Projet de service : pôle médecine : SSI-PROJ-001
- Projet de service : pôle chirurgie : SSI-PROJ-003
- Projet de service : Unité de surveillance continue : SSI-PROJ-008
- Projet de service : bloc opératoire : BO-PROJ-009
- Projet de service : service des urgences : SSI-PROJ-007
- Projet de service : Chirurgie ambulatoire : SSI-PROJ-011

# 10.GLOSSAIRE

AES Accidents avec Exposition au Sang;

ARS Agence Régionale de Santé

AS Assistante Sociale

ASD Aide-Soignante Diplômée;

CAEI Commission d'Analyse des Evènements Indésirables ;

CDU Commission des Usagers ; CDG Contrôleur De Gestion ;

CHAC Centre Hospitalier Alès Cévennes;

CLAN Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition :

CLUD Comité de Lutte contre la Douleur ; CMA Complication Médicale Associée

CME Commission Médicale d'Etablissement;

CSE Comité Social et Economique :

COPIL Comité de Pilotage ; CR Compte rendu ;

CREX Comité de Retour d'Expérience ;

CODIR Comité de Direction ;

DMS Durée Moyenne de Séjour ; DPI Dossier Patient Informatisé ;

DIM Département d'Information Médicale ; EOH Equipe Opérationnelle d'Hygiène ;

EPP Evaluation des Pratiques Professionnelles;

ETP Education Thérapeutique ; ES Etablissement de Santé :

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;

FEI Fiche d'Evènement Indésirable :

GDR Gestion des Risques ;
GT Groupe de Travail ;

IRP Instance Représentative du Personnel; IRM Imagerie par Résonnance Magnétique;

HAD Hospitalisation A Domicile; HDJ Hospitalisation De jour;

HSMed Hexagone Santé Méditerranée ; IAS Infection Associée aux Soins ; IDE Infirmier(e) Diplômée d'Etat ; IDEC Infirmière Coordinatrice ;

IQSS Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins ;

NHPF Nouvel Hôpital Privé les Franciscaines;

ORL Oto-Rhino-Laryngologie;

PEC Prise en Charge PA Personne Agée;

PGS Polyclinique du Grand Sud; PPS Plan Personnalisé de Soins;

QSP Questionnaire de Satisfaction Patient :

RAQ-GDR Responsable Assurance Qualité – Gestion Des Risques ;

RCP Revue de Concertation Pluridisciplinaire ;

RH Ressources Humaines ;

RMM Revue de Mortalité Morbidité;

RRAC Réhabilitation Rapide Après Chirurgie;

RSI Résumé Standardisé Infirmier RUS Responsable des Unités de Soins ;

SHA Solution Hydro-Alcoolique;

SP Soins palliatifs;

SSPI Salle de Surveillance Post Interventionnelle ;

SSR Soins de Suite et de Réadaptation;

TB Tableau de Bord; UF Unité Fonctionnelle;

UMIG Unité de Médecine Interne et Gériatrique ;

UDT Unité de Douleur Thoracique ; USC Unité de Surveillance Continue ;

Rédaction	;		Vérification :		Approbation:
Sabine ANDRE, Directrice des soins		Marie-Hélène FREZ Catherine LECTEZ Sabine LARDEMER Chantal PORTIER, I	ł	Fabienne CUNY, Directeur	
Signature:		Signature :		Signature :	
Validé le :	alidé le : 03/03/2018			018	
Versions antérieures					
Version n°	Date		Référence	Autre re	réf. Rédaction
1	16/01/2014		SSI-PROJ-005		Martine MAGNE, Directrice des soins infirmiers

#### Destinataires:

- → Pour information : Directeur, service qualité ;
- → Pour application : Services de soins.