

PROJET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

2021 - 2025

Novembre 2021
Rédacteur / DPQAM et QSS&CAPCU

Sommaire

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
CONTEXTE ET ENJEUX	5
POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	7
1. AXE 1 : FAIRE EVOLUER ET PERENNISER LA DEMARCHE QUALITE ET CULTURE QUALITE	7
<i>Objectif 1 : Améliorer le pilotage et la coordination des acteurs pour la mise en œuvre du Programme d'Amélioration de la Qualité Sécurité des Soins (PAQSS)</i>	7
<i>Objectif 2 : Renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins</i>	7
<i>Objectif 3 : Intégrer la dimension qualité dans les projets d'innovation</i>	7
<i>Objectif 4 : Renforcer la démarche éthique</i>	7
2. AXE 2 : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION GLOBALE DES RISQUES.....	7
<i>Objectif 1 : Développer le management par les risques</i>	7
<i>Objectif 2 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins</i>	7
<i>Objectif 3 : Renforcer les vigilances sanitaires</i>	8
<i>Objectif 4 : Améliorer la gestion de crise et le circuit des plans d'urgence</i>	8
3. AXE 3 : PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.....	8
<i>Objectif 1 : Mieux prendre en compte « l'expérience patient » et développer le partenariat patient</i>	8
<i>Objectif 2 : Renforcer l'information délivrée au patient</i>	8
<i>Objectif 3 : Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie</i>	8
PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS (PAQSS)	9
1. AXE 1 : FAIRE EVOLUER ET PERENNISER LA DEMARCHE QUALITE ET CULTURE QUALITE	9
<i>OBJECTIF 1 : Améliorer le pilotage et la coordination des acteurs</i>	9
<i>OBJECTIF 2 : Renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins</i>	11
<i>OBJECTIF 3 : Intégrer la dimension qualité dans les projets d'innovation</i>	15
<i>OBJECTIF 4 : Renforcer la démarche éthique</i>	17
2. AXE 2 : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION GLOBALE DES RISQUES.....	17
<i>OBJECTIF 1 : Développer le management par les risques</i>	17
<i>OBJECTIF 2 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins</i>	18
<i>OBJECTIF 3 : Renforcer les vigilances sanitaires</i>	22
<i>OBJECTIF 4 : Améliorer la gestion de crise et le circuit des plans d'urgence</i>	23
3. AXE 3 : PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.....	24
<i>OBJECTIF 1 : Mieux prendre en compte « l'expérience patient » et développer le partenariat patient</i>	24
<i>OBJECTIF 2 : Renforcer l'information délivrée au patient</i>	26
<i>OBJECTIF 3 : Améliorer la prise en charge en fin de vie</i>	26
CONCLUSION	28
PARTICIPANTS	29
GLOSSAIRE	30

INTRODUCTION

La qualité et sécurité des soins délivrés aux patients demeure la préoccupation de l'ensemble des professionnels de santé, soignants, personnels administratifs et personnels techniques, qui exercent à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), premier CHU de France. La qualité et la sécurité des soins est une exigence légitime de la part des patients, de leur entourage et de leurs représentants.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit :

- la qualité comme la capacité de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »,
- la sécurité des patients comme un domaine des soins de santé capable de « *prévenir et de réduire les risques, les erreurs et les préjudices causés aux patients dans le cadre de soins de santé* ».

La qualité et sécurité des soins ne peut se concevoir sans un projet partagé avec tous les acteurs en y associant les patients. Ce présent « **projet qualité et sécurité des soins** » est composé d'une **politique qualité et sécurité des soins globale et partagée** déclinée en un **programme d'actions opérationnelles** avec des **indicateurs institutionnels** suivis annuellement pour une évaluation à 4 ans.

Ce projet inscrit les orientations en matière de qualité et sécurité des soins à l'AP-HP pour la période de 2021-2025. Il s'articule avec le projet médical, le projet de soins, et le projet social avec la volonté d'impliquer les patients et leurs représentants à travers le projet « s'engager vis-à-vis des patients ».

Les orientations stratégiques, les actions, identifiées prioritaires, les critères d'évaluation sont définis en fonction des retours d'expérience de la crise sanitaire, de l'évolution de la réglementation, des politiques stratégiques et des ressources de l'AP-HP, des bilans annuels d'instances, des analyses des événements indésirables des dysfonctionnements et risques majeurs identifiés.

Le directeur général de l'AP-HP et le président de CME du siège AP-HP ont validés ce projet et s'engagent à soutenir les équipes soignantes, administratives et techniques en mobilisant les ressources nécessaires. Celui-ci a reçu un avis positif de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT).

La coordination de ce projet est assurée par la directrice qualité, partenariat, patient et au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) en charge de diffuser les orientations stratégiques, coordonner la mise en œuvre du programme d'actions, s'assurer du suivi des actions et du recueil des indicateurs afin de favoriser les décisions en instance de pilotage stratégique au niveau du siège de l'AP-HP. Ses actions s'inscrivent à travers le « comité du management de la qualité et de la sécurité des soins » composé des professionnels de santé concernés siégeant dans les différentes instances représentatives de la CME, des directions des soins et des représentants des usagers.

Ce programme d'actions doit être utilisé comme feuille de route par les GHU et DMU et être considéré comme une vraie opportunité pour favoriser la mise en œuvre des projets institutionnels et poursuivre le développement d'une « culture qualité » cohérente sur les sites et dans les services.

L'ambition majeure de ce projet est la mise en œuvre d'une approche collective et partagée au service de la

qualité, en relevant cinq enjeux majeurs et communs à toutes les thématiques portées par ce projet :

- le rôle d'impulsion donné par les directions locales, les CMEL et les CSIRMT
- l'implication et la mobilisation forte du « *management* » des services (chefs de service et cadre de santé, responsables de service, en collaboration) comme levier indispensable
- la reconnaissance, et la valorisation de référents
- la nécessité de considérer ces démarches comme composante intégrale du quotidien de tout soignant et de tout professionnel hospitalier
- la participation des personnels en formation (étudiants en médecine et pharmacie, internes, étudiants paramédicaux, etc..)

Plus que jamais, l'objectif de qualité des soins devra être étroitement lié aux objectifs d'amélioration de la qualité de vie des patients, de la qualité des organisations et de la qualité de vie au travail des personnels.

CONTEXTE ET ENJEUX

L'organisation de l'AP-HP avec ses six groupes hospitalo-universitaires (GHU) et ses 39 sites hospitaliers nécessite une étroite collaboration entre le siège de l'AP-HP, les GHU, les sites et les DMU, reposant sur une gouvernance collective médicale, paramédicale, administrative intégrant les représentants des usagers, au siège et dans les GHU.

Sous la responsabilité du directeur de GHU, de la présidence de CMEL et de la présidence de la CSIRMT (**fonction de pilotage stratégique**), la coordination du projet qualité, sécurité des soins est assurée par les directions qualité en partenariat avec les directions de site, directions de soins, les représentants des instances représentatives de la CME et l'ensemble des acteurs dont le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Elle repose sur un comité du management de la qualité et de la sécurité des soins local permettant le suivi des plans d'actions et le recueil des indicateurs pour les instances de pilotage (**fonction de coordination**). La mise en œuvre des programmes d'actions repose sur les différentes instances, comités et des groupes de travail avec des professionnels experts, des professionnels de terrain, des patients pour être au plus près des acteurs de soins et des usagers (**fonction opérationnelle**).

Aujourd'hui, les orientations stratégiques des établissements de santé intègrent es procédures de certification et d'accréditation qui s'intègrent dans une politique d'amélioration continue de la prise en charge des patients, ainsi que des évolutions réglementaires impactant le projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins . Il s'agit notamment :

- des différents obligations d'assurance qualité (en imagerie, en radiothérapie, concernant le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles, le dépistage organisé des cancers...) ;
- du décret du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur (PUI) parce qu'il décrit notamment les règles de fonctionnement des PUI, les risques particuliers, les actions de pharmacie clinique à mettre en œuvre et permet de soutenir la réflexion autour de la modernisation des processus (automatisation, robotisation et intelligence artificielle) ;
- du décret du 9 décembre 2020 sur le management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux (DM) stériles dont l'objectif est d'accroître la sécurité et la traçabilité des DM ;
- du décret du 25 septembre 2021 relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins Le décret en précise en cohérence les modalités d'application, notamment l'architecture générale du contrat, le ciblage des établissements de santé, et la délégation de l'intéressement.
- du décret du 21 février 2019 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins ; le décret fixe les conditions de calcul et d'attribution de la dotation complémentaire portant sur la qualité et la sécurité des soins
- des arrêtés du 18 juin 2019 et du 13 juillet 2021 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont l'objectif est d'obtenir la dotation liée aux résultats des indicateurs qualité nationaux sélectionnés chaque année (dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, IFAQ).
- les arrêtés du 24 décembre 2019 et du 27 Mai 2021 concernant le déploiement de l'identité nationale de santé (INS) dont l'objectif est d'éviter des erreurs d'identification des personnes prises en charge mais aussi de faciliter l'échange et le partage des données de santé entre l'ensemble des acteurs ;
- la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique parce qu'elle décrit l'évolution des modalités de

réalisation de la procréation médicalement assistée (PMA), de l'autoconservation des gamètes, du don de moelle osseuse, de l'interruption médicale de grossesse, du don du sang, de la recherche sur embryons... ;

- l'évolution des réglementations sur les vigilances ;
- l'évolution des réglementations sur le signalement et l'analyse des événements indésirables graves (ÉIG) ;
- le programme national nutrition-santé 2019-2024 ;
- la feuille de route pour la prise en charge de l'obésité 2019-2022;
- le programme national « Ma santé 2022 »
- la stratégie nationale « e-santé 2020 »

Les orientations prioritaires de ce projet qualité sécurité de soins 2021 - 2025 prennent en compte également des enjeux nationaux tels que :

- L'évolution de la démarche externe de certification V2020 de la Haute Autorité de santé, qui place la patient au cœur de sa prise en charge en tant que patient partenaire, expert / formateur, citoyen et met l'accent sur l'évaluation avec une approche par les résultats.
- Internationalement, des programmes de paiement à la qualité se développent. En France, en 2016 la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a généralisé le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) qui évolue constamment. Les démarches qualité deviennent un levier avec un enjeu financier pour les institutions.
- L'informatisation du processus de soin, prescription, dispensation, administration est désormais bien engagée pour de nombreux établissements. L'étape suivante et cruciale est la généralisation de l'informatisation du dossier patient avec toutes ses composantes (dossiers de spécialité, dossier anesthésie et transfusionnel, observations médicales, dossier biologique et radiologique, courriers et documents administratifs). Si cette informatisation paraît un levier majeur pour améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge plusieurs points devront être particulièrement regardés tels que la sécurisation de l'identité des patients, la qualité du recueil de données, l'exposition à de nouveaux risques liés au système d'information lui-même.

Une place centrale sera accordée à la formation initiale et continue en interface avec les UFR de médecine et le CFDC, à la dimension recherche et évaluation en lien avec les différentes spécialités médicales impliquées et en particulier la santé publique et la DRCl.

Ce projet, élaboré dans un contexte de crise sanitaire, tient compte de l'impact significatif de l'épidémie de COVID-19 tant sur les organisations pour la qualité et la sécurité des soins dans les différents GHU de l'AP-HP et des sites hors GHU que sur les acteurs de soins. Il s'appuie sur les retours d'expériences réalisés notamment à l'issue de la « première vague » avec l'objectif d'atténuer l'impact d'une crise sanitaire sur la qualité et la sécurité des soins mais aussi d'améliorer nos fonctionnements « hors crise ».

POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Cette politique a été construite autour de trois grands axes : le déploiement de la culture qualité, celui de la gestion globale des risques et la prise en compte de l'expérience des usagers.

Elle est ensuite déclinée, en programme d'amélioration qualité et sécurité des soins, lui-même constitué, d'actions opérationnelles et d'indicateurs institutionnels pour évaluer les résultats

1. AXE 1 : FAIRE ÉVOLUER ET PÉRENNISER LA DÉMARCHE QUALITÉ ET CULTURE QUALITÉ

Objectif 1 : Améliorer le pilotage et la coordination des acteurs pour la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)

- Déployer le management intégré et identifier les différents acteurs notamment avec les représentants des usagers
- Développer les partenariats et les collaborations régionale, nationale et internationale

Objectif 2 : Renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins

- Promouvoir les méthodes d'accompagnement du management par la qualité pour satisfaire les démarches externes
- Développer les outils et méthodes pour accompagner et évaluer les démarches qualité
- Déployer un programme d'actions de sensibilisations et de formation sur la qualité
- Partager l'évaluation des résultats pour mieux définir et prioriser nos actions (coordination des indicateurs nationaux et internes et dispositif IFAQ)

Objectif 3 : Intégrer la dimension qualité dans les projets d'innovation

- Accompagner l'accélération des projets d'innovation hospitalière : dossier patient, déploiement de la e-santé, télé-médecine / télé-soins, développement durable, etc..
- Développer les thérapies innovantes (cellulaires ou géniques) efficaces
- Développer les actions culturelles et de mieux être à l'Hôpital

Objectif 4 : Renforcer la démarche éthique

2. AXE 2 : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION GLOBALE DES RISQUES

Objectif 1 : Développer le management par les risques

Objectif 2 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins

- Prévenir et contrôler les infections, contribuer à limiter la résistance des bactéries aux antibiotiques
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse et le circuit des dispositifs médicaux tout au long du parcours patient
- Renforcer les règles d'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge des patients

- Améliorer la prise en charge de la dénutrition
- Prendre en charge la douleur pour tous les patients

Objectif 3 : Renforcer les vigilances sanitaires

Objectif 4 : Améliorer la gestion de crise et le circuit des plans d'urgence

3. AXE 3 : PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

Objectif 1 : Mieux prendre en compte « l'expérience patient » et développer le partenariat patient

- Favoriser le recueil de l'expérience patient (Plaintes et réclamations, enquêtes patient, label « Hospitalité », projet VBHC)
- Développer et consolider la place des patients partenaires

Objectif 2 : Renforcer l'information délivrée au patient

Objectif 3 : Améliorer la prise en charge des patients en fin de vie

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS (PAQSS)

1. AXE 1 : FAIRE ÉVOLUER ET PÉRENNISER LA DÉMARCHE QUALITÉ ET LA CULTURE QUALITÉ

OBJECTIF 1 : Améliorer le pilotage et la coordination des acteurs

- DÉPLOYER LE MANAGEMENT INTÉGRÉ ET IDENTIFIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS ET INTÉGRER LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Le management intégré consiste à bien préciser les compositions et les missions des instances, des comités et des groupes de travail et ainsi à bien définir les rôles des acteurs. La pluridisciplinarité est garantie et la présence des représentants des usagers obligatoire.

L'articulation entre ces différentes instances, comités, groupes de travail (liste non exhaustive ci-après) permet la mise en œuvre de la politique qualité sécurité de soins globale institutionnelle qui sera déclinée sous forme de plan d'actions et d'indicateurs de suivi pour en favoriser l'évaluation.

Les instances de pilotage existantes sur l'APHP :

- Le comité de direction (CODIR) : rôle de définition des orientations stratégiques de l'établissement et en assure le pilotage.
- La commission médicale d'établissement (AP-HP) ou la commission médicale d'établissement locale (CMEL, GHU) : présidée par un médecin, a un rôle consultatif.
- La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT) ou la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique : rôle consultatif
- La cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU, AP-HP) ou le comité de pilotage (COPI local) : rôle de coordination

Les instances concernant les usagers :

- La commissions des usagers (CDU) :

Les instances concernant la maîtrise des risques et ses groupes opérationnels :

- Le comité des vigilances et des risques (COVIR) central et local
- La commission d'identitovigilance (CIV) centrale et locale
- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), central et local dans chaque site. Une équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) est en place pour mettre en œuvre la politique définie par le CLIN en central et dans chaque site.
- La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) central et local : la COMÉDIMS intègre la commission des antibiotiques et anti infectieux (COMAI).
- La commission d'orientation de la démarche éthique : présidée par le directeur général

Les instances concernant la prise en charge des patients :

- La commission des soins infirmiers et médico-techniques (CSIRMT) centrale et locales
- Le comité de lutte contre la douleur et soins palliatifs (CLUD – SP) central et local
- Le comité de liaison pour l'Alimentation et pour la nutrition (CLAN) central et local

Les instances concernant les professionnels : CHSCT et CTE

- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) central et local
- Le comité technique d'établissement (CTE) central et local

Les instances à activer en cas de gestion de crise :

- Cellule de crise au niveau du siège
- Cellule de crise au niveau des GHU et DMU

Parallèlement, la mise en œuvre du projet qualité s'appuie sur l'animation de réseaux d'experts au sein des hôpitaux et au plus près des patients dans les différents champs de la qualité et de la sécurité des soins : directeurs et responsables qualité, coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), gestionnaires des risques, directeurs des soins et cadres experts en soins, correspondants des vigilances sanitaires, référents en antibiothérapie, en identitovigilance, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, référents crise, équipes mobiles douleur, équipes mobiles soins palliatifs, référents du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et/ou des dispositifs médicaux (RSMQPECM/DM), référents expérience patient (dont hospitalité), référents éthiques, référents culture, représentants des usagers et/ou associatifs, patients partenaires, etc.

La reconnaissance de ces référents / experts passe par leur nomination et un temps de travail dédié.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Structurer la gouvernance institutionnelle et opérationnelle pour la mise en œuvre du projet qualité et sécurité des soins
- Définir et structurer la gouvernance institutionnelle et opérationnelle en temps de crise
- Renforcer le rôle des comités qualité
- Identifier et animer des réseaux d'experts institutionnels et opérationnels
- Renforcer le rôle d'impulsion donné par les directions locales, les CMEL et les CSIRMT
- Impliquer et mobiliser les professionnels de « management » des services (chefs de service et cadres de santé, responsables de service) comme levier indispensable
- Renforcer la formation des soignants/ des référents ;
- Promouvoir une dynamique médico-universitaire.

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre d'instances structurées (compositions, missions, rôles, articulations)
- Nombre de réseaux d'experts (missions, rôles)
- Nombre de réunions par instances et réseaux d'experts /an
- Nombre de fiche de missions de référents actualisées avec le temps dédié
- Nombre de nomination des référents par spécialité

- **DÉVELOPPER LES PARTENARIATS ET COLLABORATIONS RÉGIONALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES**

Dans une logique de prévention et de coordination des acteurs de santé, le développement des parcours de soins et de santé est nécessaire en veillant à garantir une qualité des soins optimale.

Pour fluidifier les parcours des patients et améliorer les dispositifs de sortie pour éviter les ruptures dans les parcours, le lien ville – hôpital devra être renforcé. Une attention sera portée sur la coordination de la prise en charge notamment sur la qualité de la lettre de liaison de sortie.

Les patients seront acteurs de leur prise en charge et entourés des professionnels en lien avec leur pathologie, leur « cercle de soins ». Ainsi, l'écoute et la prise en compte du vécu des patients seront particulièrement déterminantes et favoriseront les démarches de partenariat patients-professionnels.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé seront développés afin de fluidifier et d'optimiser ses parcours.

Au niveau régional, l'objectif est de renforcer la collaboration avec les acteurs du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) afin d'assurer une veille opérationnelle sur les vigilances sanitaires (pharmacovigilance, addictovigilance, toxicovigilance, matériovigilance, hémovigilance,...) et ainsi diffuser la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sur le territoire d'Île-de-France.

Dans le cadre de ce projet 2021 - 2025, l'AP-HP souhaite développer la coordination entre les 4 SAMU de l'AP-HP et les SMUR pédiatriques afin d'optimiser le circuit des patients pris en charge par les services de secours hospitaliers sur le territoire d'Île-de-France.

Le Programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Contribuer au développement / organisation des parcours de soins et de santé à l'échelle du territoire
- Renforcer le réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA)
- Développer la coordination entre les 4 SAMU de l'AP-HP (fédération), les SMUR pédiatriques

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de projet sur les parcours ville – hôpital dans lesquels la qualité est impliquée
- Nombre de réunions avec la RREVA / an
- Nombre de réunions entre les représentants des 4 SAMU et le SMUR pédiatrique

OBJECTIF 2 : Renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins

La diffusion de la culture Qualité passe par la prise en compte des standards/recommandations qualité dans l'ensemble des projets de l'AP-HP : formation, politique d'achat hospitalier, projets liés à la simulation, déploiement d'outils numériques, projet de réorganisation, projet Qualité de vie au travail, réclamations/éloges des usagers, etc.

Pour mener à bien cette dynamique continue de la qualité, une attention particulière est portée au soutien du management des projets qualité auprès des encadrants et des équipes pour améliorer la prise en charge des patients.

L'accompagnement des projets s'appuie sur de multiples démarches et outils mis à disposition des directions et des encadrants dans le cadre du management de leurs projets.

Par ailleurs, l'utilisation d'outils pour faciliter la mesure des résultats des actions qualité permettront d'ajuster et prioriser les actions à conduire, dans l'objectif d'améliorer en continue nos pratiques.

Le rôle de la formation à la qualité contribuera à accompagner les transformations et l'adaptation de nos pratiques aux nouveaux outils et aux nouvelles prises en charge.

- **PROMOUVOIR LES MÉTHODES D'ACCOMPAGNEMENT DU MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ POUR SATISFAIRE LES DÉMARCHES EXTERNES**

La démarche de certification HAS mobilise l'ensemble des professionnels et des représentants des usagers et constitue une étape cruciale dans la stratégie des hôpitaux. La nouvelle certification dite V2020 a évolué pour passer d'une culture d'évaluation principalement centrée sur les moyens à une culture davantage axée sur les résultats pour le patient.

D'autres démarches qualité sectorielles obligatoires (du type assurance qualité en imagerie ou en radiothérapie, en laboratoire de biologie médicale) ou volontaires (du type norme ISO 9001 ou labellisation de certaines activités) mobilisent des nombreux professionnels. Ces démarches permettent de mettre en place les bonnes pratiques sur des secteurs à risques et très spécialisés. Les résultats sont intégrés dans la certification des établissements.

Des indicateurs de qualité nationaux sont recueillis au niveau des établissements de santé. Ces indicateurs sont des outils de mesure d'un état de santé, d'une pratique, d'une organisation ou de la survenue d'un évènement. Ils évaluent la structure, l'organisation ou le résultat et peuvent être issus de questionnaires patients, d'audits de dossiers, de bases médico-administratives. Les établissements, les usagers et les régulateurs de soins à l'échelle régionale et nationale peuvent les consulter et les utiliser. Ces indicateurs peuvent évoluer d'une année sur l'autre. Leur suivi et leur coordination doivent être clarifiée et mieux maîtrisées.

L'AP-HP souhaite améliorer le suivi, l'analyse et la communication sur ces indicateurs nationaux tels que :

- Indicateurs de qualité des soins (IQSS) : ex : la qualité de la lettre de liaison de sortie du patient (QLS) la tenue du dossier patient (TDP), l'évaluation de la douleur (TRD...)
- Indicateurs de prévention associés aux soins : Consommation de solution hydroalcoolique (ICSHA), Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC), suivi de vaccination antigrippale du personnel hospitalier (VAG)
- Enquêtes sur la qualité perçue par le patient : expérience et satisfaction patients (E-satis),
- Indicateurs de résultats : ex : mesure du taux d'infection du site opératoire après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou (ISO-ORTHO), Événements thromboemboliques après pose d'une prothèse totale de hanche et de genou (ETE - ORTHO)
- Indicateurs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)
- Et d'autres peuvent être créés (ou abandonnés) en fonction de l'évolution de la réglementation et des projets stratégiques nationaux.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Satisfaire les démarches de certification
- Satisfaire aux démarches ISO et de labellisation par spécialité (LABM, stérilisation...)
- Améliorer et coordonner les indicateurs nationaux (IAS, IQSS, e-satis, CAQES...) pour répondre aux obligations nationales
- Diffuser les résultats des indicateurs nationaux auprès des équipes, des patients (*sharepoint*, livret d'accueil, affichages, site internet...)

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Taux d'établissements certifiés (Cible 100%)
- Taux des démarches ISO accrédités (Cible 100%)
- Taux des démarches de labellisation labellisés (Cible 100%)
- Nombre de visite de risques / an
- Tableau de bord des indicateurs nationaux IQSS et satisfaction/expérience patients

- **ACCOMPAGNER LES DÉMARCHES QUALITÉ ET DÉVELOPPER DES OUTILS / MÉTHODES POUR ÉVALUER**

De façon complémentaire à la démarche de certification et aux autres démarches de qualité externes, le soutien au management des projets qualité dans les hôpitaux **s'appuie également sur de multiples démarches institutionnelles et internes**. Celles-ci visent à évaluer et accompagner les démarches Qualité au plus près des équipes et des patients : démarches d'auto-évaluation (par exemple dans le cadre du label Hospitalité, de l'auto-évaluation des pratiques transfusionnelles) ; démarches de retours d'expérience à partir du signalement et des analyses des événements indésirables, dont les événements en lien avec les vigilances sanitaires ; analyses des réclamations des usagers ; démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (audits institutionnels) et des organisations (patients traceurs, parcours traceurs, traceurs ciblés, audits systèmes, audits institutionnels..) ; démarches d'identification des risques (visite de risques, circuit des DMS) ; démarches spécifiques centrées sur l'évaluation du résultat par les patients (VHBC) ; démarches d'accompagnement du partenariat patients-professionnels, mise en place de communauté de pratique ; club des experts visiteurs ; démarches d'accompagnement culturel. Certains de ces projets et accompagnements seront développés plus précisément ci-après.

Afin de cadencer au mieux ces différentes démarches, une attention particulière sera portée sur les audits et les calendriers d'audits dans un souci de cohérence et de limitation de la charge de travail pour les services concernés.

Ces démarches qualité s'appuient également sur la **mise à disposition au niveau institutionnel des supports thématiques** (guides de procédures, affiches, fiches pédagogiques, dépliants, etc.), **de supports d'information et de procédures visant** à harmoniser les pratiques sur l'ensemble des sites de l'AP-HP (par exemple en matière de gestion du risque infectieux, de maîtrise de la consommation d'antibiotiques, de maîtrise des dépenses de santé en lien avec les produits de santé, ou d'identitovigilance, d'offre alimentaire

et nutritionnelle, d'analyse des événements indésirables graves et d'analyse des réclamations des usagers, de la promotion des démarches de travail en équipe interprofessionnelle) ainsi qu'au sein des structures de formations initiales et continues à destination des personnels et/ou des usagers.

Des outils communs sont développés au service du management :

- gestion documentaire (GED),
- outil de signalement des événements indésirables OSIRIS,
- *SharePoint*
- Outils de visioconférences

Pour permettre une évaluation pertinente des résultats, des indicateurs et des tableaux de bord sont également partagés au niveau de la gouvernance et des réseaux d'experts.

Le Programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Poursuivre le déploiement de méthodes d'accompagnement des équipes
- Poursuivre la création ou réactualisation de support (affiches, guides, actions de sensibilisation avec supports, ..)
- Déployer le logiciel OSIRIS à l'échelle de l'APHP et promouvoir les nouvelles fonctionnalités
- Poursuivre le développement et l'accès des outils de partage (licence pour visio conférence, *skype*)

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de méthodes institutionnelles - internes à disposition des professionnels (méthodes traceurs, ou autres outils de l'expérience patient)
- Nombre de documents (GED) créés/ an
- Nombre de documents (GED) actualisés / an
- Nombre de supports / guide créés / an
- Nombre de supports / guides actualisés /an
- Nombre de visite des *sharepoint* / an
- Nombre de professionnels formés à OSIRIS
- Nombre de réunions du club experts visiteurs

- **DÉPLOYER UN PROGRAMME D' ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION À LA QUALITÉ**

Le développement du projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suppose avant tout que la démarche soit expliquée et comprise afin que chaque professionnel se l'approprié et l'intègre dans sa pratique quotidienne. Cela implique de fédérer les compétences, d'acquérir des savoirs faire et de favoriser la transparence.

La sensibilisation, l'information et la formation apparaissent ainsi comme des temps essentiels pour inscrire durablement ce projet. Les formations nécessaires à la mise en œuvre de la démarche qualité et sécurité des soins sont intégrées dans le plan de formation de l'établissement. Les besoins en formation sont réévalués annuellement et des actions de formation sont reconduites si nécessaire.

L'offre de formation sur la qualité doit être attractive et complète. L'AP-HP s'appuie sur son expertise et sur des outils innovants (simulation, jeux sérieux, plate-forme e-learning, réalité virtuelle...) pour offrir des actions de formation de haut niveau en complément de son offre de formation standard, des journées d'échanges ou de retours d'expérience. Lors de ces formations, des programmes pourront être conçus et animés avec le concours de représentants des usagers et/ou associatifs.

Le lien entre les acteurs de la Qualité, les centres de formation continue et les instituts de formation initiale doit être poursuivi et renforcé afin de répondre au mieux aux attentes et aux enjeux en matière d'amélioration des pratiques professionnelles.

L'utilisation des innovations (plateforme de formation, simulation, etc.) pour la formation à la qualité contribuera à accompagner les transformations et l'adaptation de nos pratiques aux nouveaux outils et aux nouvelles prises en charge.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Enrichir, et rendre attractive, l'offre de formation à la qualité dans le cadre des formations initiale et de la formation continue
- Collaborer étroitement avec les centres de formation et les instituts de formation initiale
- Développer des formations de simulation
- Développer et pérenniser les actions de sensibilisation
- Intégrer les représentants des usagers dans les programmes de formations
- Renforcer la participation des personnels en formation (étudiants en médecine, internes, étudiants paramédicaux)

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de formations proposées
- Taux de réalisation du plan de formation
- Nombre de salariés formés par type de formation

• **PARTAGER L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS POUR MIEUX DÉFINIR ET PRIORISER NOS ACTIONS**

Avec la nouvelle certification V2020, la HAS attend une évaluation plus probante avec une approche par les résultats. Le suivi des indicateurs nationaux de la qualité (IQSS, ISO-ORTHO, ICSHA, ATBIR, PCC...), des indicateurs institutionnels et des indicateurs internes au service de la qualité des parcours et en lien avec l'ensemble des thématiques qualité (indicateurs PROMS, enquêtes de satisfaction e-Satis et internes, nombre de signalement d'événements indésirables graves, taux de doublon, taux d'identités confirmées, pourcentage des services réalisant des RMM, indicateurs VHBC, etc.), permettra d'identifier, d'ajuster et de prioriser les actions. Une attention particulière sera portée aux indicateurs visant à évaluer la pertinence des soins.

Parallèlement, la DGOS renforce le dispositif actuel de paiement à la qualité via une dotation spécifique (incitation financière à l'amélioration de la qualité - IFAQ) pour les établissements en valorisant les mesures qualité déjà existantes. Les indicateurs concernés par ce dispositif sont des indicateurs de qualité des soins (IQSS, IAS, E-satis...) ainsi que des indicateurs liés à d'autres programmes comme par exemple : Hôpital numérique ouvert sur son environnement (HOP'EN), le Ségur numérique (SUN ES), etc. seront aussi intégrés. Cette liste d'indicateurs évolue chaque année.

La place centrale prise par la valorisation financière à la qualité des soins (dispositif IFAQ) doit constituer un levier pour améliorer encore nos pratiques et en faire un élément clé de management des équipes au sein de l'hôpital. Au-delà, le développement d'indicateurs de résultat et la prise en compte de l'expérience patient doit permettre d'améliorer la qualité des soins.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Identifier les indicateurs nationaux et institutionnels à suivre et pérenniser
- Élaborer et tenir à jour le tableau de bord des indicateurs nationaux et institutionnels (IQSS, IFAQ, IN, E-SATIS, CAQES...)
- Analyser les résultats et communiquer aux niveaux institutionnels, GHU, sites, DMU.
- Définir une stratégie institutionnelle sur les indicateurs Qualité, Sécurité des soins et Expérience/Partenariat en lien avec les différents partenaires concernés
- Développer la mesure de la qualité et en faire un levier de management des pratiques et des organisations
- Poursuivre les réflexions pour valoriser les initiatives et succès en matière de qualité au niveau des équipes
- Coordonner la démarche IFAQ en lien avec la DÉFIP et suivre les financements accordés aux GHU

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Stratégie institutionnelle validée
- Taux de professionnels formés à la notion d'indicateurs et la mesure de la qualité
- Nombre d'indicateurs nationaux et institutionnels suivis

- Nombre d'actions identifiées et priorisées à l'échelle APHP
- Nombre de plans d'actions mis en place par GHU
- Nombre d'établissements ayant reçu une dotation financière dans le cadre d'IFAQ

OBJECTIF 3 : Intégrer la dimension qualité dans les projets d'innovation

Les projets stratégiques portant sur la qualité des organisations, la qualité de vie au travail, le développement des innovations thérapeutiques sont intrinsèquement liés aux enjeux d'éthique, de qualité et de sécurité des soins.

Les projets de mieux-être sont initiés avec des *start-up* ou par des associations pour améliorer l'environnement ou le confort des patients et des personnels. Grâce à une nouvelle offre numérique, les projets culturels proposent des formats innovants de médiation aux patients et personnels.

Concernant les projets innovants relatifs à la qualité portés par les GHU, la direction qualité partenariat patient pourra être une plateforme de partage. Toutes ces démarches qualité s'appuieront et intégreront l'expérience patient.

- **ACCOMPAGNER L'ACCÉLÉRATION DES PROJETS D'INNOVATION HOSPITALIÈRE (DOSSIER PATIENT, DÉPLOIEMENT DE LA E-SANTÉ)**

L'accroissement du recours aux technologies numériques devra s'accompagner d'une attention particulière visant à nourrir la dimension humaine du soin et à répondre aux besoins et aux attentes des patients.

L'accélération des projets d'innovation hospitalière, du déploiement des outils numériques, de la e-santé et des projets en lien avec les *big data* et l'intelligence artificielle devront intégrer la dimension Qualité dès la conception des projets, dans ses aspects de sécurité des soins, d'expérience patient et d'éthique sur différents sujets:

- le développement du dossier patient informatisé, dont le dossier transfusionnel
- le déploiement du logiciel de priorisation de l'analyse pharmaceutique
- le déploiement de l'Espace patient
- le développement de la télémédecine/télé-soins, plate-forme de consultation
- le développement des objets connectés
- le développement des projets en lien avec le *big data*, l'intelligence artificielle, etc.
- le développement de l'innovation managériale
- le développement durable

Le circuit du médicament devra être modernisé afin d'intégrer les innovations, développer les usages et les interfaces adaptées pour sécuriser le système d'information et répondre au besoin des professionnels.

L'automatisation et la robotisation des doses à administrer de médicaments permettent de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient jusqu'à l'étape ultime d'administration identifiée comme une étape à risque dans le circuit du médicament. La préparation des doses à administrer (PDA) permet notamment que le médicament reste identifiable jusqu'à son administration.

Le Programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Moderniser les processus en lien avec la prise en charge médicamenteuse (automatisation, robotisation et intelligence artificielle...)
- Sécuriser le système d'information et ses interfaces et développer les interfaces nécessaires au déploiement du projet qualité sécurité des soins
- Accompagner le déploiement de dossier patient informatisé afin de sécuriser le processus et faciliter le recueil de données dans le cadre d'audit
- Collaborer étroitement avec la DSI dans le cadre de projet de type HOP'EN, le « Ségur numérique » générant des indicateurs nationaux.

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de projet SI générant des indicateurs nationaux
- Nombre de projets de service / DMU comportant un aspect QSS et un aspect innovations organisationnelles

- **DÉVELOPPER LES THÉRAPIES INNOVANTES (CELLULAIRES OU GÉNIQUES) EFFICACES**

Les médicaments de thérapie innovantes (MTI) sont une nouvelle classe de médicaments qui permettent de traiter certaines pathologies graves comme le cancer ou l'hémophilie mais qui sont particulièrement coûteuses. Leur prescription et leur utilisation doivent être encadrées par des protocoles permettant de garantir au patient la juste prescription et la conformité de sa préparation. Ainsi, concernant les MTI de cancérologie, certains sites de l'AP-HP sont déjà autorisés, mais l'enjeu est de déployer ces autorisations pour permettre d'accroître l'offre pour les patients et d'améliorer ainsi la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Poursuivre le déploiement des autorisations concernant les MTI de cancérologie

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de protocoles / autorisations

- **DÉVELOPPER LES ACTIONS CULTURELLES ET DE MIEUX ÊTRE À L'HÔPITAL**

En complément des actions culturelles menées dans les hôpitaux par des associations ou des structures culturelles de proximité, le développement de partenariats institutionnels, déjà démarré avec de grandes institutions culturelles (musée du Louvre, musée du Quai Branly - Jacques Chirac, établissement public du château de Versailles, Bibliothèque nationale de France) se poursuivra pour enrichir l'offre dans des disciplines artistiques variées et pour tous les patients quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Démarrées en période de confinement, les offres culturelles numériques continueront à être déployées dans les services : visio-conférences à distance, ateliers à distance avec les patients, ressources culturelles numériques et formations à distance pour les soignants.

L'AP-HP s'efforcera également d'améliorer le séjour des patients en développant des projets de mieux-être innovants pour les patients et en égayant l'environnement des patients et des personnels par la décoration de services en faisant appel à des artistes, des associations ou des partenaires culturels.

Ce déploiement d'actions culturelles et de mieux-être à l'hôpital devra se déployer dans tous les hôpitaux de l'AP-HP.

L'AP-HP s'attachera à communiquer en interne et en externe sur ces projets, à renforcer le nombre de propositions artistiques et de mieux-être en les ouvrant à davantage de services et en évaluant le point de vue des patients sur ces projets.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Poursuivre le développement les partenariats institutionnels avec de grandes institutions culturelles (musée du Louvre, musée du Quai Branly - Jacques Chirac, établissement public du château de Versailles, Bibliothèque nationale de France)
- Déployer des offres culturelles dans les services : visioconférences à distance, ateliers à distance avec les patients, ressources culturelles numériques et formations à distance pour les soignants

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- nombre de partenariats
- nombre d'actions de culture et mieux-être.

OBJECTIF 4 : Renforcer la démarche éthique

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.

La démarche éthique à l'AP-HP, qui rassemble l'ensemble des acteurs éthiques travaillant à l'AP-HP, irrigue l'ensemble des activités hospitalières :

- les soins,
- les organisations et le management,
- la recherche, la bioéthique et les grands projets institutionnels.

La démarche éthique poursuivra ainsi sa diffusion en s'appuyant sur les différents principes éthiques (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, justice, prise en compte de la vulnérabilité, respect, sollicitude, équité...)

La crise COVID 19 a, par ailleurs, révélé l'importance d'intégrer la dimension éthique dans la gestion de crise. Pendant la crise, la démarche éthique s'est renforcée et devra, au-delà de la crise, se maintenir.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Mieux structurer la démarche éthique au niveau de chaque site hospitalier pour répondre aux enjeux liés aux droits des patients, à la fin de vie, à l'information et au consentement.
- Avoir une réflexion approfondie sur les visites des proches, les déprogrammations, la protection des personnels et des patients à travers la vaccination, le partage des décisions difficiles et de la collégialité.
- Améliorer la prise en charge des défunts en améliorant l'accompagnement des proches endeuillées, en disposant sur tous les sites de l'AP-HP d'une chambre mortuaire, en encourageant les chambres mortuaires, services de soins à part entière, à rédiger une charte d'engagement qualité, en systématisant l'utilisation du certificat électronique de décès afin de faciliter le départ des corps dans de bonnes conditions.

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de réunions / an
- Nombre de professionnels formés à la démarche éthique

2. AXE 2 : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION GLOBALE DES RISQUES

La gestion globale des risques est un enjeu majeur pour les établissements de santé. Elle correspond à l'utilisation de processus, méthodes et outils permettant aux professionnels de santé d'identifier les risques, de prioriser les risques à traiter, de mettre en œuvre des stratégies permettant de minimiser ces risques et surtout de mieux y faire face. Elle constitue une réponse aux attentes des usagers en matière de qualité et de sécurité des soins.

La politique de l'AP-HP consiste à structurer la démarche de gestion globale des risques, à élaborer un programme de gestion globale des risques, à le mettre en œuvre, à le suivre et à l'évaluer.

Le programme global de gestion des risques vise à atteindre les objectifs suivants :

OBJECTIF 1 : Développer le management par les risques

Le signalement et l'analyse des événements indésirables (gestion des risques *a posteriori*) jouent un rôle majeur dans l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Les actions de prévention prioritaires (gestion des risques *a priori*) tel que les visites de risques pour les secteurs à risques doivent être amplifiées

Une attention particulière sera portée sur la gestion des événements indésirables graves (ÉIG)

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Améliorer le partage et la capitalisation des ÉIG à partir de leur déclaration, de leur analyse et des mesures correctives identifiées
- Articuler la gestion des ÉIG avec le service de la responsabilité médicale (direction des affaires juridiques et des droits des patients)
- Améliorer l'annonce d'un dommage lié aux soins
- Adapter le nouvel outil de signalement des événements indésirables (OSIRIS) à l'évolution des démarches de retour d'expérience
- Valoriser et dynamiser les réunions de morbi-mortalité (RMM) dans tous les services
- Améliorer l'accompagnement des professionnels déclarant un ÉIG
- Poursuivre les visites de risques sur les secteurs à risques
- Développer les aspects de recherche clinique et d'évaluation

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de signalement d'évènements indésirables/ par an /par mois/ par GHU / par site
- Nombre d'ÉIG déclarés/ an
- Nombre de CREX / an dans les délais réglementaires
- Nombre de REX impliquant le SI/an
- Taux de service ayant réalisé des RMM/ an
- Nombre de visites de risques / an
- Nombre de professionnels formés à la gestion des risques
- Nombre de professionnels formés à OSIRIS / an
- Taux des blocs ayant réalisés *interdiag* avec plan d'actions (cible 100%)
- Taux de sites ayant déployés le bracelet rouge en 2025 (cible 100%)

OBJECTIF 2 : Renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'évènements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel évènement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

Le directeur général en accord avec le président de la CME désigne un coordonnateur des risques associés aux soins et de part cette fonction, il permet à la CME de disposer des éléments nécessaires et de s'assurer de la mise en œuvre des actions

- **PRÉVENIR ET CONTRÔLER LES INFECTIONS, CONTRIBUER À LIMITER LA RÉISTANCE DES BACTÉRIES AUX ANTIBIOTIQUES**

L'AP-HP est engagée dans la prévention et le contrôle des infections associées aux soins ainsi que dans la lutte contre la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques depuis de nombreuses années. Elle a souvent été à l'origine de plans d'actions qui ont ensuite été étendus au niveau national.

L'épidémie de COVID-19 a mis en exergue les enjeux liés à la prévention et au contrôle des infections à l'hôpital. Si la prévention de la COVID-19 reste une priorité pour les mois et probablement les années à venir, la gestion du risque infectieux ciblera la maîtrise de la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes aux antibiotiques ainsi que la prévention des infections liées aux actes et aux dispositifs invasifs (infections post-opératoires, infections des dispositifs intravasculaires...)

Des outils de surveillance et des indicateurs de pilotage des infections associées aux soins et de la consommation des antibiotiques seront développés en lien avec les équipes en charge du système d'information (dossier patient ORBIS, entrepôt de données de santé...).

La politique de prévention des infections et de lutte contre l'antibio-résistance sera élaborée par le réseau

des équipes opérationnelles d'hygiène (ÉOH) des sites coordonnés par l'ÉOH centrale en lien avec le CLIN central.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Promouvoir la désinfection des mains par la friction hydro-alcoolique (FHA)
- Promouvoir la vaccination des patients et personnels
- Poursuivre les actions de protection contre le COVID -19 et suivre les infections chez les personnels et les patients
- Maîtriser les épidémies à bactéries hautement résistantes émergentes
- Maîtriser l'usage des antibiotiques (ATB) pour limiter la résistance
- Implication des correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux dans les services

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Volumes de produits hydro-alcooliques consommés dans les services
- Taux de vaccination contre la grippe des professionnels de santé
- Taux de vaccination contre la grippe, contre le pneumocoque et contre le COVID des patients en soins de longue durée
- taux d'infections nosocomiales
- incidence des colonisations et des infections à bactéries multi et hautement résistances aux antibiotiques
- consommation des antibiotiques
- Effectifs des ÉOH
- Nombre de services avec correspondants en hygiène actifs

- **SÉCURISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ET LE CIRCUIT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT**

Les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont un des piliers de la prise en charge des patients. Un circuit des produits de santé est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires/pluriprofessionnelles et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente des produits de santé pour un patient pris en charge en établissement. Pour atteindre ces objectifs, les actions portent sur toutes les étapes de la prise en charge : de la prescription à l'administration du médicament ou la pose du dispositif médical, en passant par la dispensation du produit de santé. Pour le médicament et depuis la publication de l'arrêté du 6 avril 2011, les démarches de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ont d'ores et déjà été engagées au sein des établissements, mais nécessitent d'être poursuivies pour y intégrer les risques liés au système d'information (SI), ainsi que les dimensions parcours patient et pharmacie clinique. Enfin, concernant les dispositifs médicaux (DM), le décret publié au Journal officiel le 9 décembre 2020, dont les objectifs sont d'accroître la sécurité et la traçabilité des DM, va permettre de poursuivre ces démarches sur ce secteur.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Mettre en place l'arrêté relatif au système management qualité du circuit des dispositifs médicaux stérile
 - o Poursuivre l'identification et la nomination de « responsables locaux DM » et participer à leur formation
 - o Poursuivre l'élaboration de manuels qualité pour les dispositifs médicaux
 - o Amplifier les actions de gestion des risques *a priori* (études de risque) et *a posteriori* (retours d'expérience, traceurs ciblés), en prenant en compte les « *never events* » DMS et DMI
 - o Accompagner le projet d'informatisation du circuit des DM
- Poursuivre la mise en œuvre du système management qualité de la prise en charge médicamenteuse
 - o Partager les démarches de pharmacie clinique menées localement ces dernières années et participer à la réflexion et au déploiement des logiciels d'analyse pharmaceutique
 - o Amplifier les actions de gestion des risques *a priori* et *a posteriori* autour de risques

spécifiques ciblés : *never events*, médicaments de l'anesthésie et de la réanimation en contexte de crise COVID, sécurisation des chimiothérapies au sein des parcours de soin de cancérologie, prise en charge médicamenteuse au bloc opératoire, médicaments en gériatrie, identification des médicaments injectables, risques liés au déploiement du système d'information (ORBIS), gestion du traitement personnel

- Renforcer la culture sécurité liée à la prise en charge médicamenteuse et au circuit des dispositifs médicaux
 - o Inciter à la déclaration des erreurs liées au médicament et aux dispositifs médicaux et faire mieux connaître les modalités de gestion de ses déclarations lors notamment du déploiement du nouvel outil AP-HP de signalement : OSIRIS 2
 - o Poursuivre le retour d'expérience institutionnel en exploitant notamment les ÉIG déclarés par l'AP-HP mais aussi les plaintes et réclamations, et en réaliser un focus autour des ÉI impliquant le système d'information
 - o Amplifier la formation continue des professionnels à l'analyse systémique des ÉI et aux facteurs organisationnels et humains et la mettre en œuvre dans le cadre de la formation initiale
 - o Poursuivre l'élaboration, l'analyse et le partage d'outils « clé en main », ainsi que les audits réalisés de manière collaborative avec d'autres instances qualifiées de l'AP-HP, les réseaux, les centres de formation
 - o Soutenir le déploiement institutionnel d'actions issues des différentes démarches menées (visite de risque, audit, retour d'expérience, etc.)

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Taux des PUI en conformité
- Taux des sites avec logiciel de pharmacie clinique déployé
- Taux des sites ont déployé le bracelet rouge en 2025
- Taux des blocs ayant réalisé *InterDiag* avec plan d'action
- Indicateurs de suivi des consommations des médicaments, en volume et en coûts
- Nombre de réclamation patients
- Nombre d'ÉI concernant les erreurs médicamenteuses
- Nombre d'ÉI sur le logiciel
- Nombre d'analyse de risques et RETEX
- Nombre de RETEX impliquant le SI
- Nombre de professionnels formés au logiciel
- Nombre de professionnels formés par type de formation

- **RENFORCER LES RÈGLES D'IDENTITOVIGILANCE À TOUTES LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

La Commission centrale d'identitovigilance est en charge de définir la politique d'identification et de rapprochement des identités des patients dont la mise en œuvre passe par la formation du personnel et la gestion des erreurs via la déclaration des dysfonctionnements, l'analyse systémique des erreurs, la mise en place d'actions correctrices ainsi que le retour d'expérience pour une prévention de nouvelles erreurs.

En local, des cellules d'identito-vigilance permettent de mettre en œuvre les actions d'amélioration et de suivi.

Le déploiement du dossier patient unique « Orbis » et de la base unique d'identités patient place l'identitovigilance au cœur de la sécurité des soins. Elle revêt plus que jamais une dimension stratégique: un identifiant permanent patient (IPP) unique est attribué à chaque patient, auquel son dossier est rattaché. L'identitovigilance intervient dès l'accueil du patient : enregistrer son identité constitue le premier acte du parcours de soin du patient, déterminant pour le déroulement de toute sa prise en charge.

En matière d'identitovigilance, le projet 2021-25 sera marqué par le déploiement de l'Identité nationale en santé, qui nécessitera de renforcer la sensibilisation de l'ensemble des acteurs aux enjeux d'identitovigilance (sécurisation des soins, partage de l'information entre acteurs de santé, confidentialité) afin d'augmenter les identités validées au niveau de l'ensemble des points d'enregistrement.

Les actions de formation se poursuivront en matière de prévention des erreurs liées à l'identification (identités erronées, doublons, collisions, ruptures de confidentialité) et de contrôle de concordance patient/prescription/acte notamment, en s'appuyant sur les guides de procédures et de gestion des erreurs liées à l'identification des patients et sur le *e-learning* « L'identitovigilance dans le parcours de soins ».

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Renforcer la sensibilisation de l'ensemble des acteurs aux enjeux d'identitovigilance afin d'augmenter les identités validées au niveau de l'ensemble des points d'enregistrement.
- Poursuivre les actions de formation en matière de prévention des erreurs liées à l'identification (identités erronées, doublons, collisions, ruptures de confidentialité) et de contrôle de concordance patient/prescription/acte notamment, en s'appuyant sur les guides de procédures et de gestion des erreurs liées à l'identification des patients et sur le *e-learning* « L'identitovigilance dans le parcours de soins ».

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Diminution du Taux de doublons (un doublon intervient lorsque plusieurs identifiants sont attribués au même patient)
- Augmentation du taux de fusion
- Augmentation du taux d'identités utilisées confirmées
- Augmentation du nombre d'identités qualifiées
- Nombre d'ÉI sur l'identitovigilance

- **AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION**

La dénutrition est très fréquente chez les malades hospitalisés. Sa prévalence et ses conséquences sont sous-estimées. La dénutrition est en effet un facteur indépendant de morbi-mortalité et a un impact sur la qualité de vie des patients. En ce sens, le repas est considéré comme un soin à part entière.

La prévention et la prise en charge optimale de la dénutrition nécessite de renforcer les démarches déjà entreprise par les GHU et l'APHP en lien avec les CLAN de site et le CLAN central.

Le Programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Mettre en place l'arrêté relatif au système management qualité du circuit des dispositifs médicaux stérile
- Poursuivre le développement sur l'ensemble des sites des unités transversales de diététiques et nutrition ;
- Promouvoir la rédaction de protocoles de coopération diététicien/médecin, pour permettre l'élargissement des compétences du diététicien pour la prise en charge de la dénutrition dans un objectif de simplification et d'optimisation ;
- Participer à la « Semaine nationale de la dénutrition » (PNNS 4 2019 – 2023) afin de sensibiliser les patients, usagers et professionnels à la réalité de la dénutrition ;
- Créer une plateforme de formation dénutrition accessibles à tous les professionnels de santé (PM et PNM)
- Sécuriser l'offre alimentaire et nutritionnelle en harmonisant les pratiques conformément aux recommandations de la SFNCM-AFDN et faire coïncider attente des patients et besoins nutritionnel.

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Taux de malade hospitalisés dénutris à la sortie de l'hospitalisation (Cible : réduire de 20%)
- Indicateur du suivi nutritionnel – IQSS
- Nombre de professionnels formés/ an

- **PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR POUR TOUS LES PATIENTS**

Présidé par un médecin, le comité de lutte contre la douleur définit la politique de prise en charge de la douleur et coordonne sa mise en œuvre. Il vise notamment à développer une véritable culture « douleur » au sein de l'AP-HP en intégrant notamment tous les aspects psychologiques inhérents à la prise en charge de la douleur.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Renforcer la formation des personnels, améliorer l'évaluation et la traçabilité de la douleur, développer la prise en charge non médicamenteuse de la douleur, améliorer la relation avec médecine de ville
- Promouvoir les démarches d'évaluation de la prise en charge de la douleur
- Renforcer la mise en place des équipes médicales douleur (médecin et infirmier « ressource ») et améliorer le relevé de leurs activités
- Engager une réflexion sur les protocoles de coopération dans ces domaines
- Valoriser et pérenniser les structures « douleurs »

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Indicateur de suivi de la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient – IQSS
- Nombre de professionnels formés / an

OBJECTIF 3 : Renforcer les vigilances sanitaires

La sécurité sanitaire a pour objet de prévenir ou de réduire les risques iatrogènes, les accidents, les incidents liés aux traitements, aux actes de prévention, de diagnostic et de soins ainsi qu'à l'usage des produits de santé.

Les vigilances réglementaires sont les suivantes :

- Pharmacovigilance : médicaments à usage humain, matières à usage pharmaceutique
- Pharmacodépendance : substances stupéfiantes et psycho actives
- Hémovigilance : produits sanguins labiles
- Matéiovigilance : dispositifs médicaux
- Réactovigilance : dispositif médicaux de diagnostic *in vitro*
- Biovigilance : produit cellulaire à finalité thérapeutique, organe, tissus, cellules et produits d'origine humaine
- Cosmétovigilance : produits cosmétiques – dermato
- Infectiovigilance : infection nosocomiale

Ces incidents sont signalés obligatoirement par le biais du système de signalements des événements indésirables auprès de l'établissement.

Les vigilances sanitaires représentent une veille permettant le signalement, l'enregistrement et le traitement des alertes.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Intégrer les vigilances sanitaires aux démarches de retour d'expérience en les sollicitant et en prenant en compte leur expertise dans les analyses approfondies
- Améliorer l'organisation, la coordination et la visibilité des vigilances sur les sites et les GHU
- Mieux associer les vigilances aux démarches de déclaration des événements indésirables graves
- Mieux intégrer les vigilances aux démarches de retour d'expérience en les sollicitant et en prenant en compte leur expertise dans les analyses approfondies
- Améliorer la formation des médecins prescripteurs en termes d'hémovigilance et leur proposer des outils d'aide à la prescription
 - o Préparer la dématérialisation du nouveau dossier transfusionnel Orbis, qui sera utilisé par les établissements de santé ayant déployé la prescription des produits sanguins labiles dans Orbis ;
 - o Préparer la certification HAS V2020 sur le thème de l'hémovigilance (élaboration d'un outil excel « traceur ciblé transfusion », après un « questionnaire apprenant » pour les médecins)
 - o Préparer la dématérialisation du nouveau dossier transfusionnel Orbis, qui sera utilisé par les établissements de santé ayant déployé la prescription des produits sanguins labiles dans Orbis ;

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Indicateurs de la gestion des risques *a posteriori*
- Nbre d'ÉIG par vigilance / an
- Nombre de professionnels formés / an

OBJECTIF 4 : Améliorer la gestion de crise et le circuit des plans d'urgence

La crise est définie comme étant « un moment difficile et généralement décisif dans l'évolution d'une société, d'une institution ».

Un établissement peut être confronté à une crise. Différentes réalités peuvent être rencontrées sur le terrain :

- un accident grave ou une situation exceptionnelle, interne à l'établissement
- un événement dévastateur qui interrompt le fonctionnement
- un événement extérieur à l'établissement qui a des conséquences fortes sur l'établissement.

Pour maîtriser les situations de crise, les établissements mettent en place différents plans d'urgence.

Pour maîtriser une crise, il est nécessaire de :

- se préparer à la crise
 - o gérer les risques
 - o disposer de procédures d'urgence à jour
 - o réaliser des simulations
- mettre en place un dispositif de gestion de crise
- réunir les informations utiles
- communiquer

Dans le contexte du retour d'expérience de la crise COVID 19, au périmètre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), le projet 2021-2025 s'articule autour des actions de renforcement des organisations, dans l'objectif de mieux intégrer la dimension qualité dans la gestion de crise et d'atténuer l'impact d'une crise sanitaire sur la qualité et la sécurité des soins ;

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Mettre en place une cellule de veille sur l'activité de soins non programmés
- Actualiser et adapter la planification institutionnelle de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
- Consolider la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de réunions de crise/an
- Nombre de plan de crise déclenché/an

3. AXE 3 : PROMOUVOIR LA CONNAISSANCE ET LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

OBJECTIF 1 : Mieux prendre en compte « l'expérience patient » et développer le partenariat patient

- **FAVORISER LE RECUEIL DE L'EXPÉRIENCE PATIENT**

L'expérience patient concerne de nombreux champs :

- la qualité de la relation avec les professionnels, toutes catégories confondues,
- le parcours patient avec, en points d'attention les points suivants : accueil/information, fluidité et coordination du parcours, propreté/confort, environnement/prestations, culte/culture/mieux-être, alimentation, visites, sortie/lien ville-hôpital.

Différentes démarches sont utilisées et explorées pour capitaliser sur le besoin des patients.

L'analyse de plaintes et réclamations, les évènements Indésirables parfois très graves, les lettres de remerciement ou « livre d'or » des services sont des éléments qui doivent être davantage traités, analysés, exploités et sont des ressources.

Les enquêtes patient notamment dans le cadre des enquêtes nationales (e-satis) et institutionnelles appelées « *Patient reported experience measures* » (PREM's) sont quant à eux utilisés pour évaluer le ressenti du patient dans son expérience des soins : pertinence des informations reçues, délais d'attente, relation avec le personnel soignant: qualité d'écoute, attention portée à la douleur...) Ils doivent être analysés et coordonnés davantage pour identifier des actions à l'échelle de l'AP-HP. Le retour et l'avis des patients sont encouragés en accompagnant les équipes engagées dans ces démarches et en favorisant le recueil d'indicateurs d'expérience patient.

L'AP-HP poursuit le **développement du « label hospitalité »** - domaine de l'expérience patient pour lequel près de 300 services de nos hôpitaux se sont mobilisés pour être labellisés ces dernières années. Cette démarche se traduit par un label attribué à un service, qui a pour objectif d'améliorer l'accueil, l'environnement du patient et ses relations avec les professionnels. Il est octroyé pour 4 ans dès lors que le résultat de la visite atteint au moins 80% du référentiel. Un représentant des usagers ou un bénévole participe systématiquement à l'évaluation. Après une étape d'actualisation de la méthode (critères, approche), le label *Hospitalité* continuera de soutenir le déploiement d'une culture de l'expérience patient sur l'hospitalité, en lien avec d'autres projets comme ceux du programme « Repenser l'accueil du patient et de ses proches ». Le label *Hospitalité* pourra être complété d'un dispositif régulier de suivi de la satisfaction et des attentes des patients – aujourd'hui en stade pilote et à l'étude (projet *Experiencia*).

L'AP-HP soutient le déploiement de la démarche **value based health care** (VBHC) à l'échelle de l'institution. Cette démarche est une évaluation de la qualité des soins produite par les systèmes de santé sur le résultat pour le patient. Elle pourrait aller jusqu'à en conditionner le financement. Cette approche, utilisée depuis plus de 10 ans chez certains de nos voisins et aux Etats-Unis repose sur la collecte de 2 types d'indicateurs :

- des PROM (*patient reported outcome measurements*) obtenus au moyens de questionnaires patients et évaluant la qualité de vie du patient. Par exemple, après une prothèse totale de hanche : Avez-vous repris le travail ? Boitez-vous ? Avez-vous repris une activité sportive ?

- des CROM (*clinical reported outcome measurements*) obtenus dans les bases de données cliniques : par exemple, après traitement d'un cancer du sein : l'exérèse tumorale est-elle complète ? Combien de séances de chimiothérapie ?

L'approche *value-based health care* pourrait être un énorme **progrès dans l'évaluation de la qualité des**

soins en se fondant sur le résultat et non sur le processus. Elle permet également une **amélioration majeure de la pertinence des soins**, sous réserve d'utiliser les sets d'indicateurs internationaux qui permettent à la fois une comparaison entre nos établissements mais aussi une comparaison à l'international, ce qui se révélera indispensable à plus long terme.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Développer et déployer des outils d'exploration et de mesure de « l'expérience patient »
- Renforcer l'analyse et l'exploitation des plaintes, des réclamations, des lettres de remerciement
- Renforcer l'analyse et l'exploitation des enquêtes de satisfaction et de leurs verbatim
- Poursuivre le déploiement du label *Hospitalité* après une étape d'actualisation de la méthode
- Associer les représentants des usagers à l'ensemble des projets pour la qualité et la sécurité des soins
- Développer le recueil des indicateurs de qualité des résultats des soins auprès des patients (PROM, PREM) et des professionnels (CROM) ;
- Poursuivre la démarche de labellisation sur les hôpitaux de l'AP-HP
- Déployer la démarche *value based health care* (VBHC) à l'échelle de l'AP-HP

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de plaintes
- Nombre de réclamations
- Augmentation de la satisfaction globale des patients (e-satis, interne)
- Nombre de services labellisés
- Nombre de services re-labellisés
- Nombre de projet VBHC déployé
- Nombre de projet VBHC en cours de déploiement
- Nombre de patients inclus dans VBHC sur l'APHP et par projet

- **DÉVELOPPER ET CONSOLIDER LA PLACE DES PATIENTS PARTENAIRES**

Aujourd'hui, la prise en compte de l'expérience patient est étroitement liée au développement du partenariat patient sur l'ensemble de ces champs et doit être encouragée. Nous souhaitons aller plus loin que l'information, l'écoute ou la consultation de l'avis des patients et nous engager dans une véritable démarche de partenariat patients-professionnels. De multiples initiatives d'engagement ou de partenariat patient existent déjà au niveau des établissements de l'AP-HP. Nous lançons en 2021 une démarche institutionnelle pour soutenir les initiatives existantes et accompagner le déploiement de nouvelles initiatives en offrant un cadre et des ressources communs.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Associer les représentants des usagers à l'ensemble des projets concernant la qualité et la sécurité de soins
- Constituer un comité de pilotage qui fixera les orientations et priorités pour le développement du partenariat patient – professionnel
- Proposer une politique d'accompagnement des démarches de partenariats patients professionnels dans le domaine de soins, de la recherche ou de la formation après une étape de consultations et d'échanges internes et externes.
- Accompagner les professionnels de santé et les usagers de l'AP-HP dans l'appropriation et le déploiement des pratiques partenariales identifiées comme les plus pertinentes dans les différents contextes de l'AP-HP, afin aussi d'améliorer la prévention.

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de comité de pilotage /an
- Politique d'accompagnement rédigé et validé institutionnellement
- Nombre de partenariats patients

OBJECTIF 2 : Renforcer l'information délivrée au patient

Le livret d'accueil du patient avec les informations obligatoires est remis au patient à l'entrée. Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, l'établissement a mis en place le recueil du consentement libre et éclairé du patient sur sa prise en charge après lui avoir transmis une information claire, utile et compréhensible sur les bénéfices et les risques inhérents à cette prise en charge et sur le déroulement de son séjour.

Après avoir expliqué son projet de soin, le médecin recueille le consentement du patient et /ou de la famille si patient non communiquant via la signature du patient et ou de la famille sur l'observation médicale.

Des livrets ou fiches d'information sur des thèmes de santé sont élaborés et remis au patient par les professionnels.

Conformément à la loi RGPD, si les données du patient sont utilisées dans un projet de recherche, ou l'utilisation d'un outil de surveillance médicale à distance, et autres, le patient doit être informé et son consentement demandé.

Une information est donnée au patient en cas d'évènement indésirable grave le concernant, survenu pendant et/ou après son séjour (article L.1111-2 du CSP).

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Poursuivre la rédaction de supports d'information à destination des patients
- Renforcer la traçabilité du recueil du consentement, de l'information donnée sur le bénéfice-risque et des données relatives à la prise en charge du patient dans son dossier
- Améliorer la définition des projets thérapeutiques individualisés, partagés en équipe pluridisciplinaire et renforcer la participation du patient (et de ses proches, le cas échéant) à son projet personnalisé de soins

Plusieurs indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Indicateurs de tenue de dossier patient – IQSS
- Indicateurs de projet de soin – projet de vie – SSR – IQSS
- Indicateurs de projet de coordination de la prise en charge – HAD - IQSS
- Indicateurs de suivi sur la qualité de la satisfaction de l'information donnée

OBJECTIF 3 : Améliorer la prise en charge en fin de vie

Loi Leonetti, loi n°2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie

« **Démarche de soins palliatifs** : vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes présentant une maladie grave évolutive en phase avancée ou terminale. Ce sont des **soins actifs et continus**, pratiqués par une **équipe interdisciplinaire** en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur et les autres symptômes, à apaiser la souffrance, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

À chaque nouveau patient, le médecin référent vérifie la présence de la désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir.

Le programme d'actions mis en œuvre devra s'attacher à :

- Renforcer les équipes spécialisées de soins palliatifs ;
- Prendre en compte le choix des patients
- Réorganiser le parcours de soins à l'échelle du territoire ;
- Renforcer la formation des soignants ;

- Promouvoir une dynamique médico-universitaire.
- Engager une réflexion autour de l'utilisation de l'outil pédagogique SEDAPALL mais aussi de recherche autour des pratiques sédatives à visée palliative
- Améliorer le recueil des directives anticipées et de la personne de confiance

Plusieurs Indicateurs pourront être utilisés parmi lesquels :

- Nombre de personnes formées aux démarches palliatives
- Nombre de personnes sensibilisées aux directives anticipées

Conclusion

Le projet pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'AP-HP, cohérent avec les priorités des autres projets (projet médical, projet de soins, projet de prise en charge, projet social et professionnel, projet logistique, etc.), est décliné en 3 axes de travail, objectifs et indicateurs de suivi. L'avancée de ce projet sera suivie régulièrement et les résultats des indicateurs seront publiés annuellement.

Les GHU, hôpitaux et pôles d'intérêt commun s'appuieront sur le projet pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'AP-HP pour construire leur projet et l'adapter à leurs spécificités locales, en matière de contexte comme de résultats.

Le pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'AP-HP et sa déclinaison au niveau des GHU et hôpitaux participent à la préparation de l'AP-HP aux exigences de la certification V2020 à venir.

Participants

Coordinations :

GUÉRI Christine : directrice de la direction *Patient, qualité, affaires médicales*

D^r OSMAN David : coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, hôpitaux Paris-Saclay, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles, AP-HP

Contributeurs:

Cabinet du directeur général

Pr PAUGAM BURTZ Catherine

DPQAM/DQ2P

AGNETTI Richard

D^r LEROY Christophe

BIZET Caroline

LANLY Marion

D^r FOURNIER Sandra

D^r MANGIN Christine

D^r GARNIER Virginie

MARLIER – SUTTER Aude

GUERRIER Marie

TISSIER Frédérique

KUJAS Paule

QSS & CAPCU : présidents des instances centrales ou des comités centraux

P^r MOULY Stéphane

P^r RAYNAUD-SIMON Agathe

D^r NÈGRE Isabelle

P^r RICHARD Christian

D^r PAYNAUD-DEBAYLE Édith

D^r TRIVALLE Christophe

P^r PERALDI Marie-Noëlle

D^r VITTECOQ Daniel

CME

P^r SALOMON Rémi

D^r BOUVRY Diane

Représentant des usagers

AGOSTINI Brigitte

WALCH Jacques

CITRINI Marie

Directeurs qualité

BERRIOT Claire

GODEFROY Beryl

CURNIER Sandrine

GOLDSZTEIN Aude

D^r DILLY RUSHENAS Marie Pierre

GOURDON Fabien

FINKELSTEIN Pascale

LISSILLOUR Etienne

GANS Gaia

MONTAGNE Brigitte

Coordonnateurs généraux des soins

GUENOT Christophe

PELLASSY – TARBOURIECH Denise

MORVAN Loïc

Glossaire

AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
ATB	Antibiotiques
ATBIR	Antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CCSIRMT	Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique
CDU	Commission des usagers
CFDC	Centre de formation et de développement des compétences
CIV	Commission d'identité-vigilance
CGRAS	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison pour l'alimentation et pour la nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD-SP	Comité de lutte contre la douleur et pour le développement des soins palliatifs
CME	Commission médicale d'établissement
CMEL	Commission médicale d'établissement locale
CODIR	Comité de direction
COMAI	Commission des antibiotiques / anti-infectieux
COMÉDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
Commission ÉPP	Commission d'évaluation des pratiques professionnelles
COPIL	Comité de pilotage
COVID- 19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
COVIR	Comité de vigilances et des risques
CREX	Comité de retour d'expérience
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchnique
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CROM	<i>Clinical reported outcome measurements</i>
CTE	Comité technique d'établissement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DM	Dispositif médical
DMI	Dispositif médical implantable
DMS	Dispositif médical stérile
DMU	Département médico-universitaire
DPQAM	Direction patient qualité affaires médicales
DRCI	Direction de la recherche clinique et l'innovation
DSI	Direction du système d'information
ÉIG	Événements indésirables graves
ÉOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
E-satis	Expérience et satisfaction patients
ÉTE-ORTHO	Événements thrombo-emboliques après pose d'une prothèse totale de hanche et de genou
FHA	Friction hydro-alcoolique
GED	Gestion documentaire
GHU	Groupe hospitalier universitaire
HAS	Haute Autorité de santé
HOP'EN	Hôpital numérique ouvert sur son environnement
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité

INS	Identité nationale de santé
IQSS	Indicateurs de qualité sécurité des soins
IAS	Indicateurs de prévention associés aux soins
ICSHA	Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques
ISO-ORTHO	Mesure du taux d'infection du site opératoire après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou
LABM	Laboratoire de biologie médicale
MTI	Médicaments de thérapie innovante
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAQSS	Programme d'amélioration qualité et sécurité des soins
PCC	Pratiques de précautions complémentaires contact
PDA	Préparation des doses à administrer
PMA	Procréation médicalement assistée
PNNS	Programme national nutrition santé
PREM	<i>Patient reported experience measures</i>
PROM	<i>Patient reported outcome measurements</i>
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QLS	Qualité de la lettre de liaison de sortie du patient
QSS	Qualité et sécurité des soins
QSS & CAPCU	Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
REX	Retour d'expérience
RMM	Réunion de morbi-mortalité
RREVA	Réseau régional de vigilance et d'appui
RSMQ PECM/DM	Prise en charge médicamenteuse et/ou des dispositifs médicaux
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFNCM-AFDN	Société francophone de nutrition clinique et métabolisme – Association française des diététiciens nutritionnistes
SI	Système d'information
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSE	Situations sanitaires exceptionnelles
SUN ES	Séjour usage numérique en établissement de santé
TDP	Tenue du dossier patient
TRD	Traçabilité de l'évaluation de la douleur
UFR	Unité de formation et de recherche
VAG	Vaccination antigrippale du personnel hospitalier
VBHC	<i>Value based health care</i>