

# Projet institutionnel Qualité, Sécurité et Expérience Patient

## Introduction générale

Ce projet s'inscrit dans une ambition forte : placer le patient au cœur du système de soins, garantir un haut niveau de qualité, de sécurité et de pertinence des prises en charge. À travers ces orientations stratégiques, l'AP-HP affirme sa volonté de développer une culture partagée de la qualité, de l'éthique, de la sécurité et de l'amélioration continue, au service des patients, des familles, des proches et des professionnels.

Ce projet a été élaboré en articulation étroite avec le projet médical, le projet de soins, et le projet social, et compte de nombreux contributeurs, notamment la Commission médicale d'établissement (CME) et ses sous commissions en charge de la qualité et de la sécurité des soins<sup>1</sup>, les CGRAS (Coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins), les RSMQ PECM (Responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse), les directions qualités des groupes hospitalo-universitaires (GHU), les représentants des usagers (RU), la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;... il s'appuie également sur les actions portées par la feuille de route 2023-2025 « Sécurité des patients et des résidents » piloté par la Direction générale de l'offre de soin. Enfin, ce projet prend en compte les évolutions hospitalières et réglementaires ainsi que les enseignements acquis lors de la mise en œuvre du Projet Qualité AP-HP 2021-2025 et des résultats des visites de certifications HAS des sites de l'AP-HP menées par la Haute Autorité de Santé et qui se sont achevées en 2024 (version V2024, 5 -ème cycle).

Ce projet est décliné en trois piliers (ou axes) complémentaires :

1. **Des soins pertinents et fondés sur la participation des patients,**
2. **Un engagement collectif fort en faveur de la sécurité des patients,**
3. **Un pilotage de la qualité ancré dans les services pour garantir l'excellence de nos établissements.**

## AXE 1 – Des soins pertinents et fondés sur la participation des patients

### Objectifs généraux

- Mettre le patient au cœur du système de soins en renforçant son rôle dans les parcours de soins, la recherche et l'enseignement.
- Humaniser les soins et promouvoir une approche éthique basée sur la bienveillance et le respect des droits.
- Promouvoir la qualité et la pertinence des soins en intégrant les innovations organisationnelles, technologiques et scientifiques.

---

<sup>1</sup> QSS & CAPCU : Qualité et sécurité des soins & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, le CLUD-SP : Comité de lutte contre la douleur – soins palliatifs, le CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition, le CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales, le COVIRIS : Comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins, la COMEDIMS : commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

## 1. Valorisation de l'expérience et de la voix des patients

L'expérience patient, parce qu'elle porte une attention particulière à la relation entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé, à l'accueil, à la clarté et à la pertinence des informations données, mais aussi à la propreté, au confort, à l'environnement, à l'hôtellerie et à la restauration, constitue un levier fondamental d'amélioration de la qualité des soins.

L'expérience patient fait partie des « **Dix engagements pour nos patients** », lancés en 2024, dont les actions se déploient sur une période de trois ans. Ce plan est constitué de trente-trois actions concrètes, telles que faciliter le premier contact avec l'hôpital et la prise de rendez-vous, améliorer l'orientation et de l'accueil des patients, rendre les parcours intra hospitaliers plus fluides et sécurisants, améliorer la qualité de séjour des patients hospitalisés, faciliter le parcours administratif des patients et les conditions de sortie, prendre davantage en considération les accompagnants et les aidants, améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement des patients les plus vulnérables, faciliter la participation des patients à la recherche clinique. A cela s'associe **un impératif transversal, fil rouge du plan tout entier : mieux prendre en compte l'avis des patients dans nos décisions à tous les niveaux.**

La voix des patients est recueillie grâce à l'expression directe des patients à travers des enquêtes nationales de satisfaction, dites enquêtes e-Satis ; enquêtes qui concernent :

- Les patients hospitalisés plus de 48h en MCO (e-Satis+48h MCO) : déployée depuis 2016
- Les patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCO CA) : déployée depuis 2018
- Les patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (e-Satis SMR) : déployée depuis 2020
- Les patients hospitalisés en psychiatrie adulte (e-Satis PSY) : déployée depuis mars 2025

Au-delà de ces enquêtes « réglementaires », l'AP- HP a mis en place deux autres enquêtes, une pour les patients ayant bénéficié d'une consultation dans un des 38 sites, et une autre spécifiquement pour les patients pris en charge par l'Hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP. Ces enquêtes ont été déployées respectivement en 2014 et en 2018. D'autres enquêtes devraient s'ajouter des enquêtes en cours, elles sont à ce stade en expérimentation, mais seront déployées avant 2030. Elles portent sur l'expérience des patients aux urgences, des patientes en maternité, et leur expérience rapportée sur l'hygiène des mains. Ces enquêtes transversales peuvent être complétées par des enquêtes locales spécifiques développées par les services en lien avec les directions qualité des GHU dès lors qu'elles auront une valeur ajoutée à l'évaluation de la satisfaction.

Les résultats de ces enquêtes ainsi que les verbatims des patients exprimés dans ces enquêtes font l'objet d'analyse restituée aux GHU grâce à une nouvelle plateforme intégrant de nouvelles fonctionnalités dont la possibilité de création et d'administration d'enquêtes locales, et analyse des avis exprimés sur les réseaux sociaux. **L'enjeu pour la période à venir est d'une part de renforcer l'animation et la prise en main par les équipes de ce nouvel outil, en lien avec les représentants des usagers et d'autre part de développer et de suivre des plans d'action au périmètre des services de soins.**

D'autres modalités de recueil seront développées notamment celle du **recueil de l'expérience « au lit du patient »**, ainsi que les indicateurs de type PROMS<sup>2</sup> dans le cadre du projet Value Based HealthCare (VBHC) ou Valeur en santé. La période 2026-2030 permettra **de déployer dans tous les services de sénologie de l'AP-HP ce projet en réconciliant les données cliniques (CROMS) et les données patients (PROMS)**, de renforcer ce projet en **chirurgie orthopédique** (prothèse de hanche et prothèse de genou) et de **l'engager pour le cancer du poumon en lien avec d'autres CHU Français**. Cette généralisation impose de disposer d'outils institutionnels de recueil de PROMs permettant aux équipes qui le souhaitent de s'engager dans l'amélioration continue du résultat patient. Cette généralisation permettra à l'AP-HP de participer activement aux travaux coordonnés au sein de l'ensemble des CHU français, et de remplir les attendus des certifications européennes OECl<sup>3</sup> en lien avec la prise en charge du cancer.

**Le partenariat patient professionnel est un vecteur de pertinence et de qualité de nos projets** et de nos actions c'est également un outil de développement d'une nouvelle culture relationnelle. Le **partenariat patient** est une approche au cours de laquelle un « patient partenaire » devient un acteur à part entière d'une équipe de soins, collaborant avec les professionnels de santé dans les projets liés à l'organisation des soins mais aussi à l'enseignement et à la recherche. Il repose sur la prise en compte de son expérience et de ses savoirs.

Depuis 2022, 58 équipes ont été formées au partenariat patient, ce sont près de 440 professionnels et RU qui ont été sensibilisés à cette démarche. L'accélération du déploiement du partenariat patient va se poursuivre dès 2026, avec un objectif de 100 équipes (patient, professionnels) accompagnées. Pour la période 2026-2030, **le partenariat patient a vocation à se déployer de manière renforcée dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche, en lien étroit avec la DRCI**. Les actions prévues comprennent la finalisation, l'évaluation et la valorisation des projets existants, ainsi que le lancement d'une nouvelle vague d'accompagnements. La démarche s'appuiera également sur la poursuite des actions de sensibilisation, l'animation et la mise en réseau des acteurs du partenariat, ainsi que le déploiement de politiques de défraiment et de rémunération des patients partenaires. Afin d'objectiver le caractère transformatif de cette dynamique, des mesures d'évaluation seront mises en place. Par ailleurs, des dispositifs de valorisation des projets en partenariat seront développés contribuant à renforcer leur visibilité, leur reconnaissance et leur essaimage.

**Le Label Hospitalité est destiné à informer les patients du niveau de qualité de prise en charge de santé**. Il s'inscrit dans la démarche « Qualité Hospitalité » initiée par l'AP-HP depuis fin 2016. Le label Hospitalité de l'AP-HP est attribué pour 4 ans à un service hospitalier volontaire, dès lors que celui-ci réunit des critères définis sur sept champs tels que l'accueil ou la qualité de la relation.

---

<sup>2</sup> PROMS (Patient Reported Outcome Mesures) désigne la mesure de résultats rapportés par le patient à travers des questionnaires permettant de recueillir directement leurs avis (état de santé, qualité de vie, impact d'un traitement) sans interprétation par un professionnel de santé

<sup>3</sup> Organisation of European Cancer Institutes

**Le Label Hospitalité** repose sur un référentiel rassemblant des critères de qualité de service concernant l'accueil et l'information, la propreté, le confort et l'environnement, le linge, l'alimentation, les prestations de service, la qualité de la relation, la culture, la détente et le mieux-être. Chaque critère du référentiel a une valeur de 1, 2 ou 3. Il est défini selon des "parcours" usagers : urgences, consultation, service d'hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique (adulte, pédiatrie, gériatrie), chirurgie ambulatoire, soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hôpital de jour, services administratifs, chambre mortuaire, espaces communs.

**Fort des 600 services labélisés fin 2025, l'AP-HP poursuit sa dynamique de mise en place d'un nouveau label hospitalité, plus exigeant** et imposant la réalisation d'un autodiagnostic intermédiaire à deux ans, assorti d'un plan d'action. Enfin, **dès 2026, le processus « label hospitalité » rentrera dans une phase de dématérialisation** grâce à l'outil Time Tonic permettant de gagner en productivité et en fiabilité.

Ces démarches seront complétées par la **pérennisation des Trophées Patients**. Relancés en 2025, les **Trophées Patients récompensent les initiatives exemplaires et innovantes** menées avec et pour les patients, au sein de l'AP-HP. À compter de l'édition 2026, les projets Lauréats seront mobilisés afin de renforcer la diffusion des bonnes pratiques et des initiatives exemplaires.

## **2. Renforcement de la démocratie sanitaire.**

La démocratie sanitaire au sein de nos sites repose nécessairement sur une communication renforcée concernant le rôle, les actions des représentants des usagers (RU) et leur place dans les commissions des usagers (CDU).

Le renouvellement des 152 mandats de représentants des usagers dans les établissements franciliens en décembre 2025 **marque un moment clé pour communiquer en 2026 sur les missions des représentants des usagers. Une journée dédiée aux nouveaux nommés sera organisée au siège de l'AP-HP au premier semestre 2026.** L'arrivée de nouveaux représentants des usagers sera l'occasion de renouveler certains des membres de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU).

La journée européenne des droits des patients du 18 avril portée par France Assos Santé donne lieu chaque année à des événements de promotion des droits des patients individuels et collectifs à l'attention des usagers et des professionnels sur les sites, organisés et animés par des agents chargés des relations avec les usagers (CRU) et des représentants des usagers (RU).

**Au-delà de cette date, de nouvelles vidéos témoignages visant à faire connaître davantage les représentants des usagers, telle que celle réalisée au printemps 2025, seront réalisées au cours des cinq années.**

Il est à souligner que les représentants des usagers sont de plus en plus souvent invités à participer à des colloques et webinaires organisés par les directions fonctionnelles de l'AP-HP, ils contribuent également aux projets portés par les commissions qualités de la CME, aux visites de certification et plus largement à tous les projets en lien avec les organisations des prises en charges, ce qui contribue à développer leur notoriété.

Enfin, pour aller plus loin la compréhension et l'exercice des droits des patients devront être facilités, notamment pour l'accès au dossier médical, la gestion des événements indésirables

graves et les démarches associées, avec l'appui des services juridiques et des médiateurs médicaux et hospitaliers. L'objectif est de garantir une information claire, accessible et respectueuse, c'est l'objectif des actions de médiations.

### **La médiation hospitalière**

Les objectifs de la médiation sont de faciliter le dialogue et l'information des patients, reformuler ce qui a pu être dit, (ré) expliquer les prises en charges complexes, et restaurer un lien fragilisé.

L'AP-HP compte des médiateurs médecins et hospitaliers (non médecins). En 2023 et 2024 : 144 médiations ont été menées, et dans plus d'un tiers des cas, avec la présence d'un représentant des usagers. Les médiations médicales représentent 60 % des médiations et pour 31 % d'entre elles, elles sont faites avec le médiateur non médical (co médiation).

**L'AP-HP poursuit l'objectif pour les années à venir de développer la médiation, basée sur trois actions :**

1. Promouvoir et informer en intervenant dans les instances locales et centrale, en organisant une journée de la médiation avec les usagers (octobre 2026), et en ouvrant plus largement la médiation à de nouveaux publics (chargé de relation avec les usagers, directions ...),
2. Clarifier et consolider les procédures et les outils en clarifiant les bonnes pratiques et le rôle de chaque acteur, et en élaborant des documents types : lettre de mission, charte, compte rendu de médiation,
3. Accompagner et soutenir les médiateurs ; en renforçant la formation et le développement de pratiques et la coordination des médiateurs.

### **3. Humanisation des soins et engagement sociétal**

L'AP-HP encourage activement les actions culturelles et artistiques au sein des services et renforce le rôle des associations et des bénévoles auprès des patients.

S'agissant des actions culturelles, l'intégration d'un volet culturel dans le plan stratégique s'inscrit dans la convention « Culture et Santé », renouvelée en 2025 entre les ministères chargés de la Santé et de la Culture, visant à renforcer les actions culturelles au sein des établissements de santé. Les activités culturelles contribuent au bien-être des patients en les aidant à mieux vivre leur séjour à l'hôpital, à s'exprimer, à se détendre et à créer du lien avec d'autres patients comme avec les équipes soignantes, tout en humanisant le parcours de soin. L'introduction de la culture à l'hôpital participe ainsi à promouvoir une politique de santé prenant en compte toutes les dimensions de la personne.

Entre 2014 et 2019, le développement des partenariats culturels s'est construit de manière progressive et ciblée. A partir de 2020, puis de façon très marquée depuis 2023, le rythme de création des partenariats s'est fortement accéléré, traduisant un changement d'échelle de l'activité. En janvier 2026, 19 conventions actives sont pilotées par le service « Culture et mieux être » de l'AP-HP et 9 projets sont actuellement en discussion pour une 1ère convention avec de nouveaux partenaires. **Les objectifs poursuivis sont donc de poursuivre le développement d'actions favorisant le bien-être des patients et le renforcement des projets partenariaux et du mécénat dans le champ culturel**

Les recommandations issues de la **mission bientraitance seront déployées à tous les échelons de l'institution et particulièrement** dans les services afin de prévenir les situations de maltraitance et de promouvoir des pratiques professionnelles respectueuses et humanistes.

Les travaux du comité de lutte contre la douleur et le développement des soins palliatifs (CLUD-SP) et du comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) seront également mobilisés pour améliorer la prise en charge de la douleur et prévenir la dénutrition. La prise en charge de la fin de vie fera l'objet d'une attention particulière, avec une coordination renforcée des équipes, un développement des compétences et un accompagnement adapté des proches.

#### Le CLUD SP

Les objectifs du CLUD SP central sont de **fédérer les CLUD locaux**, en leur donnant plus de visibilité et en renforçant leur influence au sein de l'institution, à **renforcer le dépistage et l'évaluation systématique de la douleur** à toutes les étapes du parcours de soins, à **développer des protocoles harmonisés de prise en charge**, notamment pour les situations complexes et chroniques, à **développer des outils de suivi et d'évaluation de la douleur** (traçabilité, indicateurs qualité), à **soutenir les projets de recherche et d'innovation en douleur et soins palliatifs**, à encourager l'implication des patients partenaires dans l'amélioration des pratiques.

Au cours de cette mandature, des travaux seront menés tels que l'état des lieux des référents douleur et des référents soins palliatifs dans les sites de l'AP-HP, ainsi que l'organisation de formations autour de la douleur et des soins palliatifs, notamment à destination des médecins en lien avec le Centre de la formation et du développement des compétences.

Par ailleurs, des travaux seront conduits sur les **approches non médicamenteuses** (relaxation, hypnose, techniques cognitivo-comportementales) et **sur la douleur induite par les soins**, avec une attention particulière portée à la **douleur en pédiatrie**. L'amélioration de l'accès aux soins palliatifs, le renforcement de l'accompagnement des patients et de leurs proches, notamment sur les dimensions psychologique et éthique, ainsi que la structuration de parcours coordonnés ville-hôpital en soins palliatifs constituent également des axes prioritaires.

Enfin, des travaux relatifs aux **bonnes pratiques sur l'usage du Nefopam®** seront menés. Ces travaux font suite à la transmission par l'Assurance maladie des ordonnances exécutées en ville qui montrent une augmentation du recours à ce médicament depuis le passage sous ordonnance sécurisée d'autres thérapeutiques de palier 2. Ces travaux seront accompagnés de **communication sur les bonnes pratiques dans le traitement des douleurs neuropathiques** et plus largement sur les **modalités de prescriptions des médicaments de la douleur**.

#### Le CLAN

La dénutrition des patients hospitalisés reste élevée : près de deux patients sur trois en souffrent, dont 84 % présentent une forme sévère. Dans ce contexte, et en lien avec le plan patient, **le CLAN a pour objectif de participer au plan stratégique logistique et à l'amélioration des repas, notamment en ce qui concerne leur qualité, leur attractivité (goût, diversité) et leur adaptation aux besoins des patients**. Cet objectif s'accompagne d'une **volonté de renforcer le dépistage systématique de la dénutrition, de déployer des parcours nutritionnels**

**personnalisés pour les patients à risque ou atteints de maladies chroniques.** Il viendra également compléter la **promotion des missions des diététiciens, notamment par la rédaction de protocoles de coopération avec les médecins, par le développement d'équipes mobiles pour la nutrition, ainsi que par le développement de la formation des professionnels de santé à la nutrition clinique.** Par ailleurs, le CLAN entend favoriser l'implication des patients, mais aussi de leurs proches, dans cette prise en charge nutritionnelle, notamment à travers des **démarches d'éducation thérapeutique**, en reconnaissant la contribution des proches dans l'accompagnement de certains patients lors des repas, en structurant davantage les liens ville-hôpital afin d'assurer la continuité des parcours nutritionnels. **L'intégration de la nutrition dans les projets de recherche clinique** constitue également un axe de développement. Comme les années antérieures, le CLAN poursuivra sa **participation à la semaine nationale de la dénutrition**, moment privilégié pour mener des actions concrètes sur les sites, au plus près des patients. Enfin, une attention particulière sera portée au suivi et à l'évaluation des pratiques, via la mise en place d'indicateurs qualité et la réalisation d'audits réguliers

#### L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle constituent également des axes majeurs de ce projet. La **poursuite et la finalisation de l'informatisation du dossier transfusionnel Orbis représentent l'enjeu principal**, notamment la mise en place de deux connexions avec l'Établissement français du sang (EFS) : **une pour la mise à disposition des résultats de biologie immuno-hématologique (2026-2027) et la seconde (2027-2028) pour dématérialiser le dossier transfusionnel** (prescription/délivrance/traçabilité et surveillance de la transfusion dans Orbis). **Le dossier transfusionnel pédiatrique a été initié par les hémovigilants AP-HP** avec la mise en ligne des lettres d'informations et il reste à mettre en production dans Orbis la prescription des produits sanguins avec les débits adaptés à la pédiatrie (courant 2026).

Une attention particulière sera portée à **l'exigence de l'identification (et du recrutement le cas échéant) des correspondants médicaux d'hémovigilance sur tous les sites** dans l'objectif de renforcer le signalement, le suivi des incidents transfusionnels, la traçabilité des produits sanguins et la promotion de la formation continue des professionnels sur les bonnes pratiques et la sécurité transfusionnelle. Par ailleurs, ces correspondants médicaux ont un rôle majeur à jouer dans les démarches de certification HAS et d'évaluation de la pertinence des prescriptions de produits sanguins. À cette fin, **des outils d'auto-évaluation ou d'audits ont été développés (2025-2026)** par le réseau des hémovigilants AP-HP afin de faciliter ces démarches de certification et d'éventuels projets de recherche et d'innovation en sécurité transfusionnelle et en hémovigilance.

Des actions de sensibilisation à destination des patients et de leurs proches seront également encouragées, afin de mieux faire connaître les besoins spécifiques de nos populations en Ile-de-France.

Enfin, en ce qui concerne l'identitovigilance, le **déploiement de l'identité nationale de santé (INS) qualifié** a fait l'objet d'un plan d'actions ambitieux visant une mobilisation de l'ensemble des acteurs du circuit patient ainsi qu'une meilleure compréhension des enjeux (cf Axe 3 : Un pilotage de la qualité ancré dans les services, et paragraphe 1 : pilotage qualité). Ces actions de qualification ne doivent pas faire oublier que le risque de confusion entre patients existe toujours, un guide de signalement et de gestion des erreurs liées à l'identification des patients a été mis à jour en 2025 et **permettra le suivi du taux de doublon et de fusion d'identité.** D'autres actions seront

déployées telles que les **contrôles de concordance patient, prescription et acte** associés à **l'extension du port du bracelet d'identification**, les audits du port du bracelet intègrent les observations réalisées lors des visites de risques, et dans un secteur particulièrement critique, le **déploiement d'un outil de renforcement de l'identitovigilance dans les services d'aide médical à la procréation**.

#### 4. Promotion de la qualité et de la pertinence des soins

L'AP-HP développe une politique active de juste prescription, notamment dans les domaines de la biologie, de l'imagerie et du médicament et dispositifs médicaux. Les actions de dé-prescription en gériatrie, et le déploiement d'outils innovants dans le champ de la pharmacie clinique seront renforcés.

##### Développer la démarche de juste prescription et pertinence des soins

Depuis 2024, dans le cadre du Plan d'actions « 30 leviers pour agir ensemble », l'AP-HP déploie un plan d'actions institutionnel annuel pour développer la juste prescription des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), des actes de biologie et d'imagerie et la pertinence des soins (JPPS), auprès des GHU, des DMU et des services.

C'est un sujet majeur à la fois pour les patients et les professionnels de santé. L'AP-HP en attend un impact significatif, en termes de qualité de soins, de transition écologique et de bonne utilisation des ressources, qu'il s'agisse du temps médical, soignant, ou d'impact en dépenses médicales. La juste prescription et la pertinence des soins sont inhérentes à la pratique et à l'expertise professionnelles et demandent un questionnement régulier, individuel et collectif, des pratiques professionnelles, au regard des progrès scientifiques et des attendus du système de soins.

Les objectifs du plan d'actions « juste prescription et pertinence des soins » de l'AP-HP sont précisés chaque année, mobilisant les GHU, les DMU, les collégiales de spécialité, la Présidence et les sous-commissions de la CME, l'AGEPS, les directions fonctionnelles du Siège et la Direction générale, pour promouvoir le bon usage des produits de santé, de la biologie et de l'imagerie, diffuser des recommandations et outils numériques facilitant la prescription, valoriser les initiatives locales et les retours d'expérience et mesurer les impacts de ces actions en termes de qualité, de performance et d'empreinte carbone.

L'AP-HP poursuivra le développement de la démarche de juste prescription, par la mise à disposition aisée des recommandations de bonnes pratiques, le partage des actions menées dans les GHU<sup>4</sup>, DMU et services et l'évaluation de leur impact. Sur la période du projet d'établissement, l'AP-HP privilégiera les synergies fortes et vertueuses, entre la démarche de juste prescription et les démarches de qualité et gestion des risques, l'articulation avec les pratiques soignantes, la recherche, tant médicale que paramédicale, l'innovation et notamment l'intelligence artificielle, les démarches éthiques, la définition des parcours patients, la transition écologique, les évolutions du système d'information (DPI, PharmaClass, applications adhoc...) et l'exploitation des données.

---

<sup>4</sup> Exemples d'actions institutionnelles de juste prescription : pertinence des voies veineuses, promotion de la voie *per os*, maîtrise de la prescription d'antibiotique, lutte contre la redondance des examens de biologie ou d'imagerie ...

## Démarche globale de promotion du développement durable

Les démarches de juste prescription s'inscrivent également dans une démarche globale de développement durable, en lien avec les travaux de la direction de la stratégie et de la transformation (DST). Cette stratégie se décline dans le projet d'établissement de l'AP-HP depuis 2021, mais aussi dans son rapport de responsabilité sociale des organisations (RSO)<sup>5</sup>, qui présente l'ensemble des indicateurs de suivi de la performance de l'AP-HP en matière environnementale, mais également sur son action sociale et éthique.

## Promotion des sujets qualité et sécurité des soins dans la prime d'engagement collectif

La prime d'engagement collectif est un dispositif qui vise à récompenser les efforts conjoints d'une équipe ou d'un groupe de salariés dans l'atteinte d'objectifs communs. Elle encourage la coopération, la solidarité et la performance globale plutôt que les résultats individuels. Cette prime constitue un levier de motivation important, tout en renforçant la cohésion et l'esprit d'équipe au sein de l'organisation, les démarches de prime d'engagement collectif liées aux actions de qualité et de sécurité des soins continueront à être promues afin de valoriser l'investissement des équipes. La période 2026-2030 offrira l'opportunité de capitaliser sur certains projets particulièrement inspirant dans l'objectif de les déployer plus largement.

## **5. Ancrage d'une démarche éthique**

La démarche éthique institutionnelle est structurée au niveau central autour de la mise en place de la Commission d'appui et de ressources éthiques (CARE). Cette nouvelle démarche institutionnelle, installée au cours du deuxième semestre 2026, visera à poursuivre, consolider et actualiser la dynamique à la lumière des enseignements tirés de la crise sanitaire liée à la COVID-19, des évolutions réglementaires (certification HAS V2020) et des besoins exprimés par les acteurs de terrain.

Cette organisation est structurée en trois niveaux :

- **Locale (hôpital/ site)** pour traiter les questionnements éthiques concrets au plus près du terrain (ex. situations de soins, tensions liées à l'organisation, dilemmes autour des droits du patient), offrir un espace d'échange et de réflexion de proximité et adapté à la population accueillie sur chacun des sites (spécificités gériatriques, pédiatriques, SSR...) Articuler les actions portées à la fois par la cellule éthique, la CDU, la médiation médicale,
- **GHU** pour coordonner et soutenir les cellules éthiques sur l'ensemble des sites, offrir un appui ou un recours en cas de situation complexe non résolue localement, faciliter les échanges et les partages entre les cellules,
- **Central (AP-HP)** pour garantir une vision transversale et pluraliste.

**L'enjeu pour la période qui s'ouvre sera de rendre opérationnel cette nouvelle organisation.**

---

<sup>5</sup> Rapport RSO : [rapport\\_rso\\_2024\\_ap-hp\\_0.pdf](#)

## AXE 2 – Un engagement collectif en faveur de la sécurité des patients

### Objectifs généraux

- Promouvoir une culture partagée de la qualité et de la sécurité des soins.
- Renforcer la gestion proactive des événements indésirables.
- Prendre en compte les facteurs organisationnels et humains dans les analyses comme dans la définition et mise en œuvre des actions
- Anticiper les risques émergents et renforcer la capacité de réponse de l'établissement.

### 1. Renforcement de la culture de sécurité et de gestion des risques

Les enseignements issus des événements indésirables et des événements indésirables graves associés aux soins nécessitent d'être systématiquement valorisés. **Une liste de cinq EIGS prioritaire à déclarer a été coconstruite avec les CGRAS et la CME<sup>6</sup>**, cette première liste, évolutive, est un premier jalon du renforcement de la culture de sécurité sur son volet déclaration. **Une évaluation du nombre de déclaration sera réalisée deux fois par an pour mettre en place des actions de sensibilisation et de formation pour les années suivantes.** Au-delà de cette première liste, **le bilan des EIGS réalisé tous les ans, sera revu sur la forme et sur le fond** afin de mieux capitaliser sur les EIGS et de proposer, à l'échelon de l'institution, des mesures pour en diminuer la survenue. Certains EIGS, parce qu'ils répondent à la définition d'EIGS prioritaires, pourront intégrer la liste publiée en 2026.

**La refonte du bilan des EIGS sera accompagnée d'une mise à jour du guide EIGS « partager pour protéger ».** D'autres outils seront créés, à titre d'exemple, un outil pédagogique de type jeu de cartes, ou encore ceux permettant aux directions qualités et aux CGRAS de mener leur action d'accompagnement à la déclaration.

**Des actions spécifiques sur l'appropriation de la check list au bloc opératoire ont démarrées dès 2025**, mais seront renforcées en 2026 et 2027. Ces actions co organisées avec la direction de la stratégie et de la transformation, porteront notamment sur **l'amélioration de la perception de l'utilité de la check-list, de l'intégration de la check-list dans l'activité quotidienne, la réalisation d'audits de pratique dans les blocs, la diffusion d'actions de prévention, et la mise en place d'indicateurs de complétude de la check-list.** La mise en place d'indicateurs issus d'ORBIS bloc évalueront l'impact de ses mesures.

**La culture positive du signalement continuera d'être encouragée pour favoriser la transparence, l'apprentissage collectif et l'amélioration continue.** Cette culture sera favorisée par différents canaux, celui de **la mise en place d'outils pédagogiques** pour la promotion du signalement (Jeu de carte « OSIRIS<sup>7</sup> ou Pas OSIRIS »), **d'évaluation du niveau de culture sécurité** dans les services **la réalisation de rencontre sécurité entre les services et la gouvernance des hôpitaux**, et enfin la **mise en œuvre de réunions régulières de sécurité dans les unités** (basée notamment sur les données issues d'OSIRIS). Ces **mesures participeront à la promotion de la culture qualité, et permettront la mise en place et le suivi d'actions correctives et préventives.**

---

<sup>6</sup> EIGS prioritaires à déclarer : erreur de côté, oubli de matériel, extravation de médicament, embolie gazeuse sur manipulation d'une voie veineuse, et anaphylaxie suite à une allergie connue

<sup>7</sup> OSIRIS : outil institutionnel de déclaration des événements indésirables

Cette promotion de la culture sécurité ne peut se mettre en place sans une considération renforcée des professionnels victimes d'événements indésirables qui devront systématiquement **bénéficier d'un accompagnement spécifique en tant que « deuxièmes victimes »**

Le développement de l'accréditation des médecins et des équipes constitue un levier stratégique majeur pour renforcer la sécurité des soins, l'excellence clinique et la performance organisationnelle. A l'AP-HP, le bilan de la certification V2020 a mis en exergue des marges de progrès importantes en termes de déploiement des démarches d'accréditation des médecins et des équipes médicales. **Des actions pour promouvoir ce dispositif seront menées et porteront sur la communication aspect incontournable dans toute démarche d'accréditation en équipe pour expliquer et sensibiliser les professionnels à l'intérêt de la démarche, et pour les équipes volontaires un appui logistique et méthodologique** des directions qualité et gestion des risques de leur GHU.

**Des outils de formation innovants (simulation, jeux sérieux) seront développés** afin de valoriser le travail en équipe, le débriefing, la réalisation des revues de morbi mortalité (RMM) et l'annonce du dommage associé aux soins.

**Un travail sera mené avec la direction des affaires juridiques (DAJ) sur l'articulation entre la gestion des EIGS et la responsabilité médicale** qui constitue un enjeu central du dispositif qualité et gestion des risques. La déclaration et l'analyse des EIGS, même si elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue et non de sanction individuelle, doivent être conduites dans le strict respect du secret professionnel et des obligations déontologiques, garantissant la confidentialité des données médicales et la protection des professionnels impliqués. Les RMM représentent un espace collégial d'analyse approfondie des causes systémiques, favorisant l'apprentissage collectif et la prévention de la récurrence. La transmission du volet 1 (signalement et description factuelle) et du volet 2 (analyse approfondie et plan d'actions) doit être organisée de manière structurée, sécurisée et tracée, en veillant à distinguer clairement la démarche qualité de la procédure contentieuse éventuelle. Cette articulation équilibrée concilie la culture de transparence, la responsabilité professionnelle et la sécurité juridique, tout en renforçant la confiance des patients et la maturité du système de gestion des risques.

Enfin, pour aller plus loin, **la coordination des actions des vigilances réglementaires (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, identitovigilance,) sera renforcée** pour gagner en visibilité et capitaliser sur les actions menées au sein du COVIRIS.

## **2. Prévention des infections associées aux soins et lutte contre l'antibiorésistance**

La prévalence des infections du site opératoire (ISO) continue d'augmenter en France<sup>8</sup>. Les ISO demeurent le premier motif de réclamation et d'indemnisation auprès de la DAJ.

**Des actions pour diminuer cette prévalence devront être menées et porteront sur différents volets.** Notamment le renforcement de la formation initiale dans les instituts de formation en soins infirmier (IFSI) et au sein des instituts de formation d'aide-soignant (IFAS). Mais aussi grâce au développement de nouveaux outils, et de l'évaluation par la promotion d'audits sur la prévention des ISO (antibioprophylaxie, préparation cutanée de l'opéré), et sur la gestion des cathéters. S'agissant de la gestion des cathéters, la promotion d'équipes d'infirmiers transversales

---

<sup>8</sup> Cette augmentation a été révélée par l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins en 2022

spécialisées dans la pose et la gestion des cathéters complexes pourront être déployées en lien avec la direction des soins.

Pour accompagner ces actions, **des outils de surveillance (issus du dossier patient informatisé) et de pilotage devront être développés sur la surveillance des ISO et des bactériémies nosocomiales.** Ces outils se matérialiseront par le développement d'un indicateur automatisé sur la proportion de traitements IV/ORAL (en lien avec les actions de juste prescription). **Ils viendront compléter les indicateurs existants comme celui sur le nombre de cathéters posés dans une unité de soins.** Le déploiement d'indicateurs automatisés sera accompagné d'actions de sensibilisation et de communication auprès des professionnels de santé et des patients.

Concernant la lutte contre la résistance des bactéries aux antibiotiques, il est à souligner que l'incidence des infections à entérobactéries multi et hautement résistantes aux antibiotiques (BMR et BHR) augmente régulièrement. Pour y faire face, des **actions de promotion (communication, audit, surveillance des consommations, implication des patients...)** sur la désinfection des mains par la friction hydroalcoolique (FHA) seront renforcées. Elles permettront également d'informer et de sensibiliser les patients et les accompagnants (dans la perspective de la mise en place du nouvel indicateur : « mesure de l'expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains » par la Haute autorité en santé).

Le pilotage de ces actions passe également par la **mise en place d'outils informatiques d'aide à la gestion des patients porteurs de Bactéries Hautement Résistantes et émergentes (BHRE) et de leurs contacts et de surveillance des infections à Bactéries Multi-Résistantes (BMR) et Bactéries Hautement Résistantes (BHR), et l'amélioration de la juste prescription des antibiotiques** pour limiter la sélection de BMR-BHR sous forme de recommandations de la commission des anti infectieux (COMAI) et d'actions de communication.

Favoriser la vaccination des patients et des professionnels de santé

Face au constat<sup>9</sup> d'un taux insuffisant de vaccination antigrippale des professionnels des patients, **des actions spécifiques continueront d'être menées, elles porteront sur la communication des effets positifs de la vaccination** (lutte contre les *fake news*), la facilitation de l'organisation et de la traçabilité des vaccinations des professionnels réalisées en dehors des services de santé au travail et la communication des taux de vaccination antigrippale par service clinique.

Ces actions spécifiques sur la vaccination antigrippale devront s'accompagner par la **promotion et la surveillance des vaccinations dans les services de gériatrie, en SMR et SLD**, selon le calendrier vaccinal en vigueur.

Enfin, la prévention des infections ne peut être organisée et développée sans les équipes de **prévention du risque infectieux (EPRI)** dont l'engagement auprès des soignants et autres professionnels est essentiel. Un **renforcement de leurs effectifs et un soutien** affirmé des directions et de la communauté médicale tant en termes de moyens matériels alloués, que de reconnaissance et d'appui au sein des différents sites leur permettra de mener à bien leur mission de prévention du risque infectieux.

---

<sup>9</sup> Chaque année, survenue de clusters de grippe, COVID, VRS en gériatrie, SMR et SLD

**Le rôle des correspondants en prévention du risque infectieux devra être valorisé** en encourageant la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) et l'encadrement à instaurer des plages régulières de travail dédiées à ces missions.

### **3. Sécurisation des parcours médicamenteux et des dispositifs médicaux**

La sécurisation du parcours médicamenteux et de l'utilisation des dispositifs médicaux constitue un enjeu majeur de qualité et de sécurité des soins où la complexité des prises en charge est élevée. Ce parcours englobe l'ensemble des étapes allant de la prescription à l'administration, en passant par la dispensation, la préparation et le suivi thérapeutique. Chaque étape comporte des risques potentiels d'erreurs ou d'événements indésirables pouvant impacter la sécurité du patient. **Dans ce contexte, la mise en œuvre d'actions institutionnelles de réduction des risques dans la prise en charge médicamenteuse et le circuit des dispositifs médicaux stériles est essentielle.** Ainsi, des **actions de sécurisation de type visite de risque** seront menées sur des secteurs considérés comme à risque tels que le bloc opératoire, la réanimation, l'imagerie (traceur ciblé imagerie), la gériatrie (déploiement d'une nouvelle campagne GERIAMED) ...La place du responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux est essentielle, notre projet vise à mieux structurer sa mission sur les sites de l'AP-HP afin d'assurer une gestion cohérente et sécurisée de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux. Il s'agira de clarifier les missions, les responsabilités, le périmètre d'action, le temps dédiés mais aussi d'harmoniser les procédures en renforçant la coordination entre les GHU (cf §5).

Les données issues des visites à blanc menées dans le cadre de la préparation des certifications HAS des sites, et particulièrement les résultats des traceurs ciblés médicaments, **feront l'objet d'une capitalisation sous forme d'une base de données** permettant *in fine*, de proposer des plans d'actions transversaux. **On peut d'ores et déjà citer comme action prioritaire, celle relative à la définition des médicaments à risques dont les exigences de la nouvelle itération de la certification ont évolué, passant d'une liste institutionnelle à une liste adaptée à chaque activité de soin.** Il sera proposé, en lien avec la communauté des RSMQ, des pharmacovigilants et des pharmaciens **des méthodes de définition de ces médicaments**, en tenant compte des « *never events* » médicaments. Ces travaux seront menés sous l'égide du COVIRIS. Poursuivant la même logique, des **actions de sensibilisation aux risques liés à l'utilisation des dispositifs médicaux implantables** seront poursuivies en intégrant les « *never events* dispositifs médicaux implantables (DMI) ».

Toujours en lien avec les obligations de la nouvelle itération de la certification, et parce que la iatrogénie médicamenteuse est trop souvent source de survenue d'événements indésirables graves associés aux soins, la promotion des actions de pharmacie clinique reste un enjeu essentiel pour l'institution. **Une action de sécurisation repose sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse** qu'il faut continuer d'accompagner dans les sites pour que cette conciliation puisse être organisée aux points de transition du parcours de soin : lors de l'admission, de la sortie et du transfert. Pour se faire, **un état des lieux quantitatif et qualitatif des actions de pharmacie clinique** à l'AP-HP (validation pharmaceutique, éducation thérapeutique, conciliation médicamenteuse...) sera mené, associé au **développement du recueil des activités de pharmacie clinique** au travers de requête ORBIS.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse passe aussi par la mise en place d'actions de sécurisation des allergies médicamenteuses. Les années 2024 et 2025 ont permis le

déploiement du « bracelet rouge » sur tous les sites de l'AP-HP<sup>10</sup>. **La période 2026-2030 permettra de développer ce dispositif par la réalisation :**

- **d'une cartographie des expertises** (AP-HP et hors AP-HP) autour des allergies médicamenteuses,
- **d'un questionnaire commun** pour structurer le parcours patient en cas d'allergie médicamenteuse.

#### **4. Sécurisation renforcée de certains parcours patients**

La capitalisation des déclarations des événements indésirables, associée à l'analyse des plaintes et réclamations, mettent en exergue certains parcours patients considérés comme critiques en raison de la fragilité des patients pris en charge mais aussi de la technicité de certains soins ou de la durée des hospitalisations. Certains parcours ont été identifiés et devront faire l'objet d'une attention particulière. C'est le cas pour la **population gériatrique particulièrement exposée au risque de chute, les patients trachéotomisés ou encore les patients pris en charge dans le cadre d'urgence vasculaire**. Ces parcours continuent de faire l'objet d'un grand nombre de déclarations d'événements indésirables.

**La sortie du patient est également une étape considérée comme à risque**, en effet, un des enjeux majeurs pour assurer la continuité et la sécurisation du retour à domicile est le partage d'information entre les différents professionnels, en ville ou à l'hôpital, impliqués dans la prise en charge du patient. Des actions concrètes décrites dans le plan d'actions « *10 engagements pour nos patients* » (plan patient) seront mis en œuvre en 2026 et 2027. Ces actions sont les actions 20 et 21 du plan patient respectivement « Sécuriser les patients au moment de leur sortie en améliorant leur niveau d'information » et « Faciliter la continuité des soins pour nos patients complexes revenant à domicile ».

**La sécurisation du retour à domicile des patients passera aussi par la promotion des outils numériques tels que l'espace patient : Mon AP-HP, Mon espace santé, et le DMP** (cf paragraphe infra pilotage qualité et gestion des risques), mais aussi par la **sécurisation des échanges entre les patients et les professionnels de santé**. En effet, les équipes hospitalières sont fréquemment amenées à échanger avec les patients ou leurs proches par courrier électronique ou par téléphone, en recourant parfois à des canaux de communication non sécurisés, tels que des applications de messagerie instantanée ou des messageries électroniques non sécurisées. Bien que l'usage de ces supports ne soit pas recommandé en raison des risques qu'ils comportent en matière de confidentialité et de protection des données, leur accessibilité et leur rapidité d'utilisation expliquent qu'ils soient régulièrement employés dans la pratique. Il apparaît dès lors nécessaire d'encadrer et de sécuriser ces usages. **Des recommandations rédigées seront transmises aux GHU** et s'appliqueront tant aux échanges entre professionnels de santé et patients ou leurs proches qu'aux échanges entre professionnels.

**La sécurisation du risque suicidaire** au cours des parcours de prise en charge psychiatrique ou non, devra être renforcée par la mise en place **d'un plan de prévention spécifique en lien avec les recommandations de la feuille de route de la DGOS** relative à la qualité, sécurité et pertinence des soins. Le ministère de la santé a initié une grille de sécurisation de l'environnement mobilier et immobilier en établissement, élaborée par un groupe de travail composé de professionnels et

---

<sup>10</sup> Tous les sites sauf 1 site sur le GHU Centre

d'experts sur la prévention du risque suicidaire. Ces recommandations ont été présentées en 2025 **et seront déployées tout au long de la période 2026-2030.**

**Les protocoles de coopération** contribuent également à l'amélioration de la sécurité des soins en renforçant la coordination, en clarifiant les responsabilités, en standardisant les pratiques et en permettant une prise en charge plus rapide et mieux organisée des patients. L'AP-HP s'est engagée depuis 2021 dans cette politique de protocoles de coopération, ce sont près de 29 protocoles locaux qui ont été autorisés. Ces protocoles constituent une opportunité pour les patients, mais aussi pour l'attractivité des métiers de l'hôpital<sup>11</sup>, c'est la raison pour laquelle, la **période 2026-2030 devra mettre l'accent sur une stratégie en vue de leur développement.** Cette stratégie intègrera deux dimensions complémentaires, celle de la promotion des protocoles existants (axe communication, partage ...) et celle de l'instruction de nouveaux protocoles : process d'instruction en lien avec la CME et embarquement dans la démarche de nouvelles disciplines.

## 5. Gouvernance et collectif professionnel

**La gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins revêt un enjeu stratégique au sein de l'AP-HP.** Cette gouvernance définit la manière dont l'AP-HP organise, pilote et améliore en continu la prise en charge des patients. Même si la réglementation définit le rôle clé du PCME et du directeur général, l'enjeu majeur est de **déployer cette politique dans tous les sites, de rendre plus visible les enjeux de cette politique pour *in fine* les intégrer dans les prises de décisions.**

Cette déclinaison passe par une organisation structurée en lien avec les différents risques, ce point sera développé dans l'objectif 1 de l'axe 3.

**Cette organisation structurée ne doit pas être synonyme de travail en silo, c'est la raison pour laquelle il sera encouragé la mise en place régulière de rencontre de sécurité essentielle,** pour identifier rapidement les risques et la mise en œuvre d'actions d'amélioration (réduire la survenue ...), mais aussi pour favoriser la communication entre les professionnels impliqués dans les prises en charges des patients. Elles permettront de développer la culture de sécurité en encourageant les équipes à parler ouvertement des erreurs ou des incidents, sans crainte de sanction. Cela aide à passer d'une culture de culpabilisation à une culture d'apprentissage et d'amélioration continue. Enfin, elles créent un espace d'échange régulier qui améliore la cohésion d'équipe, la confiance et l'implication de chacun dans la qualité des soins. La gouvernance et les représentants des usagers seront intégrés à ces rencontres dans le respect de la méthode décrite par la HAS.

**Ces rencontres de sécurité sont une des briques pour l'identification collective des risques à l'échelon d'un service,** elles ont comme principale avantage de faire « parler ensemble » les membres d'une équipe. Le sujet dépasse celui de la communication au sein d'une équipe. En effet, les problèmes de communication entre les équipes de soins sont l'un des facteurs de risque majeurs pour la sécurité des patients. Dans le circuit du médicament, comme dans la prise en charge globale, une mauvaise transmission de l'information peut entraîner des erreurs graves, parfois évitables, selon l'OMS, jusqu'à 70 % des événements indésirables impliquent au moins en partie une défaillance de communication<sup>12</sup>. La sécurisation de la communication est donc un enjeu fondamental. Pour ce faire, **des outils structurés de type SAED seront développés.**

---

<sup>11</sup> IDE, IADE, AS, MERM ..

<sup>12</sup> <https://wordscr.com/what-percentage-of-medical-errors-are-communication-related>

### **SAED : un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé**

L'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (SAED) est l'adaptation française de l'outil anglo-saxon « Situation Background Assessment Recommendation » (S.B.A.R.). C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.

L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise et d'éviter les oublis.

Enfin, le rôle des CGRAS est majeur dans cette organisation, depuis 2010<sup>13</sup>, les établissements de santé doivent obligatoirement désigner un CGRAS chargé d'assurer un appui aux instances dirigeantes de l'établissement et de veiller à la bonne exécution des actions programmées. Le CGRAS est la plupart du temps rattaché fonctionnellement au directeur qualité, et hiérarchiquement à la direction de l'établissement<sup>14</sup>. Pour autant, la place accordée au CGRAS n'est pas toujours satisfaisante au regard de l'importance de son rôle. Une enquête<sup>15</sup> menée en 2025 dans les 38 sites, montrent que la répartition des CGRAS n'est pas homogène et le temps accordé à leur mission est faible. Des travaux ont d'ores et déjà démarré pour promouvoir cette mission, cette promotion repose sur différentes actions qui seront menées au cours des années 2026-2030.

En outre, le rôle du RSMQ<sup>16</sup>, chargé d'animer et de coordonner de manière transversale les enjeux de prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles avec tous les acteurs impliqués sur ces sujets dans l'établissement, est encore trop peu lisible. A l'instar de ce qui a été mené pour les CGRAS, les **missions des RSMQ seront clarifiées** pour améliorer la lisibilité de la gouvernance qualité-sécurité des produits de santé.

## **6. Anticipation des risques émergents et gestion de crise**

La survenue d'une crise ou d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) impacte l'organisation d'un établissement de santé. Quel que soit la typologie de cette SSE, qu'elle que soit l'origine, celle-ci fait basculer le pilotage de l'établissement dans un environnement instable et sujet à de fortes turbulences. Pour maîtriser ces situations et organiser sa réponse, l'établissement de santé s'appuie sur un corpus réglementaire de planification évolutif (planification ORSEC et ORSAN).

Cette planification a pour cible :

- l'amélioration de la connaissance et de la maîtrise des vulnérabilités dans les établissements de santé,
- le renforcement de la planification de la réponse face aux risques et menaces,
- le développement d'une politique de formation et de simulation des personnels.

Les crises sanitaires à cinétique lente comme celle du COVID-19 ou encore des indisponibilités de nos outils numériques ont révélé de nouvelles contraintes et imposé de nouvelles organisations.

<sup>13</sup> Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

<sup>14</sup> Le CGRAS est désigné par le chef d'établissement en concertation avec le président de la CME.

<sup>15</sup> Une enquête menée en interne a ainsi montré que seuls 22 CGRAS correspondant à 5,6 équivalents temps plein (ETP) avaient effectivement été désignés

<sup>16</sup> Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse Arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables

Dans ce contexte, des actions de renforcement des organisations tout en veillant à garantir une parfaite articulation entre les sites et le Siège de l'AP-HP, seront à mettre en place.

Le programme d'actions devra s'attacher à :

- **Actualiser et adapter la planification institutionnelle de réponse aux situations de crise sanitaires exceptionnelles, au regard notamment de l'actualisation du dispositif ORSAN 2024.**
  - En renforçant la connaissance, la cartographie des fragilités et la maîtrise des risques en cohérence avec la planification ORSAN selon les thématiques suivantes :
    - Accueil massif de victimes (AMAVI),
    - Plan SSE de l'AP-HP,
    - Risque Nucléaire Radiologique et Chimique (NRC),
    - Mise en place d'une coordination avec les sites référents,
    - Risque Climatique (canicules – inondations),
    - Plan particulier contre les inondations,
    - Risque médico –psychologique,
    - Risque infectieux et émergences biologiques (REB) reposant sur la mise en place d'une coordination avec les sites référents,
  - En développant une planification spécifique pour la thématique de risque CYBER :
    - Plans de continuité et de reprise d'activité (PCRA) pour l'intégralité des services de soins et des directions fonctionnelles,
    - Consolidation et déclinaison opérationnelle du plan cyber résilience de l'AP-HP dans le cadre du déploiement des PCRA,
    - Création d'un réseau de référents résilience numérique au sein de l'AP-HP et animation de ce réseau de relais locaux pour la préparation, la formation et la réponse aux événements,
    - Test des différentes organisations par des exercices et mises en situation récurrentes,
  - En renforçant la cohérence de la réponse organisationnelle au périmètre des GH en actualisant et adaptant les procédures de réponses en lien avec les évolutions de la doctrine ORSAN tant au niveau central qu'au niveau GH et site.
- **Consolider la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles :**
  - En actualisant l'organisation de pilotage de crise (afflux massif de victimes, crue, numérique...),
  - En développant un système d'information partagés de pilotage de crise et de diffusion d'informations en lien avec la DSN,
  - En renforçant la politique de formation et d'exercices au périmètre institutionnel via le développement d'actions de formation et de simulation en se basant sur le travail de préparation des établissements pour les JO Paris de 2024. Formation EPEC (exercices de préparation des établissements à la crise).

## AXE 3 – Un pilotage de la Qualité ancré dans les services pour garantir l'excellence

### Objectifs généraux

- Développer une culture du pilotage par les indicateurs au plus près du terrain.
- Maintenir et développer une reconnaissance externe de l'excellence des organisations.

### 1. Pilotage qualité et prévention des risques

Dans un contexte d'exigence croissante en matière de sécurité des soins et de performance organisationnelle, le pilotage de la qualité constitue un axe stratégique majeur. Il repose sur une approche structurée combinant le suivi d'indicateurs pertinents, l'analyse des risques et une présence active sur le terrain à travers des visites de risques, ou des visites à blanc dans le cadre de la préparation à la certification des sites de l'AP-HP.

Mais, au-delà des indicateurs nationaux, le pilotage de la qualité passe aussi par la mise en place d'un système d'indicateurs propres à l'AP-HP. Celui-ci regroupe des indicateurs stratégiques, sélectionnés pour leur pertinence et leur capacité à orienter la décision. À l'heure actuelle, les tableaux de bord produits et mis à la disposition des professionnels des hôpitaux de l'AP-HP dans le portail Pilote facilitent le suivi de plusieurs indicateurs clés par hôpital et par unité fonctionnelle (UF) parallèlement aux indicateurs nationaux. Les indicateurs disponibles sont : le pourcentage de séjours avec un document de sortie (lettre de sortie ou compte rendu d'hospitalisation) ; le pourcentage de séjours avec un document de sortie validé ; le pourcentage de séjours avec un document de sortie validé le jour même (J0) et dans les huit jours suivant la sortie (J8) ; le pourcentage de séjours avec au moins une évaluation de la douleur avec échelle ; le pourcentage de séjours avec une réévaluation de la douleur ; le pourcentage de séjours avec au moins une évaluation du poids ; le pourcentage de patients dont l'adresse e-mail est connue. Malgré des organisations différentes selon les GHU, la volonté de promouvoir l'appropriation des indicateurs auprès des équipes de soins est partagée par l'ensemble des hôpitaux. **L'objectif pour les années à venir est d'aller plus loin et de proposer aux services de soins d'autres indicateurs qualité relatifs à la continuité de la prise en charge**

Enfin, dans le cadre du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et du déploiement des programmes numériques nationaux, l'AP-HP **s'engage dans le développement d'un indicateur de suivi interne « Taux de transmission d'une lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation dans le dossier médical partagé (DMP) des patients ayant une identité nationale de santé (INS) qualifiée »**. Ces transmissions de documents renforceront la sécurité de la prise en charge des patients en ville.

En complément de l'analyse des données, le pilotage de la qualité s'appuie sur une approche proactive de prévention des risques, notamment à travers la réalisation de visites de risques.

Ces visites de risques, organisées de manière planifiée, consistent en des observations in situ des pratiques professionnelles et des organisations de soins. Elles contribuent à identifier les situations à risque avant la survenue d'événements indésirables.

La démarche repose sur une grille d'observation structurée, couvrant des thématiques essentielles telles que l'hygiène, l'identitovigilance, la radioprotection, le circuit du médicament ou encore la gestion des dispositifs médicaux. Réalisées par des équipes pluridisciplinaires, ces visites de risques favorisent un dialogue constructif avec les professionnels et une meilleure compréhension

des contraintes de terrain. **Ce type de visites seront généralisées dans les services y compris les blocs opératoires.** La restitution des constats, effectuée à chaud puis formalisée dans un rapport, déboucheront sur la mise en place d'actions correctives adaptées. Le suivi de ces actions s'inscrit pleinement dans le dispositif global de pilotage et de cercle vertueux de la qualité.

Des visites à blanc, initiées lors du précédent cycle de certification<sup>17</sup>, sont organisées par la direction qualité partenariat patient, pour chaque site de l'AP-HP lors de la préparation de la visite de certification. Elles s'intègrent dans le dispositif plus général de visites de risques. Ces visites à blanc permettent de réaliser un audit dans le format utilisé par la HAS (même méthodes que celles de la HAS<sup>18</sup>) sur tous les types de prises en charges. **Ces visites à blanc sont menées par des experts visiteurs de la HAS également exerçant comme soignants, ingénieurs, directeurs à l'AP-HP, accompagnés par des experts de la direction qualité partenariat patient.** A l'issue de ces visites, des plans d'actions sont proposés à chaque site et chaque service visité. Ces visites à blanc seront reconduites durant la période 2026-2030, et elles seront mises en œuvre un an avant chaque visite de la HAS.

### Développement de la gestion électronique des documents (GED) comme levier de la démarche qualité

Une Gestion Electronique Documentaire (GED) constitue un levier essentiel pour une démarche qualité, car elle centralise l'ensemble des documents afin d'en garantir la fiabilité grâce à une gestion rigoureuse des versions et une traçabilité complète des modifications. Elle facilite la conformité aux exigences réglementaires et normatives, notamment celles de la ISO 9001 ou de la HAS en rendant l'information rapidement accessible et à jour. La GED offre l'accès à des documents qualité validés par des experts afin d'améliorer l'efficacité des équipes et limite les erreurs. Enfin, elle soutient l'amélioration continue grâce à une mise à jour et une diffusion rapide des bonnes pratiques, faisant de la démarche qualité un système structuré, fiable et évolutif.

C'est dans ce contexte que la GED SMQ institutionnelle est mise en place dans la majorité des GHU et sites de l'AP-HP. Elle est portée par la DQ2P en lien avec les équipes qualité des GHU pour répondre au mieux aux besoins des contributeurs et utilisateurs terrain. Fin 2026, la GED SMQ sera en mesure de diffuser des documents institutionnels de bonnes pratiques depuis l'échelon central. Cette nouvelle fonctionnalité simplifiera la diffusion de procédures APHP et des commissions qualité dans des délais optimisés. Autre évolution majeur de la GED SMQ, l'accessibilité de la documentation qualité aux équipes mobiles (HAD,...) depuis les téléphones portables professionnels.

## **2. Reconnaissance et excellence institutionnelle**

### Un objectif, le maintien d'un haut niveau de certification pour tous les sites de l'AP-HP

La cinquième itération de la certification, dite V2020, a été lancée par la HAS en avril 2021. Cette procédure repose sur une méthode d'évaluation centrée sur les pratiques réelles de prise en charge, privilégiant notamment les méthodes suivantes : parcours traceur, patient traceur, traceur ciblé et audit système. **À l'issue des visites, les résultats globaux de l'AP-HP témoignent d'un niveau élevé de qualité des soins,** avec des scores compris entre 89 % et 98 % et une moyenne de 95 %. Ces visites ont montré une dynamique d'amélioration continue, soutenue par de nombreux outils

---

<sup>17</sup> V2020

<sup>18</sup> Audit Système, patients traceurs, parcours traceurs, traceurs ciblés, observation

institutionnels, des formations ciblées, des démarches d'analyse des événements indésirables et des actions de sensibilisation.

**Les enjeux prioritaires pour les prochaines années concernent l'harmonisation des pratiques entre les sites, le renforcement de l'appropriation par les professionnels, la diffusion transversale des retours d'expérience et le développement d'une culture qualité et sécurité pleinement partagée avec les usagers.**

Les écarts identifiés dans le cadre de la V2020 constituent autant de leviers stratégiques au regard des attendus renforcés du manuel de certification V2025, qui accentue l'évaluation des pratiques réelles, la démonstration de l'impact des actions d'amélioration et l'implication effective des patients et des professionnels au quotidien.

La transition vers la certification V2025 constitue une opportunité stratégique pour capitaliser sur les acquis de la V2020, consolider l'homogénéité des pratiques et inscrire durablement la qualité et la sécurité des soins au cœur des parcours patients et du quotidien des équipes. La réussite de cette nouvelle étape reposera sur la capacité collective à poursuivre les actions d'ores et déjà déployées avec pour objectif de maintenir un haut niveau de certification V2025 pour tous les sites de l'AP-HP.

Valorisation des démarches de reconnaissance externe en lien avec les stratégies de recherche et la politique de lutte contre le cancer

S'agissant de l'activité de cancérologie, l'AP-HP assure le tiers de l'activité en Île-de-France en prenant en charge tous les types de cancers, y compris les tumeurs rares, à tous les stades et à tout âge. Elle assure les urgences et gère les formes les plus graves nécessitant des services support de très haut niveau. La cancérologie constitue donc un axe fort de ses priorités stratégiques en matière d'évolution de l'offre de soins à 3 et 5 ans (« levier 23 »). **Avec son plan cancer 2024-2028, l'AP-HP poursuit la labellisation de tous ses groupes hospitalo-universitaires (GHU) par l'Organisation des instituts européens du cancer (OECI) et s'engage dans la constitution de l'ensemble de l'AP-HP en un réseau unique de centres de cancer** (« comprehensive cancer network AP-HP »). L'AP-HP pourrait également être labellisée dans le cadre de l'European comprehensive cancer center network (EUNETCCC) dans la continuité du projet CRANE avec une dimension territoriale plus affirmée en un réseau territorial de structures partenaires ou affiliées. Ces labellisations garantissent à tous les patients une prise en charge rapide et d'excellence, quel que soit l'hôpital de prise en charge. Elles assurent en outre une lisibilité des parcours de soins, la facilité d'un accès aux protocoles de recherche, notamment aux essais précoces, et une prise en charge homogène pour tous les patients au sein de l'ensemble des établissements accrédités.

Promotion de la démarche ISO 9001

Développer une démarche basée sur la ISO 9001 au sein de l'AP-HP permet de structurer les processus, d'harmoniser les pratiques et de renforcer la qualité et la sécurité des soins. Elle favorise une organisation centrée sur l'amélioration continue, la satisfaction des patients et la maîtrise des risques, tout en facilitant la traçabilité et le pilotage des activités. En complément des exigences de la HAS, elle constitue un cadre reconnu pour professionnaliser la gestion et renforcer la performance globale de l'établissement.

**Dans une démarche d'amélioration continue et d'excellence opérationnelle**, la DRCI et la DQ2P ont conjointement piloté la mise en œuvre d'un marché dédié à l'accompagnement des équipes des GHU et sites de l'AP-HP à la norme ISO 9001. Cet accompagnement vise à **soutenir les équipes dans l'atteinte des exigences nécessaires à l'obtention de la certification ISO**, tout en consolidant leurs processus pour en assurer la pérennité. Pour compléter ce dispositif, un **pool d'auditeurs internes, formé à la norme ISO 9001**, est en cours de constitution. Il permettra notamment la réalisation des audits internes à la demande, de répondre aux questions des équipes, afin d'évaluer et d'optimiser en continu les pratiques en place.

Cette initiative s'inscrit dans une **logique d'intégration des grands principes de la norme ISO 9001**, tels que l'orientation client, l'amélioration continue, l'approche processus et la prise de décision fondée sur des faits. En combinant expertise interne et accompagnement sur mesure, ce dispositif renforce non seulement la conformité des services engagés dans cette démarche qualité, mais aussi leur capacité à **maintenir et améliorer leur système de management de la qualité** sur le long terme.

Ces reconnaissances renforcent la crédibilité, l'attractivité et le rayonnement national et international de l'établissement.

#### Assurance Qualité en imagerie médicale

**L'assurance qualité en imagerie médicale** repose sur un **ensemble de processus rigoureux** visant à garantir la fiabilité des examens, la précision des diagnostics et la sécurité des patients et des équipes, tout en optimisant l'efficacité des équipements et des ressources humaines. Cette démarche s'articule autour de plusieurs axes : **le contrôle qualité des équipements** (vérification régulière des performances des appareils d'imagerie, calibration, maintenance préventive), **la formation continue des professionnels** (radiologues, manipulateurs en radiologie, médecins médicaux) pour maîtriser les protocoles et les évolutions technologiques mais aussi sur les risques inhérents à leurs pratiques (dose d'irradiation patients ou professionnels, utilisation de l'IA comme aide au diagnostic,...), ainsi que **l'évaluation systématique des pratiques** grâce notamment en 2025 et 2026 la réalisation de traceurs ciblés radioprotection des patients/ médicament dans les services d'imagerie de l'APHP possédant un scanner diagnostique soit 34 services d'imagerie, l'analyse des incidents, la réalisation de retours d'expériences avec plan d'actions correctives. Le service management qualité de la DQ2P suit l'ensemble de ses démarches, en lien avec les directions qualité des GHU et les services d'imagerie. Il participe également aux inspections de l'Autorité de Sûreté Nucléaire et de Radioprotection (ASNR) et à leur préparation à la demande des services ainsi qu'aux réponses aux lettres de suite en apportant son expertise.

L'intégration de **normes et de référentiels** — tels que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les bonnes pratiques de la Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société française de Radiothérapie Oncologique (SFRO) avec notamment la décision n° 2019-DC-0660 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 15 janvier 2019 fixant les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale mettant en œuvre des rayonnements ionisants et la décision n° 2021-DC-0708 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique ou les standards (ISO 9001, ISO 599-300) — structure cette démarche et assure une **amélioration continue** des processus. A ce jour les 14 services de médecine nucléaire (dont un

est certifié ISO 9001), les services d'imagerie et les 5 services de radiothérapie sont engagés dans la démarche qualité.

En combinant **innovation technologique, rigueur organisationnelle** et **culture de la sécurité**, l'assurance qualité en imagerie contribue non seulement à la **réduction des risques** (erreurs de diagnostic, sur-exposition du patient ou du professionnels non-conformités), mais aussi à **l'optimisation de la prise en charge globale des patients**, dans un contexte où la précision et la rapidité des examens sont déterminantes pour les parcours de soins.

### **Conclusion**

Ce projet qualité, sécurité et expérience patient traduit une vision ambitieuse, collective et durable des soins. Il repose sur l'engagement des professionnels, la participation active des patients et le soutien fort de la gouvernance. Il vise à garantir des soins toujours plus sûrs, plus humains, plus pertinents et plus innovants, dans une dynamique d'amélioration continue au service de tous.

DOCUMENT DE TRAVAIL