

Projet d'établissement 2015-2019

Projet gestion des risques et qualité



UNE AP-HP
OUVERTE, UNIE
INNOVANTE

SOMMAIRE

Fédérer l'AP-HP autour de la gestion des risques et de la qualité.....	3
I. Le management stratégique au service de la GRQ	5
1-1 Optimiser le management stratégique et la gouvernance du CHU.....	5
1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques.....	6
II. Sécurisation et amélioration continue de nos pratiques	9
2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.....	9
2-2 Gérer le risque infectieux	10
2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés	11
2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse.....	12
2-5 Améliorer la performance du plateau médico-technique d'imagerie et de biologie	13
2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire	14
2-7 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	15
2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque	16
III. Primauté de l'expérience vécue par le patient.	18
3-1 Optimiser le parcours du patient	18
3-2 Promouvoir les droits des patients.....	19
3-3 Gérer le dossier du patient.....	20
3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie	22
IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité du soin.....	23
4-1 La qualité de vie au travail comme levier	23
4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques.....	24
Gestion des ressources humaines	24
Gestion des ressources financières	25
Gestion de l'information.....	26
Performance logistique.....	26
Conclusion.....	28
Ont participé à la construction du projet gestion des risques et qualité.....	55

Fédérer l'AP-HP autour de la gestion des risques et de la qualité

Premier CHU de France, l'AP-HP vise l'excellence de l'ensemble de ses pratiques, au bénéfice des usagers. Cette ambition nécessite un travail continu pour améliorer la gestion des risques et la qualité (GRQ) dans tous nos processus clefs. Le volet qualité et gestion des risques du projet d'établissement 2015-2019 rassemble nos priorités institutionnelles pour assurer la qualité des soins et la sécurité du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, intégrant les activités support au service du soin. La priorité marquée pour la qualité des soins et la sécurité du patient est à la fois une condition d'exercice de la mission de service public de l'hôpital, mais aussi un facteur d'attraction essentiel dans un monde où le patient est de plus en plus consommateur de soins et où les phénomènes de réputation vont croissant.

Trois principes ont guidé son élaboration :

- une démarche participative : élaboré par 20 groupes de réflexion composés de représentants des groupes hospitaliers (GH), des pôles d'intérêt commun (PIC), du siège, des instances centrales et locales, le volet qualité et gestion des risques est donc intégrateur ; il facilitera la coopération de tous les professionnels autour d'objectifs partagés de GRQ, compréhensibles pour les acteurs de terrain ;
- une approche réaliste mais volontariste dans la définition de nos ambitions : cohérent avec le plan stratégique, le projet médical, le projet de soins et le projet de prise en charge 2015-2019, le projet GRQ s'inscrit dans la continuité du précédent plan stratégique et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) 2013-2016 de la CME. Il intègre aussi les résultats des visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS) en V2010 et les exigences de la V2014, en particulier les pratiques exigibles prioritaires (PEP) ; le volet GRQ fixe nos ambitions, notamment dans l'association plus engagée du patient à nos démarches ;
- une approche pragmatique de structuration du document : le volet GRQ a été conçu pour faciliter l'entrée dans la certification V2014 des GH qui doivent s'engager dans la production des comptes qualité et l'adoption d'une approche par processus. Construit à partir des 20 thématiques identifiées par la HAS, le volet GRQ énonce les orientations stratégiques les

principes organisationnels et les axes de travail en les traduisant, en annexe, en actions prioritaires concrètes.

Ce socle commun sera décliné de façon opérationnelle par les GH, hôpitaux non rattachés à un GH, l'Hospitalisation à domicile (HAD) et les PIC, en fonction et dans le respect de leurs spécificités.

Le projet GRQ de l'AP-HP doit ainsi fédérer l'ensemble des professionnels afin d'améliorer visiblement et durablement la qualité du service rendu au patient. Sa réalisation fera l'objet d'un suivi régulier et d'une information annuelle aux instances.

I. Le management stratégique au service de la GRQ

1-1 Optimiser le management stratégique et la gouvernance du CHU

Le bilan du plan stratégique 2010-2014 a permis de montrer les forces et faiblesses de l'institution et notamment de faire le bilan de la mise en place des GH. La préparation du plan stratégique 2015-2019, largement participative, a intégré les priorités régionales de santé contenues dans le programme régional de santé, une réflexion thématique, la contribution des collégiales de spécialités médicales de l'AP-HP, le travail collaboratif des GH, des auditions des partenaires de l'AP-HP.

Le plan stratégique, le projet médical, le projet de soins et les autres volets réglementaires du projet d'établissement, qui reposent sur les valeurs de service public hospitalier, intégrant des missions de soins, d'enseignement et de recherche, sont déclinés par les GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun, et sont accessibles à tous sur l'internet et l'intranet. L'ensemble des priorités énoncées sont traduites dans un plan d'actions pluriannuel, engageant le siège et les structures locales. Il est décliné au niveau des pôles, permettant de s'assurer de la réalisation des objectifs. Un tableau de bord des indicateurs permet de visualiser les résultats, de les partager lors des conférences stratégiques, et de réajuster si besoin les projets.

L'AP-HP est structurée en plusieurs échelons qui s'articulent entre eux : siège, GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun, pôles cliniques, structures internes de pôle (services, unités fonctionnelles). Les organigrammes, le règlement intérieur, les délégations de signature permettent de structurer les responsabilités. Toutefois, la mise à plat de la répartition des activités entre siège et GH pourrait faire gagner en lisibilité et en efficacité. Des instances, verticales ou horizontales, participent à la définition de la stratégie et au suivi de sa mise en œuvre. Les contrats de pôle permettent de fixer des objectifs et le dialogue infra-annuel permet de partager les résultats. Cependant, la participation des pôles à la gouvernance des GH n'est pas toujours harmonisée. Les notes de service, l'intranet et la messagerie permettent entre autres de faire connaître l'organisation interne, la vie des instances, et de diffuser les éléments actualisés. L'encadrement de proximité des secteurs d'activité doit cependant être renforcé.

Le développement durable fait partie des engagements contenus dans le plan stratégique de l'AP-HP. L'institution s'est dotée d'une politique structurée de développement durable, fondée sur cinq objectifs prioritaires : atteindre la haute qualité environnementale (HQE); maîtriser les dépenses d'énergie; maîtriser et valoriser les déchets; développer une politique d'achats éco-responsable; intégrer la

dimension sociale. L'AP-HP a engagé les GH dans la mise en œuvre d'une politique de développement durable, avec la nomination d'un référent local et la déclinaison locale d'un plan pluriannuel. Il convient aujourd'hui de donner une nouvelle impulsion à notre projet institutionnel de développement durable, de coordonner les acteurs au sein d'un réseau des correspondants et de sensibiliser tous les acteurs de l'hôpital, y compris les usagers.

L'AP-HP est historiquement engagée dans la démarche éthique consubstantielle à l'activité soignante : l'Espace éthique, centre pluridisciplinaire à la disposition de tous les professionnels et ouvert à l'extérieur, est un lieu de documentation, de formation, d'échanges ; l'AP-HP est dotée depuis 2002 d'un Centre d'éthique clinique d'aide à la décision, à la disposition des patients et des professionnels de l'AP-HP ; des structures locales – groupes, comités ou commissions – se développent dans les GH sous l'impulsion des CME locales, pour assurer l'intégration de la dimension éthique et de la réflexion pluridisciplinaire dans la prise en charge des situations critiques, par l'intermédiaire de colloques et formations. Les différents projets (médical, de soins, de prise en charge...) promeuvent un engagement éthique des professionnels dans la prise en charge des patients, en particulier par l'intermédiaire de la promotion de la bientraitance, pour laquelle de nombreuses formations sont organisées. Le recueil des événements indésirables et des réclamations, leur analyse par les professionnels (lors de RMM, EPP, enquêtes...), leur suivi annuel, local et central, permettent d'évaluer l'impact des mesures mises en place et l'imprégnation de la réflexion éthique. L'AP-HP continuera de favoriser le développement de consultations pluridisciplinaires d'éthique clinique au sein des GH.

1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques

Le management de la qualité et la gestion des risques à l'AP-HP repose sur des instances centrales et sur la direction générale, qui mobilise l'ensemble des parties prenantes.

La coordination centrale du management de la GRQ est assurée au sein de la direction générale de l'AP-HP par deux comités complémentaires, le Comité du management de la qualité et le Comité de certification. Le premier, animé par la secrétaire générale, anime la politique institutionnelle en matière de GRQ dans tous ses aspects. Rassemblant des représentants du siège et des GH, il suit les chantiers institutionnels et en arrête les modalités d'appui au niveau central. Plus ciblé, le Comité de certification, coprésidé par le directeur général et le président de la CME, a pour objectif de piloter le processus de certification HAS à l'AP-HP (V2010, V2014) et d'opérer les arbitrages nécessaires pour apporter une réponse adaptée aux réserves transversales ou récurrentes.

Le siège assure pour les GH un rôle d'appui et de conseil pour déployer sur le terrain la politique de GRQ, en proposant des outils, en développant des formations, en organisant des retours d'expériences. Y concourent notamment la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), la direction des patients, usagers et associations (DPUA), la direction des soins et des activités paramédicales (DSAP), la direction des ressources humaines (DRH), la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) ; la direction des affaires juridiques (DAJ).

La responsabilité de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) est conjointement confiée au directeur général et au président de la CME. En juin 2012 et en étroite coopération avec la DOMU, le président de la CME a mis en place une Cellule QSS & CAPCU. Présidée par le président de la CME, elle se réunit chaque mois pour alimenter la réflexion pluridisciplinaire sur la GRQ, coordonner les initiatives et lancer des actions spécifiques (comme la mise à niveau des techniques de ponction lombaire, le recensement centralisé des effets indésirables graves ou la diffusion des directives sur la fin de vie). En outre, la cellule organise la présentation d'au moins un sujet lié à la QSS & CAPCU lors de chaque réunion de la CME. En articulation avec les différentes directions du siège de l'AP-HP, la cellule intègre les missions de tous les acteurs impliqués : la CME et ses sous-commissions (COMEDIMS, C-CLIN, COVIRIS, C-CLAN, C-CLUD notamment), la C-CSIRMT, l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) centrale, le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins (C-GRAS) et le responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM), tous deux membres de la CME. La Cellule QSS & CAPCU a rédigé le programme d'action QSS & CAPCU dont le bilan annuel est présenté aux instances (CME, CSIRMT, CTEC, CS). Enfin, la définition des priorités GRQ au service du soin s'appuie sur les orientations prioritaires du projet de soins, élaboré par la direction centrale des soins et activités paramédicales.

Dans les GH, le management de la GRQ est assuré par l'équipe de direction. Le directeur s'appuie notamment sur la direction GRQ, le chargé des relations avec les usagers et la direction des soins. Fortement impliqué dans la qualité et la gestion des risques associés aux soins, le président de la CME locale établit son expertise en lien avec le président de la sous-commission QSS, le C-GRAS et le RSMQPECM, ainsi que, le cas échéant, sur des compétences médicales du GH en santé publique. Cette gouvernance locale a pour mission d'orchestrer la déclinaison au plus près du terrain de la politique institutionnelle.

Pour la période 2015-2019, la politique qualité institutionnelle poursuivra une approche fédératrice, renforcera la place du patient et intégrera les modalités de la V2014. Elle tiendra aussi compte de la nécessité de renforcer les compétences des membres des directions qualité et de les stabiliser. Elle s'attachera à faire évoluer les outils informatisés de gestion de la qualité, en particulier celui de la déclaration et de la gestion des évènements indésirables, comme de la gestion documentaire.

Le projet QSS décline au niveau des GH, de façon opérationnelle, la politique qualité et sécurité des soins institutionnelle. Nourri de l'analyse *a priori* des risques, des signalements d'évènements indésirables, de la prise en compte du point de vue du patient et des résultats de la certification V2010, le programme intègre l'ensemble des PEP de la V2014 et reflète les priorités de chaque GH dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. Il intègre en outre les démarches d'accréditation sectorielles réglementaires et la gestion des crises. Élément constitutif prépondérant du compte qualité, le programme qualité visera également à mieux appréhender l'impact des actions qu'il prévoit.

La promotion d'une véritable culture GRQ sur le terrain repose sur l'animation de démarches très concrètes d'amélioration continue des pratiques et organisations, à destination de tous les personnels. A ce titre, le développement professionnel continu (DPC), associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles, apporte un élément de garantie pour la qualité et la sécurité des soins. Le déploiement, contractualisé avec les pôles, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), dont notamment les comités de retours d'expériences (CREX) et les revues de morbi-mortalité (RMM), est à ce titre la priorité. En effet, ces démarches permettent une médicalisation de la gestion des risques et une approche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, source de renforcement de la culture qualité et sécurité. La prise en compte des parcours patient et le management des processus seront à développer, en s'appuyant sur des démarches évaluatives de type patient traceur et audit de processus.

Le développement des EPP doit porter en priorité sur : la pertinence des soins, en déclinant le contrat de bon usage ; les indicateurs de pratique clinique ; les RCP et RMM, obligatoires. L'objectif pour 2015-2019 est de développer une véritable politique de promotion de l'EPP, en ciblant davantage les EPP sur les thématiques prioritaires, en s'assurant de leur déploiement sur le terrain et en mesurant l'impact opérationnel.

L'AP-HP maintiendra également ses exigences en termes d'audits annuels, au-delà des exigences externes (IPAQSS notamment). Elle ambitionnera, dans un objectif d'efficacité, de simplifier et intégrer les indicateurs dans le pilotage de la politique qualité.

II. Sécurisation et amélioration continue de nos pratiques

Les démarches GRQ reposent sur des organisations assurant une coordination, des analyses de processus, l'identification des risques à chaque étape, l'harmonisation des procédures et le suivi de leur exécution, la gestion des événements indésirables, la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration. Une approche d'identification des risques a priori est à renforcer pour les secteurs et activités les plus à risques, comme les urgences. Le patient lui-même doit être mobilisé en tant que partenaire actif de l'optimisation des organisations et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de cette prise en charge.

Les orientations institutionnelles sont déclinées en matière d'identitovigilance, de lutte contre le risque nosocomial, de réalisation des activités non programmées et dans les secteurs sensibles (bloc opératoire, imagerie, biologie, secteurs à risque). Elles sont traduites en priorités d'actions.

2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Au sein de l'hôpital, les erreurs d'identification du patient sont responsables le plus souvent d'une perte de temps et d'efficience avec potentiellement un impact sur la facturation. Elles peuvent aussi et surtout avoir des conséquences graves pour le patient (erreur de médicament, de produit sanguin, d'interprétation d'un examen radiologique, erreur de côté). L'AP-HP a travaillé, dès 2007, sur la « fiabilité des bases » (CIV, procédures suivi des doublons) et sur « le bon soin au bon patient » (signalement et analyse des erreurs dans OSIRIS) en développant une politique articulée autour de quatre axes :

- un numéro d'identification permanent du patient, unique et fiable, au sein de toute l'institution ;
- le port du bracelet d'identification pour tous les patients hospitalisés ;
- la standardisation des modalités d'identification des patients lors d'un soin ;
- la participation du patient à sa sécurité.

Les GH ont tous mis en place une commission d'identitovigilance, qui s'appuie sur une cellule et des référents par service. Le développement et le déploiement de l'identifiant unique, d'ici à fin 2016, dans toute la mesure du possible, dans la totalité des hôpitaux de l'AP-HP, permettra de disposer d'un NIP AP-HP et d'un dossier unique pour chaque patient pris en charge, essentiel pour mener à bien les objectifs de continuité des soins, tout au long du parcours du patient.

Trois priorités institutionnelles sont donc identifiées pour la période 2015-2019 :

- fiabiliser l'identité du patient dans le système d'information, en particulier dans le cadre du déploiement du NIP AP-HP et du dossier patient informatisé ;
- assurer le contrôle de concordance entre la prescription, l'identification du patient et l'acte réalisé ;
- optimiser l'organisation de l'identitovigilance (pilotage et gestion opérationnelle), au niveau institutionnel et des GH.

2-2 Gérer le risque infectieux

La politique institutionnelle de gestion du risque infectieux et de prévention des infections associées aux soins est élaborée par le CLIN central et la COMAI, sous la responsabilité de la CME, sur proposition de l'ÉOH du siège et en concertation avec les représentants des usagers. L'application de cette politique repose sur une organisation opérationnelle impliquant des équipes opérationnelle d'hygiène (ÉOH) et des référents en anti-infectieux dans chaque site hospitalier, ainsi que sur des correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux dans chaque service hospitalier. Les actions sont centrées sur la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques (diminution de l'émergence de la résistance par diminution de la consommation des antibiotiques et maîtrise de la diffusion de la résistance par limitation de la transmission croisée) et sur la maîtrise des risques infectieux liés aux actes invasifs.

L'accent portera tout d'abord, parce qu'il est la base de la prévention des infections nosocomiales, sur le renforcement de l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique, en doublant le nombre de frictions quotidiennes. Les CLLIN et les équipes opérationnelles d'hygiène s'attacheront à sensibiliser toujours plus l'ensemble des professionnels à la prévention du risque infectieux. L'accent sera mis aussi sur l'amélioration de la gestion des excréments et de la qualité du bionettoyage, ainsi que sur la maîtrise de l'antibiothérapie. Les risques liés aux microbes émergents seront aussi traités. Ces actions seront relayées et soutenues par une communication institutionnelle active, et seront évaluées par les

indicateurs nationaux du tableau de bord des infections associées aux soins et par des indicateurs institutionnels.

2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés

Dans la période du plan stratégique, l'AP-HP déploiera sa stratégie globale d'amélioration des urgences, portant simultanément sur l'amont des structures hospitalières, sur les services d'urgences eux-mêmes, et sur l'aval dans les autres services hospitaliers. L'objectif est de réduire fortement le temps de prise en charge tout en améliorant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, ainsi que les conditions de travail des personnels.

Les actions de ce plan s'articulent autour de trois grands objectifs, déclinés dans le Plan stratégique et dans la Charte d'aval des GH pour l'amélioration des urgences approuvée par la CME en octobre 2013 :

- le maximum de patients ambulatoires sort des urgences après moins de 4h,
- le maximum de patients nécessitant une hospitalisation a un lit identifié moins de 30 min après la décision d'admission,
- les médecins urgentistes peuvent être aidés dans la recherche d'une place d'hospitalisation (sauf orientation immédiate en soins critiques).

La réalisation de ces objectifs passe, en amont de l'hôpital, par l'amélioration de la régulation médicale et de l'orientation des patients. Au niveau des urgences, il s'agira de réduire les temps d'attente à toutes les phases de la prise en charge, d'organiser les circuits de prise en charge selon le degré d'urgence et la typologie des patients, d'améliorer la prise en charge des urgences vitales, mais aussi d'interfacer le logiciel des urgences avec celui du dossier patient de l'établissement dans tous les hôpitaux dotés d'un SAU. En aval dans les hôpitaux de l'AP-HP, l'objectif sera de mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière, d'améliorer la visibilité effective sur la disponibilité des lits pour faciliter la gestion des hospitalisations en temps réel, de renforcer la coordination avec les établissements sociaux et médicosociaux. L'AP-HP favorisera la mise en place de mesures incitatives, comme celle inscrite à la révision des effectifs médicaux, laquelle prévoit un renforcement des effectifs médicaux pour les services qui s'engagent à augmenter leur participation à l'aval des urgences.

L'AP-HP mettra en place des outils d'informations pour les professionnels et le grand public, réalisera régulièrement des enquêtes de satisfaction des patients et diffusera les résultats des indicateurs de suivi des conditions d'accueil aux urgences.

2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse

La qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un axe stratégique de la politique QSS de la CME et un projet prioritaire pour l'AP-HP. Il a pour ambition de diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable et s'appuie sur un portage institutionnel fort, partagé par la Direction générale et le président de la CME.

L'AP-HP a nommé en 2011 un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, qui réunit régulièrement les responsables locaux de tous les GH et de l'AGEPS, pour réfléchir aux organisations les plus performantes et partager les expériences des hôpitaux de l'AP-HP.

L'évaluation de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient est au cœur de différents dispositifs régionaux et nationaux (contrat de bon usage du médicament annexe du CPOM, certification HAS, volet de l'inspection des PUI, indicateurs qualité généralisés ou IPAQSS). Il est nécessaire d'assurer une synergie et complémentarité entre ces démarches et leurs objectifs.

Les axes de travail à engager dans le plan stratégique à venir sont :

- assurer une gouvernance efficace avec une cohérence des actions pour optimiser la prise en charge médicamenteuse ;
- assurer une gestion des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- optimiser l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques de prescription, avec un renforcement de la juste prescription ;
- favoriser la montée en charge de la pharmacie clinique et notamment le déploiement de l'analyse pharmaceutique ;
- partager une réflexion sur les conditions de transport et de stockage des médicaments dans les unités de soins ;

- favoriser la sécurisation des conditions de réalisation de l’administration ;
- identifier les principaux risques liés à la prise en charge médicamenteuse dans les populations à risque (enfants, personnes âgées) et définir des actions préventives ;
- poursuivre la prévention des erreurs médicamenteuses liées à la gestion du traitement personnel du patient.

La qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient sera substantiellement améliorée par le déploiement de la prescription informatisée à toutes les étapes de ce processus, intégrant les problématiques d’interfaçage.

2-5 Améliorer la performance du plateau médico-technique d’imagerie et de biologie

L’AP-HP appliquera la loi portant réforme de la biologie médicale du 30 mai 2013 : Les 12 laboratoires de biologie médicale devront en effet être accrédités pour 50% de leur activité en 2016 sur l’ensemble des familles d’examens, pour 70% en 2018 et pour 100% en 2020 (normes NF EN ISO 15189). A ce jour, tous sont engagés dans la démarche et 9 sont déjà accrédités à 25% au moins de tout ou partie de leur activité biologique, ce qui traduit la forte imprégnation de la culture qualité et la dynamique créée au sein des équipes. Les services d’anatomo-cytopathologie sont aussi inscrits dans cette démarche, bien qu’ils ne soient pas concernés par la même obligation.

La poursuite de cette démarche nécessitera une mobilisation importante des moyens humains et techniques. L’enjeu portera notamment sur la capacité à recruter sur de nouveaux métiers (ingénieur qualitatif, métrologue), compte tenu notamment de la réflexion institutionnelle sur une internalisation de la métrologie pour réduire les coûts et rester maître du processus qualité. L’implication plus importante du personnel médical dans cette démarche constituera également un facteur de réussite important.

Par ailleurs, plusieurs laboratoires de l’AP-HP sont impliqués dans l’accréditation des risques environnementaux (microbiologie et toxicologie de l’environnement), ce qui permet à l’institution d’internaliser ces prestations.

Enfin, l’effort en matière de réduction des non-conformités (architecturales, etc.) devra être poursuivi dans le cadre de la prévention des risques professionnels (risque chimique, risque biologique, risque

physique, risque radiologique, réglementation sur le document unique, règles de confinement pour la manipulation des microorganismes [L3 par exemple] et des radioéléments artificiels [RIA], etc.).

S'agissant de l'imagerie et des explorations fonctionnelles, sans oublier la formation systématique des personnels à la radioprotection et aux nouveaux équipements, les enjeux en matière de qualité et gestion des risques tiennent essentiellement à la nécessité de poursuivre la mise en œuvre des actions visant à se conformer au référentiel HAS, notamment sur trois actions prioritaires :

- conformité de la demande d'examen et sa traçabilité (étape préalable indispensable à la radioprotection notamment justification, optimisation et substitution, juste prescription) ;
- conformité du compte rendu structuré et intégrant la dosimétrie ;
- niveaux de références diagnostiques (obligation IRSN).

2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire

La qualité des soins et la performance des blocs opératoires restent un projet prioritaire pour l'AP-HP. Le bloc opératoire est un secteur à risques qui nécessite une organisation et une coordination qui permettent d'assurer la qualité et la sécurité des soins en continu. L'AP-HP s'est dotée depuis 2013 d'un conseil de présidents de blocs opératoires des 12 GH, nommés par leur direction, dit « conseil des pairs ». Il se réunit tous les mois et a pour objet de réfléchir aux organisations les plus performantes, d'analyser des indicateurs et de faire partager les expériences au niveau de l'ensemble des blocs de l'AP-HP. Ce conseil se charge en outre et en tant que de besoin d'une activité opérationnelle de réorganisation des blocs en difficulté et peut proposer des audits croisés.

Les axes de travail à engager dans le plan stratégique à venir sont :

- définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire, décrite ou revue dans une charte simplifiée, harmonisée et diffusée; la mise en œuvre de circuits définis pour les patients programmés, ambulatoires et urgents doit être poursuivie ;
- identifier les principaux risques liés à la prise en charge des patients au sein du bloc opératoire en définissant les actions préventives ;

- assurer une gestion des événements indésirables, notamment dans le cadre des RMM des services de chirurgie, en présence des acteurs concernés ; la gestion comprend le signalement, l'analyse systémique, le suivi des actions et le retour d'expériences ;
- Améliorer les bonnes pratiques en déployant la « *check list* » ;
- Poursuivre la prévention des infections nosocomiales par le suivi des ISO, mais également par des actions ciblées sur les tenues, les circuits logistiques, le traitement de l'air, le développement de la chirurgie ambulatoire etc.
- Partager une réflexion autour de la gestion des fonctions support, que ce soit la gestion des équipements, la stérilisation (où doivent se généraliser des démarches qualité) ou la gestion des dispositifs médicaux (afin de s'assurer de la traçabilité) et la formation des utilisateurs.

Les indicateurs de performance (taux d'utilisation notamment) seront intégrés dans le système d'informations et régulièrement suivis.

2-7 Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

L'AP-HP représente environ la moitié des prélèvements en Île-de-France, mais il existe une marge de progression, notamment grâce aux techniques sur cœurs arrêtés et sur donneurs vivants. L'AP-HP dispose d'équipes structurées de coordination des prélèvements, dont elle s'attachera à promouvoir l'accréditation ABM.

L'amélioration des dons d'organes et de tissus à visée thérapeutique doit être quantitative et qualitative, reflétant les orientations portées par l'Agence de la biomédecine : au plan quantitatif, la promotion du don d'organe requiert une amélioration de la culture du don par une meilleure information des professionnels et surtout des usagers. Dans nos établissements, l'action doit porter notamment sur la valorisation du don altruiste, sur la compréhension des dispositifs et du concept de mort encéphalique, et sur le retour d'expériences des transplantés (résultats, qualité de vie). Ces actions orientées sur les professionnels doivent être doublées d'actions de sensibilisation des usagers (en relayant les campagnes de communication de l'Agence de la biomédecine), d'un renforcement de la qualité des informations transmises en situation, afin de diminuer le taux d'opposition des familles, ainsi qu'une analyse des causes de refus. La recherche de nouveaux donneurs est aussi un axe de travail, que

ce soit par le développement du don à cœur arrêté, ou l'extension de donneurs potentiels (Maastricht III, AVC, etc.).

Sur le plan qualitatif, l'optimisation de la qualité du prélèvement d'organes passe par l'acquisition ou le développement de nouvelles techniques assurant la conservation et l'évaluation de l'organe pour diminuer les échecs de greffe mais aussi par une meilleure coordination des équipes de prélèvements.

2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque

Les secteurs à risques majeurs, tels que la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'imagerie interventionnelle, l'endoscopie, sont des activités qui nécessitent que soit structurée une démarche visant à assurer la QSS au bénéfice du patient, tenant compte des techniques et équipements mis en œuvre. Spécifique, parce que répondant à un accueil en urgence, soumise à des pics d'activité et bénéficiant d'une multidisciplinarité professionnelle, l'activité réalisée en salles de naissances doit pouvoir bénéficier de pratiques comparables.

Pionniers en la matière à l'AP-HP, les cinq services de radiothérapie ont mis en œuvre une démarche qualité. La radiothérapie doit ainsi servir de référence aux autres activités.

Les axes de travail à engager dans les prochaines années sont :

- définir l'organisation qui va permettre l'optimisation des actions de QSS;
- poursuivre ou lancer la mise en œuvre de démarches qualité structurées en favorisant les partages d'expériences, ce qui implique l'identification des activités à risque (cartographie);
- poursuivre la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement, analyses systémiques, hiérarchisation, actions correctives évaluées et retour d'expériences);
- assurer la connaissance et le respect de la réglementation et des normes en vigueur dans les domaines concernés (dans une double logique de support à la mise en œuvre et de correction des écarts); une attention particulière devant être apportée à la radioprotection;
- intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs;
- engager une réflexion sur la pertinence des actes, dans une recherche de rapport optimal

bénéfice/risque pour le patient.

La désignation d'un responsable et le soutien de la direction du GH sont essentiels.

III. Primauté de l'expérience vécue par le patient.

Au-delà de la sécurisation de nos pratiques et de la fiabilisation de nos organisations, l'AP-HP s'engage à améliorer l'expérience vécue par le patient, en facilitant son parcours, en promouvant ses droits, en optimisant la gestion de son dossier, en prenant en charge la douleur et en accompagnant les patients en fin de vie.

3-1 Optimiser le parcours du patient

L'approche par le « parcours du patient » a pour objectif l'optimisation et la coordination de la prise en charge des patients, en intégrant les évolutions des besoins territoriaux de santé (prise en charge des maladies chroniques et du cancer, développement de l'ambulatoire, réduction des délais de rendez-vous, l'amélioration de la prise en charge des urgences, organisation des soins ville-hôpital, et prise en charge des patients appartenant à une population spécifique [personne en situation de handicap, patients précaires...]) et en prenant en compte le « territoire patient », c'est-à-dire son contexte médico-économique et environnemental.

Le développement de tels parcours s'appuie sur une démarche participative associant les directions des soins, les professionnels de l'AP-HP, les équipes transversales et les différentes commissions (CLIN, CLAN, CLUD), les associations de patients et les différents partenaires du territoire de santé (structures médico-sociales, hospitalières hors AP-HP, libéraux). Le patient lui-même en est un partenaire actif. La forte densité de programmes thérapeutiques développés à l'AP-HP est un signe de la maturité de cette approche. Cette démarche vise, en s'appuyant sur des démarches type, l'optimisation des circuits internes, la recherche d'efficacité dans l'utilisation des ressources, la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers, l'amélioration des pratiques, la maîtrise des risques et la satisfaction des usagers. De plus, les phases du parcours patient liées au dispositif d'accueil et à l'organisation de la sortie de l'hôpital feront l'objet d'une évaluation renforcée dans le cadre de la démarche institutionnelle « Qualité Hospitalité » développée dans la continuité de la démarche « Marque AP ».

En articulation avec les différents projets concourant à la prise en charge du patient (projet médical, projet de soins, projet social, etc.), six axes sont à développer :

- la maîtrise par les professionnels des méthodes d’analyse des processus, telles que les méthodes de « chemin clinique » ou de plan de soins type ;
- la priorisation, pour chaque structure, des parcours patient à élaborer en tenant compte de l’impact de santé publique, médico-économique, et l’amélioration de la qualité de vie au travail ;
- l’accompagnement des équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires dans la modélisation des parcours de soins intra et/ou extrahospitaliers ;
- l’évaluation des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients au sein de ces parcours ;
- l’optimisation des parcours par le développement de systèmes d’information numériques adaptés ;
- la capitalisation et la valorisation des démarches innovantes conduites au sein des équipes de l’AP-HP.

3-2 Promouvoir les droits des patients

L’AP-HP impulsera une politique institutionnelle de promotion des droits des patients, basée sur l’amélioration de la relation entre le patient et l’équipe pluridisciplinaire et sur la prévention des situations inacceptables en matière de respect de la dignité de la personne.

Il s’agira donc d’inciter et d’aider les équipes de professionnels à structurer un projet collectif de prise en charge, respectueux des droits des patients en tant que personnes, bientraitant, rendant le patient et son entourage acteurs du projet personnalisé de soins, porté par l’encadrement de proximité et déployé sur la maille opérationnelle des services hospitaliers. Il s’agira aussi de proposer aux patients des ressources d’information et d’accompagnement à partir de solutions numériques, sur leur maladie et leurs droits, co-élaborées avec les associations de malades ou d’usagers. Les projets qualité des GH s’appuieront sur un travail de collaboration avec les CRUQPCs.

Le projet qualité devra aussi développer et valoriser les compétences relationnelles des professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs (formation initiale et continue) de manière à enrichir l’écoute du patient et de ses besoins, en particulier une réponse rapide aux demandes de dossiers médicaux et aux plaintes et réclamations.

Parallèlement, l'AP-HP travaillera à supprimer les conditions d'hébergement ne permettant pas d'assurer l'intimité et la dignité des personnes, dans un souci de développement de l'hospitalité. Elle veillera à la connaissance et à la bonne application de la procédure de signalement (par les professionnels et par les usagers) et de traitement (type RMM) des suspicions de maltraitance.

Enfin, l'AP-HP s'attachera à mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes ayant un handicap et la formation des professionnels à ces spécificités, comme à faciliter et à promouvoir le signalement d'une anomalie liée aux soins, par les usagers (patient et/ou entourage) et par les professionnels de santé.

3-3 Gérer le dossier du patient

L'AP-HP a de longue date défini sa stratégie en matière de gestion du dossier du patient, depuis sa création jusqu'à sa conservation, tout en garantissant le respect des délais de conservation et des procédures réglementaires sur les archives (Code du Patrimoine et Code de la Santé), ainsi que l'accès du patient aux données qui le concernent.

Le plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 affirme le souhait de l'Institution de faire du « parcours patient » un axe fort pour les années à venir. Dans le cadre de la communication ville/hôpital, l'AP-HP s'engage notamment à rendre systématique l'information du médecin traitant dès l'admission du patient et l'envoi de la lettre de liaison le jour de la sortie (l'objectif est fixé à 100%). La mise en place du dossier pharmaceutique complète ce dispositif.

Au terme de la procédure de certification V2010 de l'AP-HP, la HAS a constaté plusieurs écarts; l'hétérogénéité des outils, la dispersion des modalités de leur utilisation, les délais non réglementaires d'envoi du compte rendu d'hospitalisation (CRH) et les conditions d'archivage sont des priorités d'action pour l'AP-HP. Des actions sont déjà engagées au sein de l'Institution: le déploiement du dossier patient informatisé doit s'accompagner d'une homogénéisation des outils pour les sites équipés, en veillant à leur complémentarité. De même, les évaluations de la tenue du dossier patient, notamment à travers les indicateurs IPAQSS, accompagnent les professionnels dans le souhait d'améliorer les modalités d'utilisation du dossier patient.

Durant les 5 années à venir, l'AP-HP devra s'intéresser prioritairement à l'ensemble des dimensions du parcours du dossier patient, pour améliorer tant la qualité de l'outil que celle des pratiques. Ainsi, cinq objectifs sont à décliner.

- Tout d'abord, l'AP-HP s'engage à poursuivre l'uniformisation de l'outil, grâce notamment à une solution informatique homogène assurant la compatibilité et la continuité du dossier patient avec les autres outils institutionnels, sur l'ensemble de la chaîne (y compris la facturation). Cette compatibilité entre un (ou plusieurs) logiciels de « dossiers patients informatisés » et l'ensemble des outils faisant intervenir l'identité concerne les règles de gestion et le contenu (formulaires), nécessairement homogènes, de ces outils.
- Dans l'attente d'une solution répondant à toutes les exigences réglementaires, il est pour l'instant nécessaire de maintenir un support papier à même de collecter les informations extérieures à l'AP-HP et lui parvenant sous forme non numérisée, notamment pour les patients suivis au long cours en consultation ou pour qui un deuxième avis est demandé avec un dossier extérieur préalable. Pour autant, compte tenu de la volonté des pouvoirs publics de procéder par ordonnance pour permettre juridiquement une conservation par numérisation des dossiers médicaux et une destruction des dossiers « papier » sous certaines conditions, un chantier (étude de faisabilité, organisation, budget, construction) devra s'ouvrir sur la possible numérisation des dossiers patients à l'avenir.
- Ensuite, il conviendra de soutenir l'optimisation qualitative de la tenue du dossier (en lien avec les indicateurs de la HAS), en développant les actions de formation initiale et continue, auprès de l'ensemble des acteurs concernés, soignants notamment, sachant que le CRH remis dans les meilleurs délais est une priorité essentielle.
- En outre, l'AP-HP poursuivra la dynamique destinée à promouvoir les droits des usagers, en améliorant significativement les modalités de communication du dossier, par exemple en systématisant la copie du CRH et de la lettre de sortie, remise au patient.
- Enfin, la conservation des dossiers doit s'inscrire comme un axe essentiel du parcours du dossier du patient. L'Institution poursuivra la promotion des bonnes pratiques d'archivage. Une politique d'archivage électronique du dossier médical informatisé devra être mise en place avec, d'une part, l'assurance de données numériques produites par le logiciel d'informatisation conformes aux exigences réglementaires, et d'autre part, la mise en place d'une plateforme d'archivage électronique conformément aux recommandations des Archives de France.

3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie

L'AP-HP s'appuie sur une démarche structurée de longue date en matière de prise en charge de la douleur et de la fin de vie. Le CLUD-SP (Comité de lutte contre la douleur – soins palliatifs) central détermine la politique institutionnelle et veille à son déploiement au niveau des GH, à l'aide des CLUD-SP des GH et des sites.

Concernant la prise en charge de la douleur, son évaluation grâce à une échelle graduée, sa traçabilité dans le dossier médical et de soins en MCO, SSR et HAD, évaluée notamment par l'indicateur national IPAQSS, est le premier objectif d'amélioration. Le CLUD-SP a également ciblé quatre pratiques cliniques pour lesquelles des actions d'amélioration sont à mettre en œuvre au niveau des GH et à évaluer sous forme d'EPP : la douleur post-opératoire, la douleur aux urgences, la douleur en SSR et SLD, la douleur dans les unités de polyhandicap, ainsi que lors des actes de diagnostic ou de soins. En outre, la diffusion et l'utilisation du livret douleur institutionnel, disponible sur support numérique, constituent un objectif général pour promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur et assurer la formation des professionnels.

Concernant la fin de vie, l'objectif est de promouvoir auprès des usagers et des professionnels les actions relatives aux droits et choix des patients en fin de vie, dans le respect de la loi Léonetti, en incitant les patients à formuler des directives de fin de vie, et par l'appropriation de la notion de personne de confiance et sa traçabilité dans le dossier du patient. L'élaboration de critères communs AP-HP pour les patients identifiés de soins palliatifs permettra d'améliorer encore leur prise en charge. La politique institutionnelle s'attachera en outre à améliorer les prises en charge des patients en fin de vie par le déploiement de formations spécifiques.

IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité du soin

4-1 La qualité de vie au travail comme levier

La performance d'une institution reposant à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes, l'AP-HP s'engage à améliorer la qualité de vie au travail (QVT) telle que définie dans l'Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013. L'AP-HP s'engagera dans la déclinaison du protocole « Qualité de Vie au Travail » en cours de finalisation au plan national, dès lors que la FHF sera signataire de ce protocole au début de l'année 2015.

Cet objectif s'appuie sur le constat que la qualité de l'ambiance de travail et de l'organisation de travail dans les services et la QSS sont en complète interdépendance. Il consiste à créer les conditions d'un climat de travail propice à l'épanouissement des professionnels et au bien-être au travail, en développant l'intérêt du travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et d'intérêt, et en favorisant la conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

La DRH de l'AP-HP s'engage à mettre en œuvre plusieurs actions :

- intégrer la QVT dans la stratégie globale de l'AP-HP ;
- repérer les personnels en capacité de responsabilité, pour les former et les accompagner ;
- promouvoir un management fondé sur la confiance et la reconnaissance dans l'exercice professionnel ;
- valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels ;
- favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ;
- mesurer périodiquement la qualité de vie au travail et la satisfaction des personnels.

L'ensemble de ces actions, en favorisant la qualité de vie au travail des professionnels, aura un impact concret d'amélioration des organisations et de modernisation de l'institution, au bénéfice des patients accueillis dans nos hôpitaux et de la qualité des soins.

4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques

Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines a pour objet de mettre à disposition de l'institution les moyens, quantitatifs et qualitatifs, nécessaires à la prise en charge du patient. Elle prend en compte les évolutions de l'environnement hospitalier : attentes des patients, évolution des modes de prise en charge et des métiers. Elle vise également à permettre aux professionnels d'exercer durablement leur métier, en préservant leur santé et leur sécurité.

Elle repose notamment sur :

- un management prévisionnel des emplois et des compétences qui garantisse l'attractivité de l'AP-HP et la fidélisation des professionnels médicaux et non médicaux, en particulier sur les métiers sensibles; à ce titre, l'intégration des nouveaux arrivants et plus spécifiquement de l'encadrement, constitue une des priorités de l'Institution. L'accueil des stagiaires, paramédicaux ou médicaux, sera l'objet d'attentions compte des enjeux de fidélisation. L'effort de formation, comme outil d'évolution professionnelle et d'appui aux projets institutionnels, sera poursuivi; en particulier, l'institution s'attachera à développer les compétences de l'encadrement en management de la gestion des risques et de la qualité. La réduction des risques viendra aussi d'une plus grande stabilité des équipes à compétences spécifiques, notamment dans le domaine de la qualité, des systèmes d'informations, du contrôle de gestion.
- la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail, incluant les démarches d'identification et d'évaluation (Document unique d'évaluation des risques professionnels), ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention (Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail); le renforcement des services de santé au travail et de prévention des risques professionnels, notamment par une coordination universitaire, est une des priorités de l'AP-HP;
- les personnels et leurs représentants doivent mieux s'impliquer, dans le cadre d'un dialogue social structuré et organisé; la satisfaction du personnel, évaluée dans le cadre du baromètre social, devra être à nouveau mesurée; la mise en œuvre du protocole d'accord-cadre sur le dialogue social fera l'objet d'un bilan annuel par un comité de suivi.

Gestion des ressources financières

La politique de gestion des ressources financières de l'Institution repose sur une déclinaison annuelle en EPRD central, donnant lieu à un EPRD par GH; et au sein des GH, à un budget par site et par pôle. Les responsabilités sont identifiées à chacun de ces niveaux (DEFIP en central, directeur des affaires financières [DAF] au niveau des GH, exécutifs de pôle). Un suivi est réalisé au moins deux fois par an, avec évaluation des résultats, explication des écarts à la cible, décision d'actions correctives. Les interfaces avec les fonctions ressources humaines pour le personnel médical, le personnel paramédical et les autres catégories de personnel, les pharmacies, les directions des investissements, les directions des services économiques et logistiques et les DIM sont nécessaires à l'élaboration des budgets et la définition des efforts d'efficience. Elles sont traduites en objectifs pour les exécutifs de pôle donnant lieu à un suivi sur la base d'outils partagés. La diffusion de tableaux de bord mensuels activité/recettes/dépenses et le suivi de nombreux indicateurs sont effectifs à tous les niveaux GH/pôle/unité de gestion (UG).

La mise en œuvre de la politique de gestion des ressources financières requiert un partage et une appropriation d'outils communs, et une professionnalisation des équipes finances et de contrôle de gestion :

- il existe des supports d'évaluation des coûts en comptabilité analytique (CAE) largement diffusés pour permettre les comparaisons; il convient de conforter la CAE comme outil de pilotage et de répartition de l'effort d'efficience en complément du taux de marge; ces analyses de coût, ainsi que les outils de suivi des budgets au niveau GH/Pôle/UG sont disponibles dans l'ensemble des GH;
- le taux de renouvellement important de professionnels contractuels, tels que les contrôleurs de gestion, est un risque identifié car il induit une instabilité des compétences au niveau des GH.

La période 2015-2019 verra la poursuite du plan efficience de l'AP-HP, compte tenu de l'augmentation des prix et de la baisse des recettes, pour limiter la dégradation naturelle du résultat et améliorer le taux de marge brute de l'AP-HP et des GH.

Enfin, afin de réussir la certification des comptes, l'effort portera sur la formalisation des procédures, l'audit des processus, tant recettes que dépenses, et la maîtrise des risques.

Gestion de l'information

Le Système d'information (SI, clinique et de gestion) couvrant progressivement l'ensemble de l'activité des sites et des métiers de l'AP-HP, son maintien opérationnel 24h/24 est devenu incontournable. Cela rend nécessaire de conduire des plans d'actions adaptés en matière d'amélioration du service rendu et de maîtrise des risques liés au SI et notamment, à la sécurité de celui-ci.

En outre, les différentes parties du SI sont en forte évolution : extension du nombre de sites, élargissement des utilisateurs, développement des usages, changements de versions... Quelle que soit la stratégie de déploiement retenue, le maintien du niveau attendu de qualité de service et de sécurité devient d'autant plus complexe à obtenir et rend indispensable une mobilisation organisée dans ce but. Enfin, l'ouverture de l'AP-HP vers l'extérieur se décline aussi dans les SI : usage du web et des outils de mobilité, interaction avec les autres opérateurs de santé, transmission sécurisée de données, utilisations d'applications régionales partagées, télémédecine, gestion des mégadonnées... La maîtrise de la qualité et des risques liés au SI s'en trouve d'autant plus nécessaire.

La trajectoire pour y parvenir est double :

- conduire les plans d'action nécessaires à une amélioration visible et à échéance rapprochée, de la qualité du service rendu ; cela passe par des choix stratégiques forts (par exemple : déploiement accéléré de l'identifiant unique du patient, clarification et renforcement de la gouvernance des SI...), et la priorisation des réponses aux enjeux (par exemple : réorganisation du support, évolution de la communication ou du management des déploiements...), tout en renforçant le recueil de la satisfaction des utilisateurs ;
- organiser les conditions d'un haut niveau de sécurité des SI de l'AP-HP, concernant la sécurité matérielle et logicielle des accès au SI, la sécurité de l'environnement des infrastructures et la continuité du fonctionnement et de service du SI, avec la définition de solutions de fonctionnement dégradées permettant d'assurer la continuité de l'activité.

Performance logistique

La politique institutionnelle en matière de gestion des risques et de qualité des processus logistiques se décline sous des formes différentes selon le processus concerné.

Pour autant, trois points communs structurants concernent l'ensemble des processus :

- sur la base du référentiel HAS et des normes à respecter, la trajectoire est la même pour tous, visant à renforcer la qualité du service rendu, en termes de résultats, de délais et de sécurité pérenne, tout en renforçant l'efficacité des organisations et l'engagement opérationnel dans le développement durable ;
- les plans d'actions retenus pour les différents processus portent donc tous sur une mise en conformité aux normes de qualité et de sécurité (et à leur évolution), dans un cadre prenant en compte à la fois les arbitrages pour optimiser les organisations (retour sur investissement, mutualisation, choix de gestion interne ou externe...), et la réponse à des besoins mieux exprimés et dont la satisfaction doit être régulièrement mesurée ;
- les organisations dédiées aux processus logistiques des GH comme des services centraux avec lesquels ils travaillent, doivent renforcer leur expertise-métier au-delà de la seule alternative « faire/faire-faire » : l'enjeu est d'améliorer l'expression des besoins, de formaliser au mieux la nature des réponses nécessaires et de mettre en place les processus de contrôle (technique, qualitatif et économique), afin de renforcer la maîtrise des processus, quel que soit le mode de production (régie locale, régie partagée, sous-traitance...).

Compte tenu de la taille de l'institution et de ses nombreuses installations, une attention particulière sera apportée à la coordination des sécurités sanitaires. Le suivi des conformités, notamment en matière de sécurité incendie, fera l'objet d'une structuration dédiée au niveau central, déclinée par GH, permettant une gestion dynamique des enjeux et des arbitrages anticipés.

Conclusion

Le volet GRQ 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, PGFP...), rassemble les axes de travail essentiels pour l'Institution à l'amélioration finale de la qualité de la prise en charge du patient. Ils sont déclinés, par thématique, en plan d'actions, dont l'avancée des réalisations sera suivie régulièrement et dont les résultats cibles seront publiés annuellement.

Les GH, hôpitaux et pôles d'intérêt commun vont dès lors construire leur volet GRQ de leur projet. S'il reprendra les grands axes institutionnels, ceux-ci seront adaptés aux spécificités locales, en termes de contexte comme de résultats. Ils seront à tout le moins gage des progrès de l'Institution et de la bonne préparation de l'AP-HP aux exigences de la certification V 2014 à venir.

1 - Le management stratégique au service de la qualité et de la gestion des risques				
1-1 Optimiser la gouvernance du CHU au service de la qualité et de la gestion des risques				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre l'engagement de l'institution dans la démarche éthique	favoriser le développement des consultations pluridisciplinaires d'éthique clinique au sein des GH	% de GH disposant d'une consultations pluridisciplinaire d'éthique	, DPUA	3
Réajuster la politique et développer une synergie sur le développement durable	- disposer d'un plan de développement durable de l'AP-HP actualisé en 2015 - disposer d'un réseau coordonné des correspondants développement durable des GH - actions de sensibilisation au développement durable mises en place à destinations des acteurs hospitaliers	- Plan actualisé présenté aux instances de mars 2015 - Réseau actif dès le 2ème semestre 2015 - Actions de sensibilisation réalisées dans les GH	SG	1
Clarifier le rôle des GH et du siège pour améliorer la lisibilité et l'efficience	groupe de travail siège GH qui mette à plat les rôles pour chaque secteur fonctionnel	Réajustement des missions de chaque DF	SG	2
Renforcer la dynamique de management des secteurs d'activité	- harmoniser la participation des pôles à la gouvernance des GH - renforcer l'encadrement de proximité en réduisant le nombre de faisant fonction de cadre de santé.		DGH DSAP/DRH	3
1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)

<p>Maintenir une dynamique managériale favorable à la promotion de la culture de qualité – gestion des risques à l’AP-HP</p>	<p>Existence d’une gouvernance claire (centrale et au niveau des GH) en matière de management de la qualité – gestion des risques, appuyée par 1) des instances identifiées et actives aux missions articulées et bien coordonnées ; 2) des acteurs compétents, formés et légitimes.</p> <p>Existence d’un programme qualité - gestion des risques défini, diffusé, partagé, donnant lieu à des mesures d’efficacité des actions déployées</p>	<p>Organigrammes de la gouvernance qualité – gestion des risques disponibles en central et au niveau de chaque GH ;</p> <p>Existence d’un temps protégé suffisant pour chaque coordonnateur de gestion des risques associé aux soins ;</p> <p>Existence de démarches d’amélioration sur des sujets transversaux, gérées en mode projet</p> <p>Disponibilité d’un dispositif de formation institutionnel pour les acteurs de la qualité</p> <p>Existence du programme QSS ; existence d’indicateurs de mesures d’impact des actions</p>	<p>DG et SG , avec DF ; PCME, cellule QSS & CAPCU, C-GRAS et RSMQ; président de la CCSIRMT; DGH, Dir Qualité GH, CGS et directions du GH, PCMEL, C-GRAS et RSMQ locaux</p>	<p>En continu</p> <p>Priorité 1</p>
<p>Disposer de plans de maîtrise des risques</p>	<p>Vision intégrée et hiérarchisée des principaux risques pour chaque GH ;</p> <p>Application de la charte visant à encourager le signalement des événements indésirables ; médicalisation du signalement</p> <p>Développement des CREX, RMM et EPP</p>	<p>Conduite de visites risques ; disponibilité d’outils institutionnels</p> <p>Augmentation des signalements d’EI ; augmentation de la proportion de médecins signalants</p> <p>Accroissement du nombre de CREX thématiques sur les secteurs à risque ; développement des RMM dans l’ensemble des services de soins</p>	<p>Appui méthodologique siège Pilotage GH</p>	<p>Priorité 1 pour la phase test de la visite de risques</p>
<p>Renforcer la place de l’usager dans le dispositif de promotion de la qualité – gestion des risques à l’AP-HP</p>	<p>Evaluation plus approfondie et systématique de la satisfaction des usagers ;</p> <p>Professionnalisation et médicalisation du traitement des plaintes et réclamations ; optimisation du modèle de la médiation hospitalière</p> <p>Instauration du patient comme partenaire actif des démarches d’amélioration des pratiques et des organisations, grâce à une gouvernance adaptée de gestion des projets d’une part ; d’habilitation de représentants de patients d’autre part</p>	<p>Refonte des outils de recueil de la satisfaction</p> <p>Mise en place d’un outil efficace et partagé de traitement des réclamations, articulé avec le signalement des EI ; renforcement du réseau des chargés de relations avec les usagers</p> <p>Place effective de patients dans la gestion de projets d’amélioration de la qualité</p>	<p>DPUA DPUA - DOMU</p> <p>DPUA ; démarche qualité hospitalité Au niveau GH : gouvernance locale</p>	<p>En continu</p> <p>Priorité 1</p>

2- La sécurisation et l'amélioration continue de nos pratiques				
2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Fiabiliser l'identité du patient dans le système d'information (SI)	Déploiement du NIP AP-HP dans tous les hôpitaux	Taux de déploiement du NIP unique sur les GH	Centre de compétence domaine patient + CIV GH	1
	Gestion des anomalies d'identité dans le SI : doublons et collisions et participation médicale à toute opération de fusion complexe...	Evolution du nombre/taux de doublons identifiés et gérés. Plus de 80% des fusions complexes ont disposé d'un avis médical tracé	Centre de compétence domaine patient + CIV GH	1
	Intégration dans le SI des exigences et recommandations réglementaires : charte régionale d'identification du patient - ARSIF, circulaire du 07/06/13 sur l'utilisation du nom de naissance	Délai d'intégration des évolutions réglementaires dans les cahiers des charges et les applicatifs logiciels	Centre de compétence domaine patient + CIV GH	1
	Port d'un bracelet lisible pour les patients hospitalisés	>90% des patients hospitalisés ont un bracelet d'identification. >90% les bracelets sont lisibles.	DSAP + CIV	1
	Systematisation du retour d'expérience sur les erreurs d'identification au sein d'un CREX identitovigilance site /GH	>80% des sites / GH ont mis en place une CIV identitovigilance	CIV/COVIRIS/CGRAS	1
Fiabiliser le contrôle de concordance entre la prescription, l'identification du patient et l'acte réalisé	Création et mise à disposition de supports écrits et vidéo de sensibilisation / formation à l'attention des personnels sur les modalités unique de contrôle (interrogation orale, bracelet...)	Existence de ces supports >80% des services disposent de ces supports Nb de personnels formés	DSAP/DOMU/COVIRIS	1

	Création et mise à disposition de supports (dont le livret d'accueil) à l'attention des patients sur les modalités de contrôle de l'identification et les risques inhérents à leur non-respect (refus du bracelet, usurpation d'identité, nom/prénom d'usage..)	Existence de ces supports. >80% des services disposent de ces supports patients Affichage effectif sur tous les GH? Nb de documents d'information/formation à disposition des patients et de leur entourage	DPUA/DSAP/DOMU/COVIRIS	1
	Conduites à tenir définies pour les situations particulières : listes d'interprètes, prise en charge sociale si adaptée au contexte d'usurpation d'identité, mineur, détenu ...	Procédures disponibles; >80% des services disposent de ces CAT	DSAP/DPUA	2
	Création au niveau central d'une Commission d'identitovigilance (CIV) et d'une cellule opérationnelle de traitement des doublons inter-GH	CIV et cellules opérationnelles. Réunion a minima 1 fois par trimestre et rapport d'activité annuel (ind P1.3 hôpital numérique). Suivi des indicateurs de la charte régionale	Centre de compétence domaine patient/DOMU/DSAP/COVIRIS.	1
Optimiser l'organisation (pilotage et gestion opérationnelle) institutionnelle et en GH	Mise en place dans chaque GH d'un dispositif d'identitovigilance (CIV incluant un représentant de la PCMEL, cellule opérationnelle, référents par pôle...)	Organisation existante et opérationnelle : RI formalisé (composition, rôles et missions des instances, liens avec les autres structures telles COVIRIS, DirQual, CGRAS...), CR et rapports d'activité (CIV + cellule opérationnelle)	PCMEL	1

2-2 Gérer le risque infectieux

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Actions	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet
Assurer une organisation opérationnelle de la prévention des infections associées aux soins	a) une équipe opérationnelle d'hygiène dans chaque site hospitalier avec au minimum un médecin (1 ETP/800 lits du site hospitalier) et un cadre de santé infirmier de préférence cadre supérieur (1 ETP/400 lits du site hospitalier) et, autant que possible,		effectifs des EOH, effectifs des référents en anti infectieux	EOH/DOMU Direction GH CMEL
Maitriser la résistance bactérienne aux antibiotiques	Limiter l'émergence de bactéries multi résistantes : Diminuer la consommation des antibiotiques	Réévaluer toutes les prescriptions d'antibiotiques à J3 et J7 : impliquer le système d'information, inciter à l'auto-évaluation au sein des services Justifier dans le dossier du patient tout traitement poursuivi plus de 7 jours : réaliser des audits	Consommation des antibiotiques	ÉOH/DOMU Direction GH CME - COMAI - CLIN Réfèrent en anti-infectieux

		Promouvoir et valoriser le conseil en anti infectieux		
		Surveiller la consommation des antibiotiques dans chaque service et assurer une rétro information aux services et aux prescripteurs.		
		Inscrire des objectifs de consommation d'antibiotiques dans les contrats de pôle et promouvoir une incitation financière à la diminution de la consommation d'antibiotique		
		Renforcer la formation des jeunes prescripteurs au bon usage des anti-infectieux (« permis de prescrire des antibiotiques ») sous forme de validation d'une formation pour les nouveaux arrivants		
	Maitriser la transmission croisée des bactéries multi résistantes	Former les personnels médicaux et paramédicaux, les étudiants, sur l'épidémiologie de la résistance bactérienne et de la transmission croisée au sein de l'APHP. Communiquer sur le sujet	. Incidence staphylocoques dorés multirésistants (SARM) . Incidence entérobactéries productrices de bêtalactamase à spectre élargi (EBLSE)	EOH/DOMU Direction GH CME - CLIN EOH sites
	Renforcer l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique (FHA) : Fixer des objectifs personnalisés par service, Réaliser des audits des pratiques, Assurer une rétro information de la consommation SHA par service			
	Améliorer la gestion des excréments : former les personnels, mettre à niveaux les équipements, réaliser des audits ciblés			
	Assurer un bionettoyage efficace, partie intégrante du soin au patient, en valorisant l'entretien de l'environnement direct des patients et en organisant l'hygiène des locaux de tous les secteurs de l'hôpital.			
	Limitier les épidémies et l'ampleur des épidémies à bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) : Repérer les patients à risque dès l'entrée : impliquer le système d'information pour repérer les patients porteurs, les patients contact, les patients h	. proportion d'épidémie parmi les alertes à BHRe (entérobactéries productrices de carbapénèmase, entérocoques résistants à la vancomycine)	EOH/DOMU Direction GH CME - CLIN EOH sites	
	Surveiller (signalement) les porteurs de BHRe et les épidémies (nombre de cas secondaires)	. proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas de BHRe		

		Rationaliser l'utilisation des moyens (humains et matériels) : identifier des secteurs dédiés pour regrouper les porteurs		
limiter les risques infectieux liés aux actes invasifs	Evaluer la pertinence des dispositifs invasifs (perfusion, sondes urinaires,...)	Réaliser des audits de pertinence des dispositifs invasifs		EOH/DOMU Direction GH CME - CLIN EOH sites
		Promouvoir la réalisation de revues de morbi-mortalité (RMM) devant des infections graves mettant en jeu des dispositifs invasifs		
	Prévenir et surveiller les infections du site opératoire (ISO)	Assurer une conformité de l'antibioprophylaxie : évaluer les protocoles, réaliser des audits		
		Surveiller les ISO et produire des taux d'ISO		
		Promouvoir la réalisation de RMM		
Maitriser le risque infectieux lié à l'endoscopie	Former les personnels, réaliser des audits des pratiques.			
2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi au sein des GH	Pilote du projet	Priorité (*)
améliorer les délais de réponse et réduire les recours inappropriés aux SAU	Amélioration de la réponse au 15 Développer une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations et hospitalisations)	95% des appels décrochés en moins de 60 sec	JS. Marx E.Lecarpentier	2
		Mentionné dans tous les contrats de pôle	DPT	1
réduire les temps d'attente et améliorer la sécurité de la prise en charge au sein des SAU	Organiser un circuit court, dans tous les SAU adultes, dédié aux patients ambulatoires ne nécessitant pas de soins complexes Améliorer les conditions d'accueil et d'attente Garantir un fonctionnement conforme de l'UHCD	pour les patients orientés vers un retour à domicile : % des passages >=4h et durée moyenne de passage ^	DPT/DOMU	1
		taux de retour dans un SAU de l'AP-HP dans les 7 jours d'un patient PEC et non hospitalisé	DPUA	1
		Séjours de plus de 24h < 20% 2/3 des lits d'UHCD disponibles à 18h (Suivi du TO de l'UHCD à 18h)	DOMU	2
déployer un plan complet pour les admissions non	Déploiement du dispositif de gestion des séjours : Disponibilité des lits accessible en temps réel, intégrant les préadmissions	% de patients transférés hors APHP, depuis l'accueil du SAU ou l'UHCD	DPT	1

programmées tel que prévu par la Charte des GH	Equipe identifiée Lits médicaux polyvalents dédiés			
2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Assurer une gouvernance efficace avec une cohérence des actions pour optimiser la prise en charge médicamenteuse	1°) Organisation efficiente et coordonnée du RSMQ 2°) Intégration dans le programme d'amélioration de la qualité de la PECM, des axes d'amélioration définies au travers des rapports d'inspection des PUI diligentés par l'ARS, des objectifs et résultats	1°) Formalisation de l'organisation (par exemple : questionnaire PECM mis à jour, ...) : oui/non 2°) Programmes d'actions consolidés et priorisés : oui/non	Commission Qualité-Sécurité des soins, qualité de la prise en charge des usagers de la CME (cellule QSS & CAPCU) RSMQ CSRIMT Directions Q SS RU Référénts Cbus Pharmaciens	1
Assurer une gestion des événements indésirables liés à la PECM	1°) Promotion de la déclaration et de l'analyse des causes profondes 2°) Encouragement des retours d'expérience pluri professionnels 3°) Actions de sensibilisation et de formation aux erreurs médicamenteuses auprès de tous les acteurs impliqués dans la	1°) Nombre de projets menés à bien (%) 2°) Nombre de retours d'expérience réalisés 3°) Nombre d'outils et projets pédagogiques partagés (quiz, chambre des erreurs, scénarii ou serious game) 3°) Nombre de journées de partage d'expériences	CME Département FMC DSAP CSRIMT cellule QSS & CAPCU RSMQ Coordonnateur des risques liés aux soins Gestionnaires des risques	2
Optimiser l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques de prescription avec un renforcement de la juste prescription	1°) Garantir des supports de prescription les plus homogènes possibles au sein de l'hôpital 2°) Proposition d'outils d'aide aux bonnes pratiques de prescription (informatisation en lien avec une base de données certifiée HAS, livret thérapeutique, liste de	1°) Nombre de supports de prescription différents au sein d'un même hôpital 2°) Nombre d'outils partagés 3°) Nombre de programmes d'évaluation (EPP, indicateurs, audits, CREX....)	CME cellule QSS & CAPCU COMEDIMS COMAI CLIN CLUD CLAN	2
Favoriser la montée en charge de la pharmacie clinique et le déploiement de l'analyse	1°) Accès à la totalité de la prescription informatisée ou papier, sans retranscription du patient, ainsi qu'aux informations techniques sur le médicament	1° et 2°) Nombre d'accès développés 3°) Projet élaboré et validé par l'établissement 3°) Pourcentage de lits (ou séjours) bénéficiant d'une analyse pharmaceutique complète	Collégiale des pharmaciens Pharmaciens Responsable projet SI COMEDIMS	2

pharmaceutique	3°) Développement progressif de l'analyse			
Favoriser la sécurisation des conditions de réalisation de l'administration	1°) Mise en place d'outils de sécurisation et d'aide à l'administration (support unique de la prescription à l'administration, identification des médicaments jusqu'à l'administration, harmonisation des abréviations et unités, protocoles pré établis, proto	1°) Nombre d'actions développés 2°) Nombre d'action de sensibilisation et de formation (calculs de dose, table de correspondance DCI, mémo 5B....) 3°) Nombre d'audit(s) sur contrôle de concordance 4°) Livret thérapeutique	RSMQ DSAP CSRIMT Cadres COMEDIMS AGEPS CVIRIS Pharmaciens	1
Partager une réflexion sur les conditions de transport et de stockage des médicaments dans les unités de soins	1°) Evaluation des conditions de réception et de rangement des médicaments, notamment des médicaments à risque (KCL, ...) 2°) Recherche d'optimisation des stocks immobilisés dans les unités de soins (révision quantitative et qualitative des dotations, f	1°) Evaluation réalisée et définition de cibles : oui/non 2°) Définition de modalités d'optimisation des stocks immobilisés dans les unités de soins : oui/non 3°) Nombre de systèmes de rangement adaptés 4°) Procédure de contrôle des livraisons : oui/non	Cadres, chef de service, pharmaciens COMEDIMS AGEPS DSAP Réfèrent PUI /DOMU RSMQ	1
Identifier les principaux risques liés à la prise en charge médicamenteuse dans les populations à risque (pédiatrie, personnes âgées) et définir des actions préventives	1°) Sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation des prescriptions les plus à risques (diffusion des recommandations existantes sur les neuroleptiques, médicaments cardio-vasculaires, AVK, diurétiques,...) 2°) Amélioration des pratiques de presc	1°) Nombre de projets d'amélioration des pratiques (ou EPP) 2°) Nombre d'actions de sensibilisation 3°) Bonnes Pratiques des médicaments à risque	CME, cellule QSS & CAPCU Collégiale des pharmaciens COMEDIMS RSMQ Chefs de service (Médecins-Pharmaciens)	3
Poursuivre la prévention des erreurs médicamenteuses liées à la gestion du traitement personnel du patient	1°) Développement d'actions ciblées sur l'admission, le transfert et la sortie du patient 2°) Développement du dossier pharmaceutique (DP) 3°) Réflexion sur l'intégration, dans le CRH, d'un tableau indiquant les modifications thérapeutiques et leur motif	1°) Nombre de projets menés à bien (%) 2°) Nombre d'hôpitaux connectés au DP 3°) Projet d'intégration du tableau dans CRH 4°) Nombres d'actions éducatives mises en place (plaquettes d'information, affiche, livret,...)	cellule QSS & CAPCU Responsable projet des SI RSMQ Cadres, Chefs de service Pharmaciens Réfèrents ETP	3
2-6 Améliorer la prise en charge du patient au bloc opératoire				

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire. Une réflexion sur les circuits des patients programmés y compris ambulatoires et urgents doit être poursuivie.	Optimiser cette organisation dans une charte simplifiée et harmonisée	Charte simplifiée, harmonisée et diffusée oui non	conseil des pairs	1
Définir une organisation systématique de programmation et de régulation au sein de chaque bloc opératoire.	Poursuivre la réflexion sur les circuits des patients programmés, ambulatoires et urgents	Formalisation des circuits des patients programmés ambulatoires et urgents oui non	président du conseil de bloc opératoire	1
Identifier les principaux risques liés à la prise en charge des patients au sein du bloc opératoire en définissant les actions préventives.	1°) Formaliser le parcours du patient, identifier les différentes étapes de sa prise en charge au bloc opératoire 2°) Identifier les risques a priori et a posteriori pour bâtir la cartographie des risques et définir le plan d'action associé à la réduction	1°) Formalisation du processus : réalisée oui non 2°) Cartographie des risques: réalisée oui non 3°) Plan d'action formalisé : oui non 4°) Nombre de projets menés à bien (%)	Pilote(s) à désigner par la Direction Qualité / CMEL / Direction des soins pour coordonner les travaux	1
Assurer une gestion des événements indésirables notamment dans le cadre des Réunions de morbi mortalité des services de	Définir l'organisation du recueil des EI, de l'analyse et du suivi de la mise en place des actions correctives La gestion comprend le signalement, l'analyse systémique, le suivi des actions et le retour	1°) Formalisation des procédures de déclaration des EI, EIG, ESR, oui non 2°) CREX mis en place oui non, 3°) Revues morbi mortalité mises en place oui non 4°) Bilan annuel CREX ou RMM oui non	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS)	

chirurgie.				
Améliorer les bonnes pratiques	1°) travailler sur la check list pour optimiser l'appropriation par les professionnels en lien avec les groupe des pairs 2°) développer les simulations (techniques, scénarii..)	Audit croisé de check list programmes de simulations mis en place oui non	conseil des pairs	1
Poursuivre la prévention des infections nosocomiales	développement de la chirurgie ambulatoire, suivi des INCISO, actions ciblées sur les circuits logistiques, sur les tenues et le traitement de l'air...	indicateur INCISO taux ambulatoire	Equipe opérationnelle d'hygiène	
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs	1°) Formaliser la gestion des équipements et des dispositifs médicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances) 2°) Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences)	1°) Existence des procédures de suivi des matériels utilisés : nombre et dates des maintenances préventives et curatives 2°) Existence des cheks list, des procédures et protocoles d'examens dans le poste d'examen traçabilité 3°) Nombre de journées de formation par agent et nombre de personnes formées 4°) Liste des formations obligatoires	Cadres, Chef de service	2
2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Définir l'organisation qui va permettre l'optimisation des actions qualité sécurité des soins. Poursuivre ou initier la mise en œuvre de démarches qualité en favorisant les partages d'expérience, ce qui implique	1°) Formaliser le parcours du patient, identifier les différentes étapes de sa prise en charge 2°) Identifier les risques à priori et postérieur pour bâtir la cartographie des risques et définir le plan d'action associé à la réduction de ces risques 3°) Identifier des responsabilités et échéances de réalisation des projets à mettre en place.	1°) Formalisation du processus réalisée oui non 2°) Cartographie des risques réalisée oui non 3°) Plan d'action formalisé oui non 4°) Nombre de projets menés à bien (%)	Pilote(s) à désigner par la Direction Qualité / CMEL / Direction des soins pour coordonner les travaux	1

l'identification des activités à risque (cartographie).				
Poursuivre la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement des Evénements Indésirables, analyse systémiques, hiérarchisation, actions correctives et retour d'expériences)	Définir l'organisation du recueil des EI, de l'analyse et du suivi de la mise en place des actions correctives	1°) Formalisation des procédures de déclaration des EI, EIG, ESR, oui non 2°) CREX mis en place oui non, 3°) Revues morbi mortalité mises en place oui non 4°) Bilan annuel CREX conforme aux attentes HAS oui non	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS)	1
Assurer la connaissance et le respect des textes réglementaires , et normes en vigueur dans les domaines concernés, (dans une double logique de support à la mise en œuvre et de mesure des écarts. Une attention particulière devra être apportée à la radioprotection.	Identification et gestion des non conformités	% des non conformités gérées.	Direction Qualité	1
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs	1°) Formaliser la gestion des équipements et des dispositifs médicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances) 2) Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences permettant l'optimisation de l'utilisation des équipements, intégration des	1°) Existence des procédures de suivi des matériels utilisés : nombre et dates des maintenances préventives et curatives 2°) Existence des cheks list, des procédures et protocoles d'examen dans le poste d'examen traçabilité 3°) Nombre de journées de formation par agent et nombre de personne formées,	Cadres, Chef de service	2

	nouveaux arrivants)	4/ liste des formations obligatoires		
Engager une réflexion sur la pertinence des actes, dans une recherche de rapport optimum bénéfice/risque pour le patient.	1°) Mettre en place et/ou formaliser un système de communication interne pluri disciplinaire : RCP, staff, 2°) Diffuser les recommandations existantes (ex guide de la juste prescription des examens en radiologie)	1°) Nombre de RCP, staff organisés 2°) Nombre de projets relatifs à la pertinence des actes et suivi d'indicateurs spécialisés définis (ex : nbre de césariennes)	Chefs de services	2
3- la primauté de l'expérience vécue par le patient				
3-1 Optimiser le parcours du patient				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Développer la maîtrise des méthodologies d'analyse des processus et de parcours patient par les professionnels	Formation de professionnels médicaux et non médicaux dans chaque GH aux méthodologies d'analyse des processus	- Nombre de formation réalisées par GH - Nombre de formateurs relais formés par GH	DRH AP-HP	Priorité 1
Prioriser pour chaque structure des parcours patient en tenant compte de l'impact de santé publique, médico-économique, et la qualité de vie au travail	Identification pour chaque GH des parcours patient nécessitant une formalisation (volume d'activité important, niveau de risque élevé, activité coûteuse...) Réflexion sur la pertinence des prises en charge Elaboration d'un planning prévisionnel de la démarche "Parcours patient" du GH	- Nombre de parcours identifié et planifié - Nombre de parcours patient formalisé par un chemin clinique	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	Priorité 1
Accompagner les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires dans la modélisation	Mise en place d'une organisation de projet (comité de pilotage, chef de projet...) Identifier les ressources permettant l'accompagnement de ces démarches au sein	Taux d'élaboration des parcours patient (nombre de parcours finalisé/nombre de parcours identifié et planifié)	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	Priorité 1

des parcours de soins intra et/ou extrahospitalier	des GH Mobiliser et faire adhérer les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires à la définition des parcours patient			
Evaluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients au sein de ces parcours	Evaluer l'impact de la mise en place des parcours patient sur l'amélioration des pratiques professionnelles et sur la prise en charge des patients	Ratio : nombre d'EPP inscrite sur la base AP ² / Nombre de parcours patient finalisé	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Référent EPP des GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	Priorité 2
Intégrer les technologies de l'information dans l'optimisation des parcours	Faciliter le partage d'information entre les différentes parties prenantes du parcours patient	Pourcentage de parcours patient informatisés au sein du système d'information patient	DSI AP-HP, CME, cellule QSS & CAPCU	Priorité 3
Capitaliser et valoriser les démarches innovantes conduites au sein des équipes	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir les démarches innovantes et l'organisation mise en place auprès des autres structures - Favoriser une dynamique d'échange et de partage entre les acteurs - Modéliser les savoir-faire des équipes 	Nombre de parcours finalisé au sein des GH et capitalisé ou ayant donné lieu à des communications ou des partages d'expérience	CME, CSIRMT, 3CU, Comité du management, comité de la certification, DOMU	Priorité 2
3-2 Promouvoir les droits des patients				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Inciter et aider les équipes interprofessionnelles à structurer un projet de prise en charge	Mise en place d'une labellisation des secteurs d'activité sur la base d'un cahier des charges et d'une boîte à outils institutionnelle	Nombre de labellisations	DPUA en partenariat avec Institut du Patient, HTD, ...	3
Développer des ressources d'information à destination des patients sur leurs droits et leur	Des contenus sur les droits et sur un socle de pathologies chroniques en ligne sur une "maison d'information en santé" virtuelle	Nombre de situations de prise en charge couvertes	DPUA, DOMU, Dircomm	1

maladie, en lien avec les associations de patients				
Développer et valoriser les compétences relationnelles des professionnels médicaux et paramédicaux en utilisant le regard patient et l'intervention des patients experts	Déployer un programme de sensibilisation dans chaque GH sur la base d'outils pédagogiques mutualisés et dans une logique de définition pluridisciplinaire et collégiale du projet de soin de chaque patient	Proportion de professionnels de santé touchés par le dispositif	GH avec appui DRH, DSAP et DPUA (définir GH pilote(s))	2
Garantir des conditions d'hébergement et d'hospitalité compatibles avec le respect et l'intimité des personnes	Résorption des points noirs pointés lors des visites HAS V2010 (état des locaux mais aussi dispositifs simples comme des paravents dans les chambres doubles, blouses de taille adaptée, ...)	Rapports de visite HAS	DEFIP, avec appui DPUA	3
Répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant un handicap	Adaptation des principaux outils d'information et du mobilier, recensement du personnel ayant des compétences dans la langue des signes, recueil des besoins et aspirations de ces personnes, adaptation de certains « gestes » et « temps » à ces handicaps et formation des professionnels à ces spécificités.	Suivi de la mise en place des outils et des formations	DOMU, DEFIP, DRH avec appui DPUA	3
Prévention, alerte et traitement des situations suspectées ou avérées de maltraitance par la réflexion pluridisciplinaire et l'implication de la personne, de ses	Analyse réflexive systématique Mise en place d'une procédure spécifique de signalement	Suivi de l'évolution des situations signalées et analysées	DSAP, avec appui DPUA, DAJ et DOMU	1

proches ou d'un tiers.				
Inciter les professionnels de santé à engager une vraie prise de conscience sur le besoin des usagers à obtenir une réponse rapide à leurs plaintes et réclamations et assurer la délivrance des copies des dossiers médicaux dans des délais raisonnables	Réduction des délais de transmission du dossier médical au patient et du temps de traitement de gestion d'une plainte ou d'une réclamation (benchmarking entre services)	Suivi des délais (via rapports annuels des CRUQPC / CDU)	DPUA	2
Facilitation et promotion du signalement par les usagers (patient et/ou entourage) d'une anomalie liée aux soins	Mise en place d'une procédure visant à permettre aux usagers de signaler un EI ou EIG en toute sécurité	Suivi de l'évolution des situations signalées et analysées	DOMU, DSAP, DPUA	2
3-3 Gérer le dossier du patient				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Uniformiser l'outil support du dossier du patient	Déployer l'outil d'informatisation (ORBIS ou autre équivalent) sur l'ensemble des GH et hôpitaux hors GH de l'AP-HP en garantissant la complémentarité avec l'outil papier.	Nombre de sites utilisateurs du logiciel	DSI AP-HP relayé par DSI GH	2
	Veiller à la compatibilité de l'outil d'informatisation (ORBIS ou autre équivalent) avec l'ensemble des outils institutionnels, en garantissant leur intégration.	Nombre d'applications / d'outils non interfacés avec le logiciel	DSI AP-HP	1

	Veiller à la formalisation d'un état des lieux avant déploiement et des procédures dégradées	Nombre de procédures formalisées	DSI/ DSAP/ GH	1
	Veiller à la conformité des habilitations d'accès aux différents documents, selon les différents profils	Nombre d'habilitations délivrées	DSI / DSAP/ GH	1
	Garantir la formation et l'accompagnement de l'ensemble des professionnels utilisateurs.	Nombre de formations structurées (fiche pédagogique, support de formation...) Nombre de professionnels formés Nombre de procédures/documents d'information adaptés aux spécificités du site (notamment temps utile, types de PEC...)	DSI/DSAP/DOMU/DRH relayé par DRH/DSAP GH	1
	Penser le parcours du dossier en intégrant l'amont et l'aval de la prise en charge à l'AP-HP (relations avec la ville notamment)		CME / Archives AP-HP	3
Améliorer la qualité de la tenue du dossier	Promouvoir la formation initiale et continue des professionnels (médicaux, paramédicaux, socio-éducatifs, etc...) aux bonnes pratiques (contenu, classement, rangement, communication...) afin de favoriser leur implication.	Nombre de sessions de formations assurées. Nombre de centres de formations/écoles ayant intégré cette thématique dans leur programme de formation.	DRH / DSAP/service des archives relayé par SCDM GH	1
	Veiller à l'intégration optimale de l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge (qualité de la traçabilité) dont les données d'imagerie, des urgences et des laboratoires de biologie médicale.	Nombre de contrats de pôles intégrant des indicateurs relatifs à la qualité de la tenue du dossier (IPAQSS)	CME / DSAP relayé par CMEL et DG GH	1
	Améliorer le délai d'envoi du CRH au patient et au médecin traitant, avec un objectif de conformité de 100%, en prenant en compte les exigences de qualité du contenu.	Délai d'envoi du CRH	CME/DOMU relayé par DQGR GH	2
Optimiser les modalités de communication du dossier du patient	Assurer un positionnement clair des médecins-dont les chefs d'unités -quant à leur rôle dans la communication des documents au patient (rôle d'expertise).	Nombre de procédures formalisées	CME relayé par CMEL GH	1

	Formaliser le circuit de la communication du dossier dans chaque GH et hôpital hors GH, selon le modèle institutionnel.	Nombre de procédures formalisées	DPUA relayé par SCDM et DQGR GH	1
	Intégrer des exigences de qualité de communication du dossier dans les contrats de pôles.	Nombre de contrats de pôles intégrant des indicateurs relatifs à la communication du dossier	CME / DPUA relayé par CMEL et DQGR GH	1
	Promouvoir la lisibilité des dossiers (présentation des copies, tri, classement, lien médecin conseil et DAJ) en lien avec les indicateurs IPAQSS.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables	DAJ relayé par SCDM GH	2
Promouvoir les bonnes pratiques d'archivage du dossier du patient	Réaliser un tableau de bord local annuel des dossiers archivés par établissement (services archivants ou non...).	Tableau de bord annuel local géré par le SCDM de l'établissement selon une grille AP-HP	Service des Archives AP-HP relayé par SCDM GH	1
	Rappel et diffusion des bonnes pratiques d'archivage	Nombre de formations archives Nombre de guides DAJ sur la communication du dossier médical Nombre de consultations de la rubrique archives sur l'intranet AP-HP	Archives / DAJ	1
	Sécuriser la coexistence du support papier et de l'outil informatique (état des lieux, fluidité du circuit, objectif de numérisation des documents...)	Nombre de procédures formalisées conformes aux préconisations des archives de France et du Contrôle Scientifique et technique de l'État	Archives / DSI relayé par SCDM GH	2
	Contribuer à la fluidité du parcours du patient entre les services, les sites, au sein de l'AP-HP et hors AP-HP.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables	Archives / GH / DSI	2
	Assurer un suivi continu des règles d'archivage.	Nombre de non-conformités ou événements indésirables	Archives / GH	1
3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie				
	Prise en charge la douleur			
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)

Améliorer la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier médical et de soins en MCO, SSR et HAD	1°) Assurer la mesure de la douleur de chaque patient, y compris du patient non algique, avec une échelle, et sa traçabilité dans le dossier 2°) Assurer au moins 2 mesures de la douleur du patient algique (avant et après traitement) et sa traçabilité dans le dossier	Indicateurs IPAQSS	CLUD Direction des soins	1
Améliorer les pratiques cliniques de prise en charge de la douleur en post op, aux urgences, en SSR SLD et dans les unités de polyhandicap	1°) Améliorer la douleur post-opératoire 2°) Améliorer la douleur aux urgences 3°) Améliorer la douleur en SSR et SLD 4°) Améliorer la douleur dans les unités de polyhandicap	Programmes d'EPP sur les 4 secteurs	CLUD Direction des soins	2
Améliorer la prévention de la douleur lors des actes diagnostics ou de soins	1°) Prévenir les céphalées après ponction lombaire en améliorant la technique de la ponction lombaire 2°) Prévenir la douleur lors des actes et soins algiques par des programmes ciblés	Audits Nombre de programmes ciblés sur la prévention de la douleur lors des actes de soins	CLUD Direction des soins	2
Promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur et assurer la formation des professionnels	1°) Assurer la diffusion et l'utilisation du livret douleur institutionnel, disponible sur support numérique 2°) Assurer des formations douleur régulières pour les professionnels médicaux et paramédicaux	Audits Plan de formation	CLUD Direction des soins DRH	1
Prise en charge et droits des patients en fin de vie				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Promouvoir auprès des usagers et des professionnels les actions relatives aux droits et choix des patients en fin de vie, dans le respect	1°) Diffuser auprès des professionnels et usagers la brochure d'informations "Fin de vie : vos droits, vos choix" et inciter les patients à formuler des directives fin de vie 2°) Renforcer les actions permettant l'appropriation de la notion de personne de	Audits	CLUD SP Direction des soins Direction de la qualité et de la relation avec les usagers	1

de la loi Léonetti				
Améliorer la prise en charge des patients identifiés de soins palliatifs	Elaborer des critères communs AP-HP pour les patients identifiés de soins palliatifs	Critères communs élaborés : oui - non	CLUD SP	2
Améliorer les prises en charge des patients mourants	Renforcer la formation et l'encadrement des équipes soignantes	Formations sur la prise en charge des mourants	DRH Direction des soins	2
4 Pour une organisation performante, au service de la qualité des soins				
4-1 La qualité de vie au travail comme levier				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Faire de la QVT l'objet d'un dialogue social organisé et structurant	Viser un accord général AP HP sur la QVT négocié en central et décliné en plans d'actions locaux définissant en concertation avec les représentants du personnel, les mesures concrètes planifiées dans le temps Intégrer en amont de tout nouveau projet une approche QVT incluant les contraintes physiques et les organisations Mettre en place un suivi régulier de la mise en œuvre de cet accord par la création d'un observatoire sur la qualité de vie au travail associant des représentants du personnel médical et non médical	Signature d'un accord général sur la QVT. Nombre d'accords locaux sur la QVT. Création d'un observatoire sur la qualité de vie au travail.	DRH AP-HP	Priorité 1
Repérer les talents, former les responsables (médicaux / non médicaux) et les accompagner tout au long de leur carrière	Renforcer la lisibilité du positionnement des responsables dans les GH grâce aux schémas d'organisation de l'encadrement et à tout autre document clarifiant les missions et les responsabilités de chacun Généraliser le tutorat et les dispositifs d'accompagnement spécifique des nouveaux responsables (faisant fonction, nouveaux cadres, médecins investis dans de nouvelles fonctions)	Nombre de schémas d'organisation de l'encadrement. Nombre de jours de formation pour les responsables et nature des formations suivies. Disponibilité de l'offre d'accompagnement pour les personnes en responsabilité.	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	Priorité 1

	Développer les offres de type "missions d'appui, coaching, offre de formation, plateforme ressources" pour aider les personnes en situation de responsabilité			
Promouvoir un management fondé sur la confiance et la reconnaissance dans l'exercice professionnel	<p>Valoriser les réalisations positives des professionnels, tant de façon individuelle (à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation) que de façon collective</p> <p>Refondre la politique managériale (revue d'objectifs et rendez-vous de projets) en intégrant des objectifs sur la méthode et non uniquement les résultats (reconnaissance, explication des décisions, accompagnement du changement, soutien à l'occasion des situations difficiles)</p> <p>Repérer les situations de souffrance dans l'exercice professionnel, en faire une analyse partagée et élaborer des plans d'actions permettant l'amélioration des organisations</p> <p>Promouvoir les initiatives permettant de partager des retours d'expérience à distance des projets pour donner du sens au travail de chacun</p>	<p>Taux de réalisation des entretiens annuels d'évaluation et de formation</p> <p>CR de réunions de service d'analyse de situations ou de retours sur projets</p>	DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des Soins de GH	Priorité 1
Valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels	<p>Promouvoir la qualité de vie au travail à travers l'écoute des professionnels : échanges au sein des équipes, enquêtes régulières permettant d'évaluer la qualité de vie au travail</p> <p>Faire participer les équipes aux projets de leur unité et à la prise de décision qui les concernent</p>	<p>Existence d'enquêtes régulières permettant l'écoute des professionnels</p> <p>nombre de conseils ou réunions de pole</p>	DRH AP HP	Priorité 2

Optimiser les organisations	Dynamiser le travail d'équipe (médico soignante, soignante et socio éducative, soignante et administrative ou technique...) Optimiser la gestion des temps de travail (médicaux et non médicaux) : charte des plannings, stabilité des plannings, prévisibilité des congés, tableaux de service Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme	Comptes de réunions de service permettant d'apprécier la dynamique des collectifs médico soignants Nombre de jours de repos dus Taux d'absentéisme	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	Priorité 1
Favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle	Permettre aux professionnels de concilier vie privée et vie professionnelle en facilitant l'accès aux dispositifs suivants : crèche, transports (solutions alternatives à la voiture individuelle), aménagements des temps de travail (y compris pour les situations d'aidant ou autre type d'absence non médicalisée) Expérimenter le télétravail	Nombre de places de crèche et taux d'occupation Existence de Plans de Déplacement Entreprise (PDE) Nombre de personnes expérimentant le télétravail	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	Priorité 2
Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail	Prolonger la démarche de baromètre interne pour permettre de réaliser des enquêtes sur la satisfaction au travail, tant du personnel médical que non médical, et mesurer l'impact des plans d'actions	Les items permettant d'évaluer la qualité du processus QVT : qualité de l'information reçue, qualité de la communication avec ses supérieurs, confiance en l'avenir, reconnaissance, intérêt du travail, autonomie, qualité des plannings	DRH AP HP	Priorité 2
4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Veiller à l'application du protocole d'accord cadre sur le dialogue social signé le 8 juillet 2014	Promouvoir un dialogue social renforcé, et de qualité	- réunions du comité de suivi - existence d'un agenda social partagé et structuré	DRH - Département des relations sociales	Priorité 1

Identifier les ressources disponibles et les besoins qualitatifs et quantitatifs	Elaborer une cartographie des métiers et effectifs existants par métier et projeter les évolutions démographiques Définir les effectifs et qualifications cibles par GH Expérimenter les nouveaux métiers (coordination des parcours patients, gestion des lits et des séjours, IDE clinicienne spécialisée..) Mettre en place dans chaque GH un protocole de coopération	Existence de la cartographie Définition d'une trajectoire de recrutement pour les métiers sensibles Adéquation des ressources: qualification/poste Existence d'un dispositif d'évaluation des expérimentations nouveaux métiers Nombre de protocoles de coopération : Nombre d'autorisations/Nombre d'adhésions	DRH/DSAP Département du développement professionnel Département Contrôle de gestion et prévision DSAP DOMU	Priorité 1
Accompagner les parcours professionnels	Gestion des âges et deuxième partie de carrière	Réalisation d'un protocole de gestion des âges	DRH / DOMU DSAP	Priorité 2
Généraliser l'accueil - des cadres dirigeants - des personnels médicaux . Internes par GH . Médecins étrangers	Gouvernance partagée Internes /GH	Nombre de jours d'accueil Nombre de journées Programme GH et périodicité	DRH /DCD Bureau des Internes et DRI	Priorité 1
Accompagner l'encadrement dans sa prise de fonction au niveau du GH	Journée semestre Programme Livret d'accueil	Nombre de journées d'accueil réalisées	Direction GH DRH Direction des Soins	Priorité 1
Intégration de l'ensemble du personnel - dans les GH - dans l'unité	Journée d'accueil + livret d'accueil Dispositif d'accueil dans l'unité	Nombre de journées réalisées Existence d'un programme d'un livret d'accueil	Direction GH DRH Direction des Soins.	Priorité 1
Identifier et évaluer les risques professionnels	Identifier et formaliser périodiquement les risques professionnels	1 Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) actualisé par GH et évalué périodiquement	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	Priorité 1

Prévenir les risques professionnels (accidents, TMS, risques biologiques, physiques, chimiques, psychosociaux)	Mettre en œuvre des actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail en lien avec le CHSCT et le service de santé au travail Respecter la réglementation en matière de temps de travail	Nombre de déclarations d'évènements indésirables en matière de risques professionnels Nombre d'évènements indésirables signalés par les médecins sur la messagerie CVH 1 Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT) par GH et évalué périodiquement	DRH - Département Santé au travail et politique sociale DOMU	Priorité 1
Réduire la pénibilité au travail	Faire élaborer par chaque GH un plan de prévention de la pénibilité au travail	Taux d'actions de prévention de la pénibilité dans le PAPRIACT (manutention, gestes répétitifs, vibrations, risques chimiques, bruit, températures extrêmes, travail de nuit, horaires alternés) avec transmission du PAPRIACT	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	Priorité 2
Renforcer les services de santé au travail et les équipes de prévention des risques professionnels	Faciliter de nouveaux modes d'accès de médecins à la spécialité de santé au travail Assurer la professionnalisation des conseillers en prévention des risques professionnels	Délai moyen de recrutement d'un médecin du travail Nombre de postes vacants de médecins du travail Effectif PCR au regard des besoins	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	Priorité 2
La gestion de l'information				
1) le système d'informations				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Garantir un pilotage de l'évolution du SI répondant aux différentes contraintes (évolution technologiques, réglementaires et institutionnelles...)	Schéma de gouvernance lisible et opérationnel, articulant les différents domaines, les groupes d'acteurs (MOA, MOE, DSI centrale et locales, utilisateurs)	Schéma de gouvernance adapté au contexte évolutif de l'APHP et diffusé	DG	1
Encadrer le management du déploiement et de la formation de tous les utilisateurs	Gestion de projet revue au regard de l'évolution des plans de déploiement	calendriers prévisionnels, stables et réalisables	DSI APHP	1

Assurer une communication adaptée au déploiement et à la pratique des SI	plan et outils de communication (centraux et locaux) existant pour les différentes phases (déploiement, accompagnement, évolutions...)	plan et outils couvrant chaque domaine, chaque phase, au niveau central et local	DSI APHP	2
Mesurer la satisfaction des utilisateurs (de différents niveaux) et intégrer cette mesure dans les différents plans d'action	Déploiement effectif des dispositifs de mesure et de l'exploitation des résultats	dispositif déployé pour chaque domaine	SG	2
Adapter le support aux enjeux actuels et prévisibles dans les domaines techniques, fonctionnels et professionnels	Organisation des différents niveaux du support utilisateurs N1/N2 répondant en permanence aux besoins du SI et aux attentes des utilisateurs (démarche ITIL)	Architecture complète pour tous les domaines et tous les niveaux, 24h/24	DSI APHP et DSI GH	1
Assurer un partage des informations concernant les patients dans toute l'APHP quel que soit le SI existant	l'identifiant patient commun AP-HP déployé totalement	100% des services déployés	DG et DSI APHP	1
Rendre interopérable les SI existants et futurs, selon les standards et normes d'échanges de données des SIH	les données médicales sont partagées indépendamment du SI existant [dans un mode sécurisé]	Tendre vers 100% de dossiers partageables	DSI APHP et DSI GH	2-3
Organiser l'exploitation des applications SI compatibles avec le fonctionnement	Permettre des opérations de maintenance programmée (montée de version, patches,...) en limitant les impacts sur les organisations des utilisateurs (Heures non ouvrées).	1°/ Taux de disponibilité des applications du SI au niveau central et en local. 2°/ Taux de disponibilité des infrastructures réseaux en central et en local.	DSI APHP	1
2) la sécurité des systèmes d'information [HAS V2014, Hôpital numérique, Certification des comptes,...]				
Sensibiliser de toutes les catégories de personnel à la sécurité du SI	Formation à réaliser pour tous les personnels sur les données sensibles.	1°/ Nbre et % de personnes formées / total des personnes utilisant le SI	DG	1 - 2

Gérer les risques de l'information dans l'usage des SI organisée, planifiée et structurée au niveau central et local	<p>1°/ Réaliser annuellement une analyses des risques</p> <p>2°/ Identifier annuellement les mesures de sécurité à mettre en place sur la base de l'analyse de risques réalisée.</p> <p>3°/ Réaliser un bilan annuel de sécurité à présenter à la Direction Générale</p>	<p>1°/ Nbre de risques fort ou moyen ayant fait l'objet d'un traitement dans l'année.</p> <p>2°/ Nbre de plans d'action de traitement des risques revus dans l'année.</p>	DSI APHP et DSI GH	2
Garantir la sécurité de l'identifiant du professionnel et de son affectation	<p>1°/ Formaliser et déployer le circuit agent efficace [projet IAM]</p> <p>2°/ déployer la fonction SSO ou les cartes CPS/CPE</p>	<p>1°/ Délai de mise à disposition d'accès aux applications métiers lors de l'arrivée d'un agent dans sa structure d'affectation.</p> <p>2°/ Nbre de comptes utilisateurs actifs après le départ des agents de leurs affectations.</p> <p>3°/ Nbre d'applications gérées par un dispositif de SSO indépendamment de l'architecture.</p> <p>4°/ Nbre de connexion au portail SI Hôpital / Médecine de Ville</p>	DRH et DSI GH	2
Garantir une méthode cohérente et efficace de gestions des incidents liés à la sécurité d'accès et au traitement de l'information.	Définir les types d'incidents de sécurité SI et les intégrer dans l'outil de déclaration des incidents de l'institution.	Nbre et % d'incidents de sécurité ayant fait l'objet d'une analyse des causes et avec un plan d'action.	DSI APHP	2
Assurer la sécurité logique des accès au système d'information	Prévention et détection des intrusions logique et des fuites d'information volontaires ou accidentelles.	Nbre et % d'intrusion logique.	DSI APHP	1
Assurer la sécurité de l'environnement (électrique, thermique...) des infrastructures existantes et à venir	<p>1°/ Equiper les locaux techniques de dispositif de contrôle d'accès permettant une traçabilité des accès.</p> <p>2°/ environnement hautement disponible (redondance électrique, thermique et réseaux)</p>	Nbre d'installations disposant d'une infrastructure redondante pour assurer une haute disponibilité des infrastructures techniques en Central et en Local.	DSI APHP et DSI GH	1

Garantir la continuité du fonctionnement et de service du SI en prenant en compte les outils de supervision.	En Central 1°/ tendre vers une disponibilité permanente du SI 24h/24 365/an [PCA/PRA] 2°/ Formaliser et tester le PRA des systèmes d'information d'importance vitale pour l'institution [Patient] 3°/ Formaliser les plans de sauvegardes et de restaurations des	1°/ Nbre et % d'application ou de données ayant fait l'objet d'un test de restauration 2°/ Nbre et % d'application du domaine du soin disposant d'un mode dégradé. 3°/ Nbre de test de mise en situation de PRA pour les applications les plus critiques [Patient]	DSI APHP et GH	2
Organiser l'ouverture sécurisée du SI à la Ville	moyens de mises à disposition des patients leurs données à travers un portail d'accès sécurisé [portail sécurisé, processus d'authentification,...] (Ouverture vers la médecine de ville)	Nbre de connexion au portail SI Hôpital / Médecine de Ville	DSI APHP	2
La performance logistique				
Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Mise en place de la filière biodéchets	Respect de la réglementation Politique développement durable	nb hôpitaux ayant passé un marché subséquent	SG/ACHA/GH	1
Différencier le modèle de prestations alimentaires pour les patients SLD,SSR et Psychiatrie // patients de MCO	Augmentation de la consommation du plat principal pour les populations SLD, SSR et Psychiatrie (extension de la mise en œuvre des cuissons basses T°C, recettes de plats à forte densité nutritionnelle)	Evolution du taux de prise du plat principal	ACHA/SG/GH	P2
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs dans les secteurs à risque	Formaliser la gestion des équipements biomédicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances) Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences permettant l'optimisation de l'utilisation des équipements	Existence des procédures de suivi des matériels utilisés, nombre et dates des maintenances préventives et curatives, existence de journées de formation par agent et nombre de personnes formées, liste des formations obligatoires	Cadres, Chefs de service, ingénieurs biomédicaux	2

Ont participé à la construction du projet gestion des risques et qualité

- Gwéno­lée ABALAIN
- Pr René ADAM
- Dr Anissa BELBACHIR
- Jihane BENDAIRA
- Mickael BESSE
- Véronique BINET-DESCAMPS
- Jean-Louis BOULBEN
- Marion BOUSQUIÉ
- Dr Dominique BRUN-NEY
- Caroline CALMEL
- Dr Sophie COHEN
- Carole COLERE
- Laurence COMTE
- Pr Béatrice CRICKX
- Denis DUCASSE
- Dominique EVEN
- Florence FAVREL- FEUILLADE
- Pascale FINQUELSTEIN
- Dr Sandra FOURNIER
- Rolland GONIN
- Jean-Baptiste HAGENMULLER
- Agnès LESAGE
- Anne-Claude LEVOYER
- Didier LE STUM
- Pauline MAISANI
- Fabienne MARION
- Fabien MARTINEZ
- Marjorie OBADIA
- Pr Dominique PATERON
- Agnès PETIT
- Nicole PERIER
- Dr Marie-Laure PIBAROT
- Emmanuel RAISON
- Pr Jean-Damien RICARD
- Pr Christian RICHARD
- Pr François RICHARD
- Pr Guy SEBAG
- Christophe SEBERT
- Amélie VERDIER
- Pascal DE WILDE