

Projet d'établissement 2015-2019

Projet gestion des risques et qualité



UNE AP-HP
OUVERTE, UNIE
INNOVANTE

Document collectif rédigé sous la direction du secrétariat général
approuvé par le Conseil de surveillance du 11 décembre 2014,
après un avis favorable à l'unanimité de la CME le 9 décembre 2014.

Sommaire

Fédérer l'AP-HP autour de la gestion des risques et de la qualité	7
I. Le management stratégique au service de la gestion des risques et qualité	9
1-1 Optimiser le management stratégique et la gouvernance du CHU	9
1-2 Dynamiser le management de la qualité et des risques	10
II. Sécurisation et amélioration continue de nos pratiques	11
2-1 Garantir l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	11
2-2 Gérer le risque infectieux	12
2-3 Mieux intégrer dans nos pratiques la prise en charge des urgences et des soins non programmés	12
2-4 Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse	13
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	14
2-8 Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque	15
III. Primauté de l'expérience vécue par le patient	16
3-1 Optimiser le parcours du patient	16
3-2 Promouvoir les droits des patients	16
3-3 Gérer le dossier du patient	17
3-4 Prendre en charge la douleur et la fin de vie	18
IV. Pour une organisation performante, au service de la qualité du soin	18
4-1 La qualité de vie au travail comme levier	18
4-2 La performance de notre gestion, en soutien à la qualité de nos activités cliniques	19
Gestion des ressources humaines	19
Gestion des ressources financières	19
Gestion de l'information	20
Performance logistique	20
Conclusion	21
Actions prioritaires	22
Ont participé à la construction du projet gestion des risques et qualité	55
Glossaire	56

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 Commission Médicale d'Établissement (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 gestion des risques et qualité

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 groupes hospitaliers (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 efficience. 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 gestion des risques et qualité (GRQ) est assurée au sein de la direction générale de l'AP-HP par deux comités complémentaires, le Comité de 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 (Comédims, CClin, Coviris, CClan, CClud notamment), la CCSIRMT, l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH) centrale, le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins (CGras) 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 événements 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'événements 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 réunions de concertation pluridisciplinaires (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'efficacité 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 le logiciel 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 numéro d'identification patient (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 Comaï, 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 opérationnelles 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 4 heures ;
- le maximum de patients nécessitant une hospitalisation a un lit identifié moins de 30 minutes 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 service d'accueil des urgences (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 lpaqss). 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'examen, 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 micro-organismes et des radioéléments artificiels, 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 infections du site opératoire (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 de l'Agence de la biomédecine (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 : personnes décédées dans le cadre d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques (catégorie III de Maastricht) ; après arrêt cardiaque lors d'une prise en charge d'un AVC.

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, bien traitant, 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 publique), 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 cinq 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 compte rendu d'hospitalisation (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 CClud-SP (Comité central de lutte contre la douleur – soins palliatifs) détermine la politique institutionnelle et veille à son déploiement au niveau des GH, à l'aide des CClud-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 HâD, évaluée notamment par l'indicateur national Ipaqss, est le premier objectif d'amélioration. Le CClud-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 tenu 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 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 départements d'informatique médicale (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 V2014 à venir.

Actions prioritaires

I. 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan actualisé présenté aux instances de mars 2015. - Réseau actif dès le 2^{ème} 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'efficacité.	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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (*)
Maintenir une dynamique managériale favorable à la promotion de la culture de qualité – gestion des risques à l'AP-HP.	<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.</p> <p>DGH, Dir Qualité GH, CGS et directions du GH, PCMEL, C GRAS et RSMQ locaux.</p>	<p>En continu</p> <p>Priorité 1</p>
Disposer de plans de maîtrise des risques.	<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.</p> <p>Pilotage GH</p>	<p>Priorité 1 pour la phase test de la visite de risques.</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Renforcer la place de l'usager dans le dispositif de promotion de la qualité – gestion des risques à l'AP-HP.	Evaluation plus approfondie et systématique de la satisfaction des usagers. Professionnalisation et médicalisation du traitement des plaintes et réclamations ; optimisation du modèle de la médiation hospitalière. 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.	Refonte des outils de recueil de la satisfaction. 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. Place effective de patients dans la gestion de projets d'amélioration de la qualité.		En continu Priorité 1

II. 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
	Systématisation 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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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. Nbre 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. Nbre 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 conduites à tenir.	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 P 1.3 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)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Assurer une organisation opérationnelle de la prévention des infections associées aux soins.	<p>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, un technicien biohygiéniste et un secrétariat.</p> <p>b) Un référent en anti-infectieux dans chaque site hospitalier.</p> <p>c) Un référent médical et paramédical en hygiène dans chaque service.</p>	Effectifs des EOH, effectifs des référents en anti infectieux.	EOH / DOMU Direction GH CMEL	2
Maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques.	<p>1°/ Limiter l'émergence de bactéries multi résistantes : diminuer la consommation des antibiotiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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. - 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. 	Consommation des antibiotiques.	EOH / Domu Direction GH CME - COMAI - CLIN Réfèrent en anti-infectieux	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
	<p>2°/ Maîtriser la transmission croisée des bactéries multi résistantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former les personnels médicaux et paramédicaux, les étudiants, sur l'épidémiologie de la résistance bactérienne et de la transmission croisée au sein de l'AP-HP. - 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 niveau 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. - Limiter 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 hospitalisés à l'étranger dans les 12 derniers mois. - Surveiller (signalement) les porteurs de BHRe et les épidémies (nombre de cas secondaires). - Rationnaliser l'utilisation des moyens (humains et matériels) : identifier des secteurs dédiés pour regrouper les porteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidence staphylocoques dorés multirésistants (SARM). - Incidence entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE). - Proportion d'épidémie parmi les alertes à BHRe (entérobactéries productrices de carbapénèmase, entérocoques résistants à la vancomycine). - Proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas de BHRe. 	<p>EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites</p>	<p>2</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Limiter les risques infectieux liés aux actes invasifs.	1°/ Evaluer la pertinence des dispositifs invasifs (perfusion, sondes urinaires, ...). - Réaliser des audits de pertinence des dispositifs invasifs. - Promouvoir la réalisation de revues de morbi-mortalité (RMM) devant des infections graves mettant en jeu des dispositifs invasifs.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	2
	2°/ 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.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	2
	3°/ Maîtriser le risque infectieux lié à l'endoscopie. - Former les personnels, réaliser des audits des pratiques.		EOH / DOMU Direction GH CMEL - CLIN EOH sites	1

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 (*)
<p>Améliorer les délais de réponse et réduire les recours inappropriés aux SAU.</p> <p>Réduire les temps d'attente et améliorer la sécurité de la prise en charge au sein des SAU.</p>	<p>Amélioration de la réponse au 15.</p> <p>Développer une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations et hospitalisations).</p> <p>Organiser un circuit court, dans tous les SAU adultes, dédié aux patients ambulatoires ne nécessitant pas de soins complexes.</p> <p>Améliorer les conditions d'accueil et d'attente.</p> <p>Garantir un fonctionnement conforme de l'UHCD.</p>	<p>95 % des appels décrochés en moins de 60 sec.</p> <p>Mentionné dans tous les contrats de pôle pour les patients orientés vers un retour à domicile : % des passages ≥ 4h et durée moyenne de passage.</p> <p>Taux de retour dans un SAU de l'AP-HP dans les 7 jours d'un patient PEC et non hospitalisé.</p> <p>Séjours de plus de 24h < 20 %</p> <p>2/3 des lits d'UHCD disponibles à 18h (Suivi du TO de l'UHCD à 18h).</p>	<p>JS. Marx</p> <p>E. Lecarpentier</p> <p>DPT</p> <p>DPT / DOMU</p> <p>DPUA</p> <p>DOMU</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Déployer un plan complet pour les admissions non programmées tel que prévu par la Charte des GH.</p>	<p>Déploiement du dispositif de gestion des séjours : disponibilité des lits accessible en temps réel, intégrant les préadmissions.</p> <p>Equipe identifiée.</p> <p>Lits médicaux polyvalents dédiés.</p>	<p>% de patients transférés hors AP-HP, depuis l'accueil du SAU ou l'UHCD.</p>	<p>DPT</p>	<p>1</p>

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 PECM. 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 consolidé et priorisé : 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 Référents 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 PECM.	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). 4°/ 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, ...). 3°/ Développement des évaluations des pratiques (EPP, CREX, audits).	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 pharmaceutique.	1°/ Accès à la totalité de la prescription informatisée ou papier, sans retranscription. 2°/ Accès aux données biologiques et cliniques du patient, ainsi qu'aux informations techniques sur le médicament. 3°/ Développement progressif de l'analyse pharmaceutique selon un schéma validé par chaque GH.	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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Favoriser la sécurisation des conditions de réalisation de l'administration.	<p>1°/ Mise en place d'outils de sécurisation et d'aide à l'administration (support unique de la prescription à l'administration, harmonisation des abréviations et unités, protocoles pré établis...).</p> <p>2°/ Actions de sensibilisation et formation.</p> <p>3°/ Contrôle de l'identité des patients, de la conformité du médicament par rapport à la prescription lors de l'administration.</p> <p>4°/ Mise à disposition de formes galéniques adaptées pour la population gériatrique et pédiatrique.</p>	<p>1°/ Nombre d'actions développés.</p> <p>2°/ Nombre d'action de sensibilisation et de formation (calculs de dose, table de correspondance DCI, mémo 5B...).</p> <p>3°/ Nombre d'audit(s) sur contrôle de concordance.</p> <p>4°/ Livret thérapeutique.</p>	<p>RSMQ DSAP CSRIMT Cadres COMEDIMS AGEPS CVIRIS Pharmaciens</p>	1
Partager une réflexion sur les conditions de transport et de stockage des médicaments dans les unités de soins.	<p>1°/ Evaluation des conditions de réception et de rangement des médicaments, notamment des médicaments à risque (KCL, ...).</p> <p>2°/ Recherche d'optimisation des stocks immobilisés et des rangements dans les unités de soins.</p> <p>3°/ Sécurisation de la chaîne d'approvisionnement PUI/unité de soin.</p> <p>4°/ Développement des formes sous conditionnement unitaire pour les formes sèches.</p>	<p>1°/ Evaluation réalisée et définition de cibles : oui/non.</p> <p>2°/ Définition de modalités d'optimisation des stocks immobilisés dans les unités de soins : oui/non.</p> <p>3°/ Nombre de systèmes de rangement adaptés.</p> <p>4°/ Procédure de contrôle des livraisons : oui/non.</p>	<p>Cadres, chef de service, pharmaciens COMEDIMS AGEPS DSAP Référént PUI / DOMU RSMQ</p>	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.	<p>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, ...).</p> <p>2°/ Amélioration des pratiques de prescription, notamment chez la personne âgée.</p>	<p>1°/ Nombre de projets d'amélioration des pratiques (ou EPP).</p> <p>2°/ Nombre d'actions de sensibilisation.</p> <p>3°/ Bonnes Pratiques des médicaments à risque.</p>	<p>CME, cellule QSS & CAPCU Collégiale des pharmaciens COMEDIMS RSMQ Chefs de service (Médecins-Pharmaciens)</p>	3

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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. 4°/ Promotion de l'information structurée au patient sur son traitement médicamenteux.	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 Référents ETP	3

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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre la démarche d'accréditation des laboratoires.	Respect des échéances réglementaires.	Accréditation des laboratoires à hauteur de 50 % des examens sur toutes les familles jusqu'à 100 % en 2020.	GH / DOMU	1
Poursuivre la démarche de mise en conformité avec le référentiel HAS en imagerie.	Respect des exigences en termes de tenue du dossier patient.	Taux de conformité de la demande d'examens et des comptes rendus.	GH / services d'imagerie	1
Améliorer le dispositif de radioprotection.	Respect des normes et exigences réglementaires.	Baisse des non conformités.	GH	2

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 chirurgie.	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)	1
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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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	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).	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 personnes formées. 4°/ Liste des formations obligatoires.	Cadres, chef de service	2

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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Poursuivre et accentuer les actions de sensibilisation pour promouvoir le don d'organes et de tissus.	Développer les formations des personnels concernés à l'entretien avec les familles pour promouvoir le don.	1°/ Existence de l'offre de formation. 2°/ Définition d'une cible de personnes à former et taux de suivi de la formation par ces personnes. 3°/ Nombre de prélèvements réalisés.	DOMU, GH	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 (*)
<p>Définir l'organisation qui va permettre l'optimisation des actions qualité sécurité des soins.</p> <p>Poursuivre ou initier la mise en œuvre de démarches qualité en favorisant les partages d'expérience, ce qui implique l'identification des activités à risque (cartographie).</p>	<p>1°/ Formaliser le parcours du patient, identifier les différentes étapes de sa prise en charge.</p> <p>2°/ Identifier les risques a priori et posteriori pour bâtir la cartographie des risques et définir le plan d'action associé à la réduction de ces risques.</p> <p>3°/ Identifier des responsabilités et échéances de réalisation des projets à mettre en place.</p>	<p>1°/ Formalisation du processus réalisée oui non.</p> <p>2°/ Cartographie des risques réalisée oui non.</p> <p>3°/ Plan d'action formalisé oui non.</p> <p>4°/ Nombre de projets menés à bien (%).</p>	<p>Pilote(s) à désigner par la Direction Qualité / CMEL / Direction des soins pour coordonner les travaux</p>	1
<p>Poursuivre la gestion des événements indésirables associés aux soins (signalement des Evénements Indésirables, analyse systémiques, hiérarchisation, actions correctives et retour d'expériences).</p>	<p>Définir l'organisation du recueil des EI, de l'analyse et du suivi de la mise en place des actions correctives.</p>	<p>1°/ Formalisation des procédures de déclaration des EI, EIG, ESR, oui non.</p> <p>2°/ CREX mis en place oui non.</p> <p>3°/ Revues morbi mortalité mises en place oui non.</p> <p>4°/ Bilan annuel CREX conforme aux attentes HAS oui non.</p>	<p>Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS)</p>	1
<p>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.</p> <p>Une attention particulière devra être apportée à la radioprotection.</p>	<p>Identification et gestion des non conformités.</p>	<p>% des non conformités gérées.</p>	<p>Direction Qualité</p>	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Intégrer une réflexion autour de la gestion des équipements et des compétences des utilisateurs.	<p>1°/ Formaliser la gestion des équipements et des dispositifs médicaux (conformité et traçabilité des contrôles et maintenances).</p> <p>2°/ Formaliser le plan des formations des personnels (acquisition et maintien des compétences permettant l'optimisation de l'utilisation des équipements, intégration des nouveaux arrivants).</p>	<p>1°/ Existence des procédures de suivi des matériels utilisés : nombre et dates des maintenances préventives et curatives.</p> <p>2°/ Existence des cheks list, des procédures et protocoles d'examen dans le poste d'examen traçabilité.</p> <p>3°/ Nombre de journées de formation par agent et nombre de personne formées.</p> <p>4°/ Liste des formations obligatoires.</p>	Cadres, chef de service	2
Engager une réflexion sur la pertinence des actes, dans une recherche de rapport optimum bénéfice/risque pour le patient.	<p>1°/ Mettre en place et/ou formaliser un système de communication interne pluri disciplinaire : RCP, staff.</p> <p>2°/ Diffuser les recommandations existantes (ex. guide de la juste prescription des examens en radiologie).</p>	<p>1°/ Nombre de RCP, staff organisés.</p> <p>2°/ Nombre de projets relatifs à la pertinence des actes et suivi d'indicateurs spécialisés définis (ex. nbre de césariennes).</p>	Chefs de services	2

III. 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 formations réalisées par GH. - Nombre de formateurs relais formés par GH.	DRH AP-HP	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 identifiés et planifiés. - Nombre de parcours patient formalisés par un chemin clinique.	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2
Accompagner les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires dans la modélisation des parcours de soins intra et/ou extrahospitalier.	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 des GH. Mobiliser et faire adhérer les équipes pluri-professionnelles et pluridisciplinaires à la définition des parcours patient.	Taux d'élaboration des parcours patient (nombre de parcours finalisés/nombre de parcours identifiés et planifiés).	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2
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 finalisés.	Direction GH, CMEL, Direction des soins GH Direction qualité GH, Référént EPP des GH, Comité de pilotage qualité/gestion des risques	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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	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	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 maladie, en lien avec les associations de patients.	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
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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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
Prévenir, alerter et traiter des situations suspectées ou avérées de maltraitance par la réflexion pluridisciplinaire et l'implication de la personne, de ses proches ou d'un tiers.	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
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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Promouvoir les bonnes pratiques d'archivage du dossier du patient.	Réaliser un tableau de bord local annuel des dossiers archivés par établissement (services archivant 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 de 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

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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 de la loi Léonetti.	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 confiance.	Audits.	CLUD SP Direction des soins Direction de la qualité et de la relation avec les usagers	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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

IV. 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.	<p>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.</p> <p>Intégrer en amont de tout nouveau projet une approche QVT incluant les contraintes physiques et les organisations.</p> <p>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.</p>	<p>Signature d'un accord général sur la QVT.</p> <p>Nombre d'accords locaux sur la QVT.</p> <p>Création d'un observatoire sur la qualité de vie au travail.</p>	DRH AP-HP	1
Repérer les talents, former les responsables (médicaux/non médicaux) et les accompagner tout au long de leur carrière.	<p>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.</p> <p>Généraliser le tutorat et les dispositifs d'accompagnement spécifique des nouveaux responsables (faisant fonction, nouveaux cadres, médecins investis dans de nouvelles fonctions).</p> <p>Développer les offres de type « missions d'appui, coaching, offre de formation, plateforme ressources » pour aider les personnes en situation de responsabilité.</p>	<p>Nombre de schémas d'organisation de l'encadrement.</p> <p>Nombre de jours de formation pour les responsables et nature des formations suivies.</p> <p>Disponibilité de l'offre d'accompagnement pour les personnes en responsabilité.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
<p>Promouvoir un management fondé sur la confiance et la reconnaissance dans l'exercice professionnel.</p>	<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>	<p>DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des Soins de GH</p>	<p>1</p>
<p>Valoriser les démarches participatives et les dispositifs d'écoute des professionnels.</p>	<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 pôle.</p>	<p>DRH AP-HP</p>	<p>2</p>

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Optimiser les organisations.	<p>Dynamiser le travail d'équipe (médico soignante, soignante et socio éducative, soignante et administrative ou technique...).</p> <p>Optimiser la gestion des temps de travail (médicaux et non médicaux) : charte des plannings, stabilité des plannings, prévisibilité des congés, tableaux de service.</p> <p>Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme.</p>	<p>Comptes de réunions de service permettant d'apprécier la dynamique des collectifs médico soignants.</p> <p>Nombre de jours de repos dus.</p> <p>Taux d'absentéisme.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	1
Favoriser l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.	<p>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).</p> <p>Expérimenter le télétravail.</p>	<p>Nombre de places de crèche et taux d'occupation.</p> <p>Existence de Plans de Déplacement Entreprise (PDE).</p> <p>Nombre de personnes expérimentant le télétravail.</p>	DRH AP-HP DRH de GH Directions des affaires médicales de GH Directions des soins de GH	2
Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail.	<p>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.</p>	<p>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.</p>	DRH AP-HP	2

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

La gestion des ressources humaines

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	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 clinique 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	1
Accompagner les parcours professionnels.	Gestion des âges et deuxième partie de carrière.	Réalisation d'un protocole de gestion des âges.	DRH / DOMU DSAP	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	1
Accompagner l'enca-drement 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	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	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	1

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Prévenir les risques professionnels (accidents, TMS, risques biologiques, physiques, chimiques, psycho-sociaux).	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'événements indésirables en matière de risques professionnels. Nombre d'événements indésirables signalés par les médecins sur la messagerie CVH. 1 Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact) par GH et évalué périodiquement.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale DOMU	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 PAPRI Pact (manutention, gestes répétitifs, vibrations, risques chimiques, bruit, températures extrêmes, travail de nuit, horaires alternés) avec transmission du PAPRI Pact.	DRH - Département Santé au travail et politique sociale	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	2

La gestion financière

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Produire des comptes de qualité conformes à la réglementation et certifiables.	Certification des comptes AP-HP dès le 1 ^{er} exercice en 2016.		DEFIP et référents certification des comptes des GH, PIC et hôpitaux	1
Améliorer le circuit de facturation.	Améliorer le taux de recouvrement et le délai.	Taux de préadmission. Taux d'encaissement. Taux de recouvrement. Taux de rejet de télétransmission.	DEFIP GH	1
Optimiser le pilotage budgétaire pluriannuel et prospectif à l'échelle des GH.	Elaboration de la trajectoire pluriannuelle des GH.	Nombre de GH ayant établi une trajectoire.	DEFIP Direction des finances des GH	1

La gestion de l'information

1/ Le système d'information

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'AP-HP 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 AP-HP	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 AP-HP	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 AP-HP et DSI GH	1
Assurer un partage des informations concernant les patients dans toute l'AP-HP quel que soit le SI existant.	L'identifiant patient commun AP-HP déployé totalement.	100 % des services déployés.	DG et DSI AP-HP	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 AP-HP et DSI GH	2-3

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
Organiser l'exploitation des applications SI compatibles avec le fonctionnement.	Permettre des opérations de maintenance programmée (montée de version, patchs, ...) 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 AP-HP	1

2/ La sécurité des systèmes d'information

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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.	1°/ Réaliser annuellement une analyses des risques. 2°/ Identifier annuellement les mesures de sécurité à mettre en place sur la base de l'analyse de risques réalisée. 3°/ Réaliser un bilan annuel de sécurité à présenter à la Direction Générale.	1°/ Nbre de risques fort ou moyen ayant fait l'objet d'un traitement dans l'année. 2°/ Nbre de plans d'action de traitement des risques revus dans l'année.	DSI AP-HP et DSI GH	2
Garantir la sécurité de l'identifiant du professionnel et de son affectation.	1°/ Formaliser et déployer le circuit agent efficace [projet IAM]. 2°/ Déployer la fonction SSO ou les cartes CPS / CPE.	1°/ Délai de mise à disposition d'accès aux applications métiers lors de l'arrivée d'un agent dans sa structure d'affectation. 2°/ Nbre de comptes utilisateurs actifs après le départ des agents de leurs affectations. 3°/ Nbre d'applications gérées par un dispositif de SSO indépendamment de l'architecture. 4°/ Nbre de connexion au portail SI Hôpital / Médecine de Ville.	DRH et DSI GH	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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 AP-HP	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 AP-HP	1
Assurer la sécurité de l'environnement (électrique, thermique...) des infrastructures existantes et à venir.	1°/ Equiper les locaux techniques de dispositif de contrôle d'accès permettant une traçabilité des accès. 2°/ Environnement hautement disponible (redondance électrique, thermique et réseaux).	Nbre d'installations disposant d'une infrastructure redondante pour assurer une haute disponibilité des infrastructures techniques en Central et en Local.	DSI AP-HP 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 données. 4°/ Intégrer la gestion de crise informatique dans les plans de gestion de crise de l'AP-HP. 5°/ Mesurer la disponibilité des applications au cœur du processus de soin. 6° / En local : formaliser les plans de sauvegarde et de restauration des données, ainsi que les modes dégradés des applications liées au soin.	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 AP-HP et GH	2

Objectifs prioritaires	Cible(s) attendue(s)	Indicateur(s) de suivi	Pilote du projet	Priorité (*)
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 AP-HP	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.	Nbre 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	2
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
Renforcer le suivi des sécurités sanitaires.	Structurer en continu la coordination proactive du respect des conformités sanitaires, notamment la sécurité incendie.	Diminution du taux de non-conformité des installations en GH par catégorie de sécurité sanitaire.	SG / DEFIP / GH	1

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

Pr Loïc CAPRON

Dr Sophie COHEN

Carole COLERE

Laurence COMTE

Pr Béatrice CRICKX

Denis DUCASSE

Dominique EVEN

Florence FAVREL- FEUILLADE

Pascale FINKELSTEIN

Dr Sandra FOURNIER

Roland 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

Glossaire

ABM	Agence de la biomédecine
AGEPS	Agence générale des équipements et produits de santé
CAE	Comptabilité analytique
CAPCU	Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
CCLAN	Comité central de liaison en alimentation et nutrition
CCLIN	Comité central de lutte contre les infections nosocomiales
CCLUD-SP	Comité central de lutte contre la douleur et des soins palliatifs
CGRAS	Coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins
CIV	Comité d'identité-vigilance
CME	Commission médicale d'établissement
COMAÏ	Commission des anti-infectieux
COMEDIMS	comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COVIRIS	Coordination des vigilances et des risques sanitaires
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CREX	Comité de retours d'expériences
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS	Commission de surveillance
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques
CTEC	Comité technique d'établissement central
DAJ	Direction des affaires juridiques
DEFIP	Direction économique et financière, des investissements et du patrimoine
DIA	Direction de l'inspection et de l'audit
DIM	Département d'information médicale
DOMU	Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
DPC	Développement professionnel continu
DPUA	Direction des patients, usagers et associations
DRH	Direction des ressources humaines
DSAP	direction des soins et des activités paramédicales
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FHF	Fédération hospitalière de France
GH	Groupe hospitalier
GRQ	Gestion des risques et qualité
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé

HQE	Haute qualité environnementale
IRSN	Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
ISO	Infection du site opératoire
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
NIP	Numéro d'identification unique
PEP	Pratique exigible prioritaire
PIC	Pôle d'intérêt commun
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QSS	Qualité et sécurité des soins
QVT	Qualité de vie au travail
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RIA	Radio-éléments artificiels
RMM	Revue de morbi-mortalité
RSMQPECM	Responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse
SAU	Service d'accueil des urgences
SI	Système d'information
SLD	Soins de longue durée
SSR	Soins de suite et réadaptation
UG	Unité de gestion



AP-HP



@APHP_Actualites



www.aphp.fr