

PROJET D'ETABLISSEMENT 2021 - 2025

Projet qualité, sécurité, gestion des
risques et relations avec les usagers

Groupe Hospitalo-Universitaire AP-HP. Nord-Université de Paris

Projet qualité, sécurité, gestion des risques et relations avec les usagers

Table des matières

1. Promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec l'expérience et l'engagement patient	3
1.1 Structurer le management stratégique de la qualité / sécurité des soins au sein de l'établissement en impliquant l'ensemble de la communauté hospitalière	3
1.2 Développer une gestion des risques intégrée à la prise en charge du patient.....	4
1.3 Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient.....	4
1.4 Repenser la place du patient et de ses proches comme partenaire	5
1.5 Prendre en charge la douleur et la fin de vie.....	5
1.6 Optimiser la gestion du risque infectieux	6
1.7 Améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition.....	7
2. Assurer le management de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux	8
3. Développer et structurer la gestion de crise au sein du GHU	9
4. Poursuivre la dématérialisation du dossier patient et sécuriser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	10
5. Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque	10
6. Accompagner les démarches sectorielles	11

Piloté par une direction fonctionnelle dédiée, composée de professionnels formés, et avec l'implication forte de tous : instances, directions et professionnels de terrain, le Volet Qualité du projet d'établissement recouvre les secteurs de la qualité, de la gestion des risques ainsi que les droits des patients et les relations avec les usagers.

La sécurité des soins et l'alliance avec le patient constituent le fil conducteur du projet d'établissement de notre GHU.

En lien direct avec cette conviction, la politique qualité sécurité des soins définie pour le GHU AP-HP Nord repose sur les grands axes suivants :

1. PROMOUVOIR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS EN LIEN AVEC L'EXPÉRIENCE ET L'ENGAGEMENT PATIENT

1.1 Structurer le management stratégique de la qualité / sécurité des soins au sein de l'établissement en impliquant l'ensemble de la communauté hospitalière

Pour être efficace, la culture qualité et sécurité des soins et de la prise en charge doit s'inscrire dans une démarche stratégique pérenne et mobiliser en continu l'ensemble des acteurs hospitaliers. La structuration de la gouvernance du système de management de la qualité s'appuie sur l'ensemble des comités et sous-commissions de la CME (commission médicale d'établissement) et vise à se traduire par une implication des professionnels dans le cadre d'une démarche initiée au plus près du terrain. L'implication conjointe de la CMEL, de la direction des soins et de la direction qualité est incontournable pour une appropriation totale de la démarche par la communauté. Ce processus doit être transversal à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Pour cela, une Commission Qualité Sécurité des Soins, Risques, Vigilances, Patients du GHU, portée par la vice-présidente de la CMEL, la directrice déléguée à la qualité, gestion des risques, droit des patients, le Coordonnateur général des soins et la directrice générale adjointe sera constituée. Cette commission pilotera la politique qualité du GHU, et aura sa déclinaison sur chaque site (Commission Qualité de site portée par la direction de site, le responsable qualité, la direction des soins et le représentant élu de site). Le lien entre les orientations stratégiques et la mise en œuvre opérationnelle de chaque site sera assuré par des Bureaux Qualité multidisciplinaires.

L'appropriation de la démarche par les professionnels, au plus près de leur exercice ainsi qu'une acculturation à la mesure des résultats obtenus au sein de leur service, site et DMU est un objectif essentiel. Pour cela, des référents qualité au sein de chaque DMU ont été identifiés (fiches missions harmonisées sur tous les DMU), des bureaux qualité sont mis en place sur chaque site (animés au plus près du terrain par les responsables qualité des sites au sein de la direction qualité et de la direction des soins), des tableaux de bords d'indicateurs ciblés ont été créés. La désignation de Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et de Responsable de la Sécurité du management de la qualité (RSMQ) de la prise en charge médicamenteuse et des Dispositifs médicaux pour chaque site, interlocuteurs quotidien au sein de la communauté hospitalière contribuera également à cette appropriation collective.

Le renforcement des outils de pilotage de la démarche qualité gestion des risques constitue un enjeu fort dans le cadre d'une nécessaire complémentarité entre l'approche institutionnelle et une déclinaison au sein des DMU et services. Le pilotage et le suivi de la démarche sont matérialisés par le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Le PAQSS découle naturellement des orientations du projet d'établissement. Le PAQSS GHU inclut des volets incontournables, déclinés au niveau de chaque PAQSS de site du GHU. Pour autant, les PAQSS de site sont constitués et enrichis selon les particularités, problématiques et points de fragilité identifiés sur chaque site.

La démarche de Certification HAS sous sa dernière itération « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins », repose sur une action continue, pérenne, et évolutive impliquant les patients, l'établissement et l'ensemble des soignants. Cette approche se veut dynamique, intégrant une meilleure coordination des différents acteurs avec une double finalité : l'amélioration des pratiques / l'amélioration de la qualité des soins et du service rendu.

Notre projet et notre organisation sont en cohérence avec cet état d'esprit par la mobilisation de tous au plus près du terrain et le développement des outils « traceurs », permettant aux équipes hospitalières et aux patients de travailler ensemble pour cette amélioration quotidienne de la qualité des soins apportés à nos usagers. Nous sommes convaincus que l'équipe professionnel-patient peut permettre l'amélioration de nos pratiques au bénéfice des patients, usagers et professionnels.

Dans le même esprit, notre projet implique la mesure de la qualité perçue par le patient qui est un volet essentiel est essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins. Le dispositif e-satis déployé par l'HAS depuis 2016 est un des outils permettant de recueillir la satisfaction et nous souhaitons structurer et optimiser l'exploitation des résultats de ces questionnaires par les équipes pour une amélioration concrète sur le terrain. Le développement

des PROMs (Patients-Reported Outcome Measures) et PREMs (Patient-Reported Experience Measures), instruments mesurant de manière quantitative, précise et comparative les résultats de santé et l'expérience des soins perçus par les patients, introduits plus récemment notamment à partir d'expériences internationales, est un élément de notre feuille de route. Quelques services du GHU sont engagés dans des expérimentations sur ces démarches que nous souhaitons déployer.

Enfin, la recherche d'une gestion électronique documentaire (GED) efficace est un élément essentiel de notre démarche. Cela implique tout d'abord un logiciel GED facile d'utilisation permettant une appropriation rapide par les professionnels. Au-delà de l'outil, la démarche repose sur la volonté du plus grand nombre de partager avec l'ensemble de la communauté, des procédures, modes opératoires ou autres documents utiles. La mise à jour régulière des documents, implique les professionnels sachant. L'extension d'un nouveau logiciel de gestion électronique de documents (GED), outil institutionnel, doit permettre de venir soutenir à la fois la communication, mais également l'amélioration des pratiques en offrant des ressources plus facilement mobilisables et accessibles à tous. Les fonctionnalités de cet outil, avec une interface directe entre GED et PAQSS, sont destinées à faciliter le pilotage et une appropriation plus fluide par les professionnels. Ce déploiement va mobiliser toutes les directions et DMU durant les deux prochaines années.

1.2 Développer une gestion des risques intégrée à la prise en charge du patient

La politique de gestion des risques promeut :

- La promotion d'une culture du signalement des événements indésirables (EI), l'organisation de l'identification, l'analyse et la gestion des EI en recourant aux méthodes d'analyse de risques. Cela passe par des actions d'information et de formation, auprès des professionnels et des instances.
- Le travail d'identification et d'analyse des risques hospitaliers (à priori : cartographies des risques et à postériori : REX/RMM...)
- L'analyse des données et la mise en place d'actions de prévention
- Le suivi et l'évaluation des plans d'action d'amélioration établis
- Le partage des outils et actions d'amélioration ayant fait leurs preuves en intra-GHU ou AP-HP

Les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, impliqués sur chaque site du GHU et les ingénieurs gestionnaires de risque, pilotent et sont les garants de la politique de gestion des risques.

La politique de signalement repose sur le logiciel institutionnel OSIRIS. Le portage de cet outil repose sur la direction qualité, de la formation à l'outil au traitement des EI et EIG avec les CGRAS. Un changement de logiciel est en cours avec le déploiement d'une V2 d'OSIRIS V2 entre 2021 et 2022, impliquant des actions de paramétrage, de communication ainsi que la formation des différents professionnels, gestionnaires de risque, déclarants, correspondants de services et gestionnaires d'événements.

1.3 Promouvoir la connaissance et le respect des droits du patient

La politique globale du GHU met au cœur de ses priorités les droits des patients en répondant aux exigences réglementaires et en restant fidèle à ses valeurs que sont l'information, la transparence et la participation des usagers. Elle incite à renforcer et consolider les pratiques déjà instituées :

- Développer la participation des usagers par l'intermédiaire des commissions des usagers (CDU) et la coordination du projet des usagers
- Former les professionnels, ainsi que les membres de la CDU, sur les droits du patient en développant une approche et un discours harmonisé au sein du GHU sur l'accueil des usagers, leurs droits, mais également les conditions de leur exercice et les modalités de leur accompagnement.
- Poursuivre et améliorer le dispositif d'accès au dossier patient par lui-même ou ses ayants droit, notamment par l'information des professionnels sur les dispositions applicables en la matière.
- Gérer les plaintes et réclamations de manière structurée et coordonnée, développer l'écoute et le dialogue, favoriser les démarches de médiation (constitution d'équipes de médiation associant chargé(e)

des relations avec les usagers, médiateurs et représentants des usagers) visant à une meilleure communication et compréhension entre les patients, leurs proches et les équipes hospitalières

- Renforcer le respect de l'intimité, la dignité, la vulnérabilité du patient et la confidentialité, en conformité avec les exigences du RGPD, le respect des opinions et de la laïcité
- Informer le patient et son entourage de façon adaptée et en assurer la traçabilité
- Encourager la décision médicale partagée et recueillir le consentement du patient pour les soins concernés
- Prendre en compte les avis et recommandations des comités d'éthique nationaux et locaux
- Développer la bientraitance et lutter contre la maltraitance
- Favoriser et améliorer la prise en compte du handicap
- Améliorer les conditions d'accueil et d'admissions, promouvoir le label « hospitalité »
- Favoriser les partenariats associatifs, les maisons d'information en santé et les projets « bien-être » pour les patients.

1.4 Repenser la place du patient et de ses proches comme partenaire

L'engagement patient est un axe fort du projet d'établissement du GHU et le projet qualité est au cœur de cette démarche. L'engagement patient implique un engagement réciproque : engagement du patient qui apporte son expérience, son vécu, auprès des équipes hospitalières et engagement de nos équipes dans cette démarche auprès des patients pour un objectif et un bénéfice commun. En effet, l'impact sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients va de pair dans cette dynamique avec une amélioration de la qualité de vie et de satisfaction au travail des équipes. La participation du patient, acteur essentiel de sa prise en charge, est favorisée pour faire partie intégrante de nos pratiques quotidiennes comme de tous nos projets.

Notre « engagement patient » se décline en différentes actions prioritaires :

- Promouvoir et porter le concept du patient et de son entourage comme partenaires du soin au quotidien, en favorisant l'écoute, une approche personnalisée et l'implication active conjointe. Il s'agit de structurer les parcours de prise en charge en intra et extrahospitalier par la sollicitation de patients experts, de patients partenaires, de pairs aidants, de patients ressources, de développer des prises en charge globales dans une approche systématique (parents, fratrie, milieu socioculturel), de conforter la vie sociale de l'enfant (scolarité, activités éducatives et culturelles...). Cette démarche fera intervenir des outils méthodologiques simples et pourra être soutenue par le développement d'outils connectés.
- Renforcer le rôle des associations de malades et d'usagers dans l'élaboration des parcours et la déclinaison des projets (prises en charge, projets organisationnels, projets architecturaux...).
- Former et accompagner les professionnels comme les patients, aux approches permettant une intégration des patients, proches et aidants aux prises en charge comme aux projets de l'établissement.

Pour accompagner cette dynamique, le Comité de l'Engagement Patient du GHU est chargé de la promotion de la démarche Engagement patient et de son accompagnement. Ce comité de l'engagement patient trouvera une déclinaison par site. Le GHU est membre de l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP).

1.5 Prendre en charge la douleur et la fin de vie

La politique de prise en charge de la douleur est intégrée aux orientations stratégiques de l'AP-HP déclinée par le CLUD-Central de l'AP-HP. Les CLUD locaux déclinent ces orientations sur chaque site en fonction des spécificités

des activités : MCO¹, SSR², SLD³ et psychiatrie, et des patients (douleurs postopératoires, aiguës, chroniques, rebelles, psychiques).

En raison du taux de renouvellement du personnel soignant, du nombre important d'étudiants, la formation des médecins et des professionnels de santé est primordiale. Les objectifs pédagogiques sont les suivants : connaître les différents types de douleur, évaluer la douleur par une échelle adaptée et validée, connaître et comprendre les actions spécifiques des médicaments antalgiques et les différentes techniques de soulagement de la douleur.

Au moment des formations et des interventions au chevet du patient l'accent est mis sur la deuxième action : l'amélioration de la traçabilité de la douleur dans le dossier du patient afin de pérenniser ou d'améliorer les données recueillies lors des audits de dossier patients. Enfin l'intégration des usagers dans les réflexions de chaque instance est une action qui reste à développer de manière systématique et active.

Le GHU doit également poursuivre la généralisation de l'identification et la traçabilité de la personne de confiance dans le dossier patient, et de promouvoir auprès des usagers et des professionnels les droits des patients en fin de vie, notamment en incitant les patients à formuler leurs directives anticipées (accompagnement des patients et de leurs proches dans cette démarche).

1.6 Optimiser la gestion du risque infectieux

La politique institutionnelle de gestion du risque infectieux et de prévention des infections associées aux soins est élaborée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central sous la responsabilité de la CME sur proposition de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du siège et en concertation avec les représentants des usagers.

Elle est déclinée localement sur le GHU en fonction de ces grandes orientations avec un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) sur chaque site, qui élabore un plan d'actions ciblées au regard des diverses évaluations réalisées et de l'évolution du contexte local ou national.

L'application de cette politique implique tous les acteurs de soin du GHU, les usagers et les représentants des usagers par une communication ascendante, descendante et transversale pour favoriser l'autonomie des équipes de soins pour la prise en charge du risque infectieux.

L'organisation opérationnelle et réactive de cette politique repose sur les équipes opérationnelles d'hygiène, les correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux identifiés dans chaque service et les référents en anti-infectieux identifiés sur chaque site du GHU en collaboration avec les CLINs locaux, les différentes directions, les services de bactériologie – virologie et les gestionnaires de risques.

La stratégie est centrée sur :

- La maîtrise des risques infectieux liés aux actes invasifs. Cela concerne en particulier le suivi des infections nosocomiales sur dispositifs médicaux, les infections du site opératoire ciblées en fonction des spécialités.
- La maîtrise des risques infectieux liés aux bactéries résistantes ou émergentes :
 - o Par des dépistages adaptés des patients cas ou contact afin de maîtriser le risque de diffusion
 - o Par la mise en place de précautions complémentaires ou spécifiques précoces
 - o La maîtrise de la transmission croisée des microorganismes par :
 - ✓ La promotion des précautions standards et complémentaires

¹ MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

² SSR : Soins de suite et de réadaptation

³ SLD : Soins longue durée

- ✓ L'hygiène des mains par le suivi et la promotion de la consommation des solutions hydro alcooliques en regard des objectifs « cible » nationaux et AP-HP par spécialité
 - Par une meilleure gestion des « excréta » (mise en conformité des sanitaires par le retrait des douchettes et utilisation ciblée des sacs de recueil de bassin)
 - Par une meilleure qualité du bio nettoyage (instauration de formation obligatoire)
 - Par la maîtrise de l'antibiothérapie par le bon usage des antibiotiques

La maîtrise du risque infectieux est mesurée par des indicateurs nationaux et locaux.

Le bon usage des antibiotiques ainsi que sa traçabilité doivent être améliorés pour traiter au mieux les patients tout en limitant l'émergence de bactéries multi résistantes induites entre autres par la consommation des antibiotiques.

1.7 Améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge de la dénutrition

Le dépistage de la dénutrition et sa prévention fait partie des axes prioritaires de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les axes institutionnels sont élaborés par le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) central en concertation avec la CME et les représentants des usagers. Le GHU décline cette politique institutionnelle sur les sites avec les CLAN organisés par site. Le CLAN est une structure pluridisciplinaire participant à l'amélioration du dépistage de troubles nutritionnels, de leur prise en charge et de la qualité de la restauration.

Les principaux axes de travail sont :

- Dépistage systématique des troubles nutritionnels.
- Prévention de la dénutrition, avec une attention particulière sur les conditions de prise en charge des patients en hospitalisation. Implication forte des représentants d'usagers, des patients partenaire et exploitation des questionnaires de satisfaction pour l'amélioration des menus et de la prise en charge nutritionnelle.
- Rationalisation jeûne péri-opératoire et/ou péri-interventionnel (en lien également avec la réhabilitation améliorée après chirurgie).
- Création d'une unité transversale de nutrition.

2. ASSURER LE MANAGEMENT DE LA SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, le décret du 27 mars 2015 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, le décret du 7 décembre 2020 relatif au management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé et les installations de chirurgie esthétique, le référentiel de certification V2020 de la HAS précisent les dispositions à mettre en œuvre concernant la prise en charge médicamenteuse. Ces dispositions sont par ailleurs reprises dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) conclu entre l'AP-HP, les établissements de santé et l'ARS.

La sécurisation du circuit du médicament est un axe fort du plan stratégique de l'AP-HP, du projet d'établissement du GHU et de la politique qualité et sécurité des soins. La désignation de responsables du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux (RSMQ PECM et DMS) sur chaque site du GHU permet de renforcer et de coordonner les réflexions engagées afin de rendre les organisations plus performantes et plus sûres. Les échanges avec le RSMQ PECM et DMS du siège et son bureau sont permanents.

Les différents dispositifs d'évaluation de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ; certification HAS ; inspection des pharmacies à usage intérieur (PUI) ; indicateurs IQSS ; études des risques sur le circuit du médicament avec l'outil Archimed et dans les secteurs à risque avec Interdiag) permettent l'identification d'actions d'amélioration et le suivi efficace de leur mise en œuvre.

Le circuit du médicament constitue un processus à risque représentant un enjeu fort de sécurité. À ce titre, il fait l'objet d'une attention et d'une démarche particulières au sein du GHU.

Une évaluation des risques est réalisée au sein de chaque unité intra et extrahospitalière et des mesures correctives sont définies.

Par ailleurs chaque année, au sein de chaque site, l'équipe qualité en lien avec le responsable du système de management de la qualité (RSMQ) élabore un plan d'action spécifique au circuit du médicament.

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

- Le déploiement de la prescription informatisée dans tous les secteurs d'activité ;
- Le déploiement et la généralisation d'outils informatiques de traçabilité des DM, tant pour la sécurisation du circuit que pour l'information du patient.
- L'amélioration des pratiques par le partage systématique des connaissances et des expériences, notamment issues des revues de mortalité et morbidité (RMM) et des comités de retour d'expérience (CREX) ; la poursuite de l'engagement à la déclaration et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des erreurs associées aux dispositifs médicaux ;
- L'optimisation du stockage dans les postes de soins, y compris les armoires automatisées sécurisées afin de réduire le risque d'erreur de « picking » et de diminuer les stocks dans les unités de soins ;
- La poursuite sur le GHU des audits sur la prise en compte du « traitement personnel » des patients et la poursuite du développement du dossier pharmaceutique ;
- L'action de prévention concernant l'allergie médicamenteuse (bracelet rouge) ;
- La montée en charge de la validation pharmaceutique afin de limiter le risque d'erreur de prescription.
- La promotion et le développement large de la conciliation médicamenteuse ;
- L'engagement fort du GHU dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en lien avec la thématique de l'engagement patient pour l'amélioration et la sécurisation des pratiques.

3. DEVELOPPER ET STRUCTURER LA GESTION DE CRISE AU SEIN DU GHU

La structuration de la gestion de crise du GHU fait partie du projet médical qui comprend un chapitre spécifique.

La gestion de crise inclue les plans de gestion des tensions hospitalières (ex : épidémies hivernales, plan canicule...) et les Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE). La direction qualité est au cœur du pilotage de cette démarche mais l'implication et la participation active de toute la communauté hospitalière (direction de GHU et de sites, représentants élus de sites et Directeurs médicaux de crise, directions fonctionnelles, professionnels de terrain) est essentielle.

Les grandes lignes de la feuille de route 2021-2025 en sont :

- Actualisation des cartographies des risques (intégrant tous les risques y compris les risques cyberattaque, rupture des moyens de communication, volet radicalisation, approvisionnements en médicaments et matériel médicaux...) : groupe situations sanitaires exceptionnelles (SSE) de site et directions fonctionnelles ;
- Actualisation du plan SSE de chaque site en lien avec le guide SSE 2019 du ministère des solidarités et de la santé, complété par le volet attentat du groupe SSE de site ;
- Coordination niveau GHU : Constitution d'une cellule de réponse SSE GHU (coordination et pilotage SSE du GHU) pérenne, stratégique et opérationnelle ;
- Organisation de formations et mise en place d'exercices opérationnels réguliers sur tous les sites afin de se préparer au mieux à affronter les principaux risques liés aux situations sanitaires exceptionnelles.

4. POURSUIVRE LA DEMATERIALISATION DU DOSSIER PATIENT ET SECURISER L'IDENTIFICATION DU PATIENT A TOUTES LES ETAPES DE SA PRISE EN CHARGE

La poursuite et l'accompagnement de la dématérialisation du dossier patient (administratif, médical, dossier de soin) est un enjeu majeur de la sécurisation de la prise en charge de nos patients. Le développement en cours de l'informatisation du dossier patient, la dématérialisation des dossiers papiers, l'amélioration des outils informatiques adaptés aux pratiques des professionnels sont autant de démarches indispensables à mener conjointement avec la DSI et l'ensemble des professionnels au sein du GHU. L'amélioration des interactions entre les groupes utilisateurs, les équipes informatiques locales et les équipes de développement est essentielle pour permettre une optimisation de l'utilisation des outils informatiques et de leurs fonctionnalités. De la structuration de cette démarche dépend la sécurisation des éléments de la prise en charge du patient, à toutes les étapes de son parcours.

En lien direct avec le sujet du dossier patient, les différents établissements du GHU ont depuis de nombreuses années pris en compte l'enjeu que représente l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.

La thématique de l'identitovigilance est au centre de la sécurisation de la prise en charge du patient, tant sur le volet majeur du risque d'erreur que sur celui de la facturation.

Depuis 2011, tous les patients hospitalisés sont identifiés grâce au port d'un bracelet. Mais le sujet de l'identitovigilance est présent à chaque moment du parcours du patient, depuis l'accueil jusqu'à la sortie de l'établissement.

Une cellule opérationnelle d'identitovigilance pluridisciplinaire est instituée et pérennisée sur chaque site afin de renforcer son rôle sur le plan opérationnel pour les sites. Les missions de cette cellule, détaillées dans le plan identitovigilance de l'AP-HP, comprennent la gestion administrative des doublons, la gestion des erreurs d'identité en lien avec les équipes et les patients, ainsi qu'un volet de formation de tous les professionnels. Une commission d'identitovigilance (CIV) du GHU en lien avec la CIV AP-HP et les cellules opérationnelles de site permettra d'harmoniser les organisations de site au sein du GHU et de renforcer la qualité des pratiques par des actions communes et des partages d'expérience ou d'initiatives.

5. OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LES SECTEURS A RISQUE

Le GHU regroupe de nombreux secteurs « à haut risque » de par la spécificité du recrutement autour d'activités interventionnelles exigeant la continuité des soins avec une multidisciplinarité professionnelle et un contexte organisationnel et technique complexe et interdépendant.

Avec un portage institutionnel fort, des plans d'actions spécifiques définis (cartographie, gestion prospective) ont déjà été mis en œuvre, prioritairement dans les secteurs d'activité spécifique (radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie interventionnelle, salle de naissance, endoscopie) par les équipes qualité des sites, largement relayés par l'encadrement.

Dès lors, les objectifs prioritaires vont porter sur la communication et la promotion de la sécurité des soins en ciblant tous les personnels impliqués de manière transversale dans ces activités « à risque » avec l'appui de l'encadrement médical et paramédical (réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.). Il convient de poursuivre des mesures préventives dans les secteurs à risques et notamment le bloc opératoire, l'imagerie interventionnelle, la médecine nucléaire, mais aussi la cancérologie et plus largement tous les services. Les formations en gestion des risques seront favorisées en lien et avec l'implication des représentants des usagers et des patients.

L'amélioration du signalement des événements indésirables graves (EIG) et de la remontée des CREX et des RMM est un engagement fort soutenu par la direction du GHU, la CMEL, la direction qualité et la direction des soins.

6. ACCOMPAGNER LES DEMARCHES SECTORIELLES

Enfin, les démarches qualité sectorielles de certification et/ou accréditation se développent dans tous les domaines d'activité.

L'accréditation COFRAC des laboratoires est structurée dans le GHU et sur les sites au sein du DMU BioGEM avec une organisation résultant de la structuration des ex-groupes hospitaliers. La direction qualité est directement impliquée dans le pilotage sur les sites des ex-HUPNVS (Bichat-Beaujon-Louis Mourier) ainsi que sur le site de Robert-Debré.

Les démarches d'inspection ASN, ANSM, l'accréditation JACIE (*Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT*), la labellisation européenne en cancérologie, la labellisation des Centres de maladies rares, la démarche de certification de l'Agence de la Biomédecine, sont autant de démarches spécifiques qui doivent être accompagnées et structurées sur le GHU et sur nos sites. Il s'agit de mobiliser l'ensemble des ressources adéquates, pour assurer une conformité aux exigences des référentiels en vigueur, tout en intégrant les contraintes structurelles, organisationnelles, et les spécificités locales.

➤ Focus sur la labellisation par l'organisation des instituts européens du cancer (OECI)

Les instances du GHU (CMEL, CLSIMRT et Comité exécutif) ont décidé de s'engager dans la démarche de labellisation OEI. Elle sera structurante pour nos activités de cancérologie et travaillée en interface avec le comité mixte d'accréditation de l'Institut des Sciences du Cerveau (ISCT) et de l'EBMT (JACIE). La direction qualité participe aux groupes de travail sur les différentes thématiques sur les volets qui la concernent.

Ce volet Qualité, Gestion des Risques, Droit des patients du projet d'établissement, soutenu par une implication forte de la gouvernance, est porté par l'ensemble de la communauté hospitalière et par nos usagers, dans la pratique quotidienne de chacun, pour un objectif commun : apporter le meilleur soin, adapté au patient, dans les meilleures conditions, pour le bien des patients comme des professionnels.