

Pôle Administratif, Logistique et Technique

Politique Qualité Gestion des Risques Grand Hôpital de l'Est Francilien 2019-2020

Rédacteur(s) :	BIOU Sandrine - Ingénieur Qualité Responsable SQGR	
Vérificateur(s)	BEAUMONT Françoise – Représentante des usagers CHIRON Jean-Philippe – Soutien méthodologique de pôle, Chargé de mission – SQGR DESLANDRE-Blandine - Représentante des usagers LALANDE Philippe – Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins LECART Joël – Représentant des usagers PRUVOT Nicolas – Coordonnateur général des soins VAN WYMEERSCH Antoinette - Soutien méthodologique de pôle, Chargé de mission – SQGR	
Valideur(s) :	DEPREZ Sandrine – Chargé de mission GED	en date du : 15/01/2019
Approbateur(s)	COSTA Yannick, Directeur QGR, président CME PRUVOT Nicolas, Président CSIRMT	en date du : 15/01/2019
Présenté en	COQUAL CSIRMT CME Réunion Cadres CDU	en date du : 15/01/2019
Diffusé à :	Mise en ligne en date du 15/03/2019	
Date prévisionnelle de révision	02 Février 2020	

Evolutions :

Source	Date	Commentaires	Validation
Sans	/	/	/

Sommaire

Introduction	2
1. L'engagement de la direction.....	3
2. Les axes prioritaires.....	4
2.1. Adapter son offre aux besoins de l'ensemble des usagers internes et externes	4
2.2. Améliorer et sécuriser les prises en charge dispensées aux patients et aux résidents.....	4
2.3. Développer la solidarité et les coopérations pluri-professionnelles pour optimiser les prises en charge et favoriser la performance en équipe	4
2.4. Structurer un système d'information fiable et sécurisé	4
2.5. Valoriser la reconnaissance externe.....	4
3. Le système de management de la Qualité et de la Gestion des Risques	5
3.1. Les domaines concernés par le système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques.....	5
3.2. Pilotage et structuration de la qualité et de la gestion des risques.....	6
3.3. Modalités d'évaluation de la démarche et ajustement	9
4. Le pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques	10
4.1. Version communication	10
4.2. Version complète	11
Les politiques associées	12
Les sigles.....	13
Les principaux textes réglementaires	15

Mots clés : Politique

Résumé :

Introduction

Le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) est la résultante de la fusion initiale de trois établissements de santé en 2017 : les Centres Hospitaliers de Coulommiers, Marne La Vallée et Meaux. Depuis le premier janvier 2019, l'hôpital de Jouarre a également fusionné avec le GHEF. L'établissement est confronté d'une part à de fortes contraintes financières et d'autre part, à de multiples réorganisations.

Par ailleurs, les attentes des patients sont de plus en plus fortes en termes d'accueil, d'information, de technicité, d'accessibilité et de sécurité des soins. Ainsi, la qualité, la sécurité des soins sont des enjeux essentiels pour la satisfaction des usagers.

Dans ce contexte, il est nécessaire de disposer d'un système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques évolutif, flexible et réactif, donnant une part importante aux secteurs d'activité et aux usagers. Ce dispositif s'appuie en particulier sur de nouveaux modes de coopération entre CME, direction générale, pôles, expertise des professionnels, usagers et commissions en charge de la qualité et la gestion des risques.

Le Grand Hôpital de l'Est Francilien s'appuie ainsi sur la dynamique de chaque site afin de créer une structure et un pilotage commun. Il fait donc évoluer son organisation, tend à harmoniser les pratiques, renforce la sécurité et développe les compétences des professionnels de terrain en gestion des risques.

Chaque année, le dispositif est analysé et fait l'objet d'évolutions.

1. L'engagement de la direction

La volonté de partage de la culture qualité - gestion des risques au sein du GHEF, s'exprime par la réalisation d'une charte d'engagements co-construite avec la direction, le corps médical, le corps soignant et la direction qualité.

Attaché à l'amélioration du service rendu aux usagers, le GHEF impulse une politique qualité et gestion des risques, axée sur l'amélioration de la prise en charge des patients et de la sécurité des soins.

La politique Qualité s'affiche comme un axe fort du projet d'établissement.

Le GHEF s'engage à :

- **Adapter son offre aux besoins de l'ensemble des usagers internes et externes**
- **Améliorer et sécuriser les prises en charge dispensées aux patients et aux résidents**
- **Développer la solidarité et les coopérations pluri-professionnelles pour optimiser les prises en charge et favoriser la performance en équipe**
- **Structurer un système d'information fiable et sécurisé**
- **Valoriser la reconnaissance externe (certification HAS, accréditations COFRAC et HAS, ISO 9001, 15189, 22870, 17025 ...)**

Pour ce faire, les projets mis en place tiennent compte à la fois du projet médical et du projet de soins, des axes prioritaires identifiés, des moyens à disposition et des recommandations de la commission des usagers.

Ces projets sont cohérents, mesurables, réalistes et en adéquation avec les besoins des patients, des professionnels et des tutelles.

Afin d'évaluer régulièrement le niveau des prestations qu'il propose, le GHEF s'implique dans les différentes procédures de certification et accréditation. Il favorise l'implication des usagers aux groupes de réflexion et de conduite de cette démarche.

La direction de l'établissement mettra tout en œuvre pour favoriser la politique qualité de l'établissement, l'atteinte des objectifs et l'amélioration continue.

2. Les axes prioritaires

Chacun de ces engagements sont déclinés en axe de travail, puis en plan d'actions.

2.1. Adapter son offre aux besoins de l'ensemble des usagers internes et externes

Axes de travail :

- Elaborer des projets de pôle en intégrant les enjeux internes et externes
- Développer les parcours de soins dans le GHEF et avec les partenaires privés et publics, dont l'AP-HP, l'HAD, les structures médicosociales, dont : personnes âgées dépendantes, maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque), obésité, psychiatrie

2.2. Améliorer et sécuriser les prises en charge dispensées aux patients et aux résidents

Axes de travail :

- Pérenniser les démarches de gestion des risques a priori
- Développer un système de gestion des Evènements Indésirables commun,
- Inciter à l'analyse des dysfonctionnements au travers de dispositifs structurés avec le déploiement de CREX, RMM... et promouvoir le partage d'expérience
- Structurer la gestion documentaire au sein du GHEF
- Créer l'articulation entre PAQSS et Compte Qualité
- Sécuriser le circuit du médicament
- Sécuriser l'identification du patient
- Impulser la dynamique d'amélioration continue dans le pilotage des pôles
- Promouvoir la culture qualité et sécurité des soins

2.3. Développer la solidarité et les coopérations pluri-professionnelles pour optimiser les prises en charge et favoriser la performance en équipe

Axes de travail :

- Bien accueillir et prendre soin des patients et résidents tout au long du parcours de soins
- «Benchmarker» les organisations de soins efficaces pour les harmoniser sur les différents sites
- Mettre au service des patients, résidents et de leurs proches, des professionnels compétents et des projets innovants
- Promouvoir une culture managériale commune aux 4 sites
- Développer les liens projet de soins /projet médical sur la filière gériatrique

2.4. Structurer un système d'information fiable et sécurisé

Axes de travail :

- Elaborer un schéma directeur du SI pour le GHEF convergent et sécurisé
- Mettre en place un portefeuille de projets en cohérence avec le schéma directeur du SI
- Mettre en place un centre d'appels d'incidents SI au sein du GHEF
- Produire une carte d'établissement GHEF pour tout le personnel (accès intérieur, parking, self)
- Sensibiliser le personnel sur la sécurité du SI
- Mettre en place des procédures dégradées dans le cadre de la continuité de service

2.5. Valoriser la reconnaissance externe

(Certification HAS, accréditations COFRAC et HAS, inspection ASN, ISO 9001, 15189, 22870, 17025 ...)

Axes de travail :

- Accompagner les structures ou services dans les démarches de contrôle externe
- Accompagner les professionnels dans les démarches qualité à l'initiative des services ou des pôles
- Préparer l'établissement à la certification
- Communiquer en interne et en externe sur les résultats obtenus

3. Le système de management de la Qualité et de la Gestion des Risques

Le GHEF dispose d'un système coordonné de gestion de la qualité et des risques.

L'objectif recherché est de conforter le système de pilotage pour tendre vers une gouvernance de la qualité et de la gestion des risques plus efficiente et l'appropriation par l'ensemble des professionnels. A terme, la gestion de la qualité et des risques sera décentralisée vers des professionnels identifiés dans les pôles.

Pour ce faire, des référents qualité de pôle sont nommés. Dans les pôles cliniques un binôme médico-soignant est défini. Il assure la coordination des actions, visant à faire progresser et suivre l'évolution de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une fiche de missions a été élaborée afin de définir leurs domaines d'actions. Pour les accompagner dans la démarche et l'appropriation de la culture, un soutien méthodologique du service qualité est identifié.

Chaque soutien méthodologique des pôles est chargé d'accompagner les pôles vers l'autonomie et les aider à se structurer, afin qu'un suivi, notamment du PAQSS de leur pôle, soit effectif.

L'objectif est d'accompagner les pôles vers l'autonomie en matière de gestion des risques.

Le pilotage de la qualité et de la gestion des risques est de la responsabilité du directeur de l'établissement. Cette responsabilité est déléguée au directeur de la qualité et de la gestion des risques, assisté par un comité stratégique : le COQUAL, présidé par le président de CME.

3.1. Les domaines concernés par le système de pilotage de la qualité et de la gestion des risques

La qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins :

- Les parcours patients (Cf. politique parcours patient)
- La sécurisation des produits de santé et des dispositifs médicaux (Cf. politique médicament, Cf. politique du bon usage des antibiotiques)
- La lutte contre les infections associées aux soins (Cf. politique de lutte contre les infections associées aux soins)
- La prévention et le traitement des escarres
- La prévention des chutes
- La prise en charge de la douleur (Cf. politique de lutte contre la douleur)
- La prise en charge nutritionnelle
- Les soins palliatifs
- Le transport des patients intersites
- Les droits et l'information du patient, en particulier l'annonce d'un dommage lié aux soins et les aspects éthiques de la prise en charge (Cf. politique droit du patient)
- La fiabilisation de l'identité du patient tout au long de son parcours
- Les vigilances sanitaires
- La gestion du dossier du patient
- L'évaluation des pratiques professionnelles (Cf. politique EPP)
- La gestion documentaire (Cf. politique gestion documentaire)

La sécurité des usagers, des professionnels et du patrimoine :

- La gestion de crise
- Les risques professionnels
- La sécurité des personnes, des biens et des équipements, en particulier la sécurité incendie, la sécurité électrique et des gaz médicaux non médicamenteux
- La sécurisation du système d'information

3.2. Pilotage et structuration de la qualité et de la gestion des risques

Le COmité QUALité (COQUAL) : il est présidé par le président de la CME et animé par le responsable du Service Qualité - Gestion des Risques (SQGR).

Fréquence de réunion : 3 à 4 fois par an

Composition :

- Directeur ou son représentant
- Président de la CME
- Président de la CSIRMT, coordonnateur général des soins
- Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et ses 2 adjoints
- Directeur Qualité Gestion des Risques
- Ingénieur Qualité, responsable du SQGR
- Représentants des pôles : chefs de pôles, cadres de pôles
- Directeur du système d'information
- Directeur du pôle logistique et technique
- Directeur relation avec les usagers
- Responsable relation avec les usagers
- Représentants des usagers : 1 par site
- Présidents de sous-commissions de la CME : CLIN, CLAN, CLUD, CSTH, COVI
- Experts sur les risques : RSMQPECMED, représentant médical des EOH, préventeur des risques professionnels, responsable de la sécurité du système d'information (RSSI)
- Représentant de la CSIRMT
- Invités : soutiens méthodologiques du service qualité

Missions :

- Définir et valider la politique qualité et les axes de travail institutionnels
- Fournir le programme Qualité annuel et l'évaluer chaque année
- Initier et assurer le suivi de la revue de direction de la thématique « management de la qualité et des risques »
- Valider les méthodes et outils qualité - gestion des risques
- Garantir la nomination des vigilants
- Définir la structuration de la qualité et gestion des risques
- Valider l'organisation définie par le SQGR

La politique qualité est mise en œuvre sur le terrain par 2 organes opérationnels : la COQ et les GPS.

La Cellule Opérationnelle Qualité (COQ)

Composition :

- Directeur SQGR
- Ingénieur responsable SQGR
- Soutiens méthodologiques SQGR
- Président de CME
- Président de la CSIRMT
- COGRAS
- Responsable d'assurance qualité
- Référent qualité DOS

Missions :

- Garantir la transmission des informations institutionnelles (politique et procédures qualité, axes institutionnels) vers les pôles en renforçant la présence des soutiens méthodologiques dans les pôles dont le rôle est de :
 - Accompagner les référents qualité des pôles dans la structuration de leur démarche qualité et l'appropriation de la culture qualité et gestion des risques
 - Transmettre dans le pôle les méthodes et les outils institutionnels
 - S'assurer de leur compréhension et de leur appropriation
- Coordonner :
 - La gestion et le suivi des EI, EIAS, EIG et des plaintes et des réclamations en suscitant autant que de besoins des CREX, des RMM, des EPP, la déclaration en lien avec la direction générale sur le portail de signalements les événements indésirables graves associés aux soins.
 - Le recueil des IPAQSS
 - La mise à jour du PAQSS
- Assurer :
 - La remontée d'information « qualité gestion des risques » des pôles par le biais des soutiens méthodologiques
 - L'élaboration et le suivi des plans d'actions des thématiques
 - La cohérence entre le PAQSS institutionnel et les PAQSS polaires
 - L'accès à la GED

Fonctionnement :

- Réunion hebdomadaire avec ODJ et comptes rendus
- Réunion ponctuelle avec les pilotes de thématique

Le Groupe de Suivi et de Pilotage (GPS) dans chaque pôle :

Composition :

- Trio de pôle (chef de pôle, cadre de pôle et directeur de pôle)
- Référents qualité du pôle
- Soutien méthodologique
- Autres personnes selon l'organisation polaire (médecins, cadres, usagers...)

Missions :

- Mettre en place, suivre et évaluer les plans d'actions
- Structurer la GED polaire
- Assurer le suivi du plan d'actions de la cellule de débriefing des EIG
- Assurer la cohérence cartographie, PAQSS, CQ
- Proposer des Evaluations de Pratique Professionnelle (plan d'audit, revue de pertinence, patient traceur...)
- Suivre et analyser les indicateurs (contrat de pôle, IQSS, etc...)

Fonctionnement :

- Pilotage par un des membres du trio de pôle
- Réunion mensuelle

Le Service Qualité, Gestion des Risques

Composition :

- 1 directeur, qui dans une vision prospective, donne la ligne directrice du management de la qualité et de la gestion des risques, en lien avec les professionnels du service. Il est présent au CODIR, organe décisionnel de la politique de l'établissement. Il organise le SQGR. Il renforce l'interface avec les pôles.
- 1 responsable de service, ingénieur qualité, qui est responsable de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies par la direction du GHEF. Sa mission est de piloter la démarche globale et de s'assurer de la cohérence des actions menées par tous les professionnels du service. Par délégation, il coordonne l'organisation globale du service et les mises en place graduées des organisations de site et les organisations du champ de la Qualité et des Risques à l'intérieur de chacun des pôles.
- 4 chargés de missions ayant chacun leur domaine d'expertise (EI, gestion des risques a priori, GED, PAQSS, IPAQSS...). Ces chargés de missions sont soutien méthodologique de pôle.
- 2 assistantes qualité

La diversité des acteurs du service QGR permet cette approche transversale des domaines du champ de la qualité. Issus de formations IDE, médicotechnique ou sociale, ces professionnels sont tous formés à la QGR.

Le service assure la coordination du système de pilotage de la qualité, de la gestion des risques en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Ses missions sont définies dans le règlement intérieur du COQUAL. Le COGRAS est assisté de 2 représentants sur site : les co-coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins de site. Ils ont en charge, l'analyse des Evénements Indésirables Graves (EIG) liés à la prise en charge médicale et/ou paramédicales.

Missions :

- Animer la démarche d'élaboration de la politique qualité et gestion des risques
- Collaborer avec la CME et les représentants des usagers pour l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.
- Assurer l'articulation entre les différents acteurs et la coordination du système de pilotage de la qualité - gestion des risques.
- Organiser la gestion des risques a priori et a posteriori
- Accompagner méthodologiquement les pilotes de chaque processus
- Centraliser la gestion documentaire
- Organiser le recueil des indicateurs IPAQSS, des indicateurs qualité et sécurité interne, des visites de risques
- Participer aux évaluations externes : visites de risques (dont la SHAM), HAS, inspection ASN, certification ISO 9001...
- Proposer des objectifs « qualité » pour les contrats de pôles
- Favoriser l'appropriation d'une culture qualité au sein des pôles
- Piloter la démarche de certification
- Communiquer sur les actions prioritaires du GHEF

Articulation avec les autres acteurs :

Le service QGR collabore avec la CME et ses sous-commissions, la direction de l'organisation des soins et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, afin de préciser les axes stratégiques de la démarche QGR.

Les usagers sont associés à la démarche qualité gestion des risques de l'établissement. Ils sont intégrés dans différents comités (CLIN, CLUD, CSTH, COVI...), ils participent au pilotage de certains processus (droit du patient, parcours patient, management de la qualité et des risques...)

Il communique avec :

Les organes consultatifs et décisionnaires de l'établissement : Conseil de Surveillance, Directoire, CODIR, CME, CSIRMT, CTE, CHSCT, CDU

La déclinaison opérationnelle s'effectue en lien avec :

Les sous-commissions de la CME : DPC, EPP, CLIN, CLAN, CSTH, COMEDIMS, COMAI, CLuD, CPRPS-QVT, Informatique médicale, Espace éthique. Elles peuvent mettre en place un groupe (commission, comité, groupe de travail, bureau...) en local (CLIN, CLuD).

Un professionnel du service qualité est identifié pour chaque commission / comité. Il participe et intervient en fonction de l'ordre du jour.

Les problématiques rencontrées sont discutées en COQUAL ou en CODIR et/ou avec le président de CME et/ou le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Le COVI qui assurent les fonctions réglementaires (ou non) des vigilances sanitaires : hémovigilant, infectiovigilant, matériovigilant, radioprotection des patients et des travailleurs, réactovigilant, pharmacovigilant, biovigilant, identitovigilant, nutrivigilant, MDO, RSSI.

Les équipes d'hygiène hospitalière et ses praticiens responsables sur site. Celles-ci mettent en œuvre le programme du CLIN et la maîtrise du risque infectieux en lien avec les équipes médicales et paramédicales, le pôle ressources logistique et technique et le DIM.

Les référents qualité de pôles qui contribuent au déploiement des démarches QGR en collaboration avec le SQGR.

Les experts désignés conjointement par le directeur et le président de CME, positionnés en dehors du SQGR :

- Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (COGRAS) et ses adjoints,
- Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECMED),
- Le responsable du système de management de la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (RSMQSDM)
- Les personnes compétentes en radioprotection (PCR) et spécialisées en physique médicale
- Le responsable de la sécurité du système d'information (RSSI)
- Le préventeur de risques professionnels
- Le référent « Trouble Musculo Squelettique » (TMS).

Des pilotes de processus (ou thématique HAS) assurent la mise en œuvre du processus : définition de la cartographie de processus, identification des points critiques et des risques, évaluation et hiérarchisation des risques, élaboration, suivi et évaluation des plans d'actions. Ils sont accompagnés par le SQGR.

3.3. Modalités d'évaluation de la démarche et ajustement

Des indicateurs de fonctionnement sont suivis mensuellement par le SQGR et font l'objet d'un bilan annuel, afin de définir les axes prioritaires pour l'année suivante.

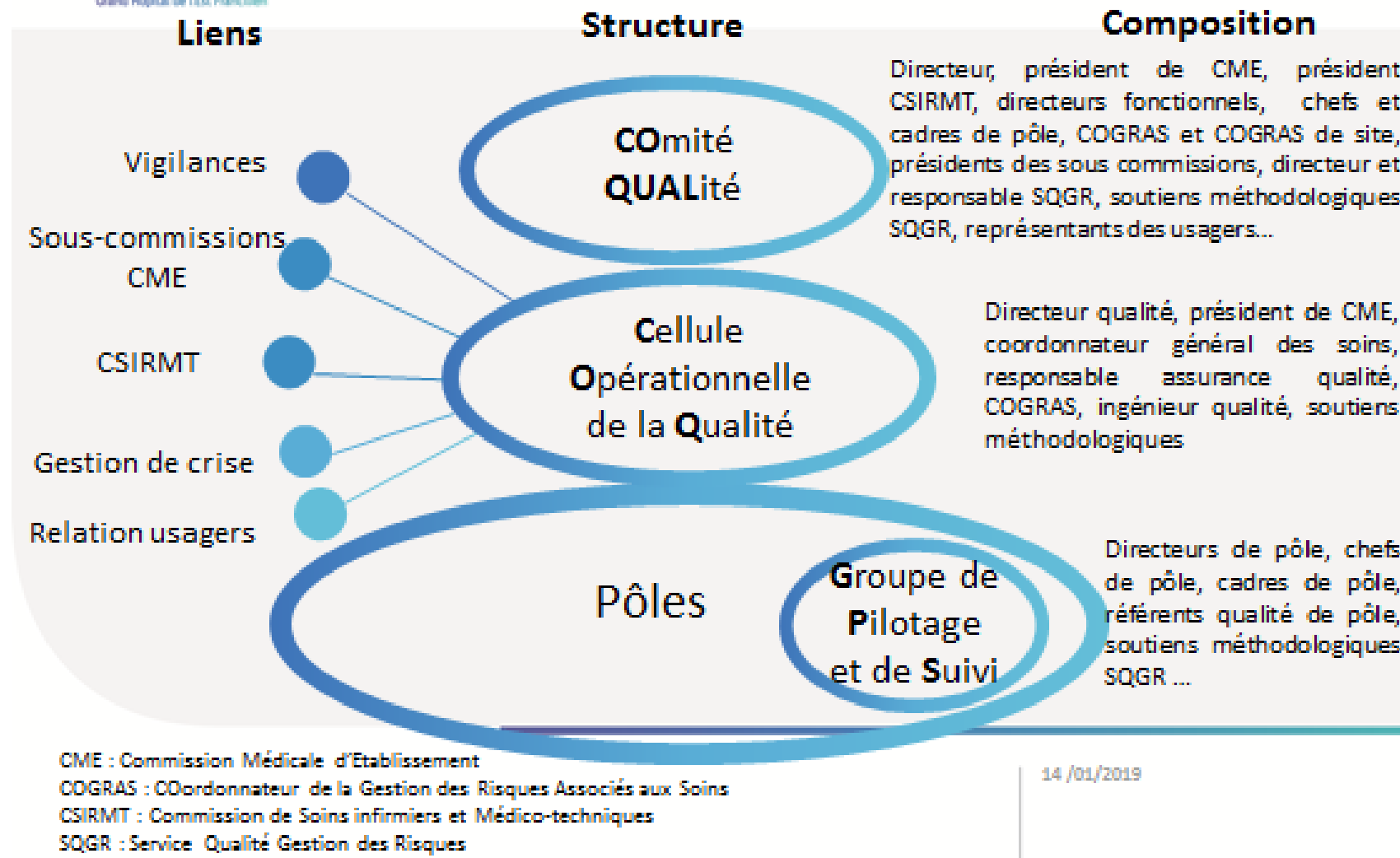
Les bilans des vigilances et des différents comités ou commissions de la CME sont réalisés sur la base d'un outil fourni par le service QGR. Ils sont présentés annuellement, en COQUAL pour discussion et validation.

4. Le pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques

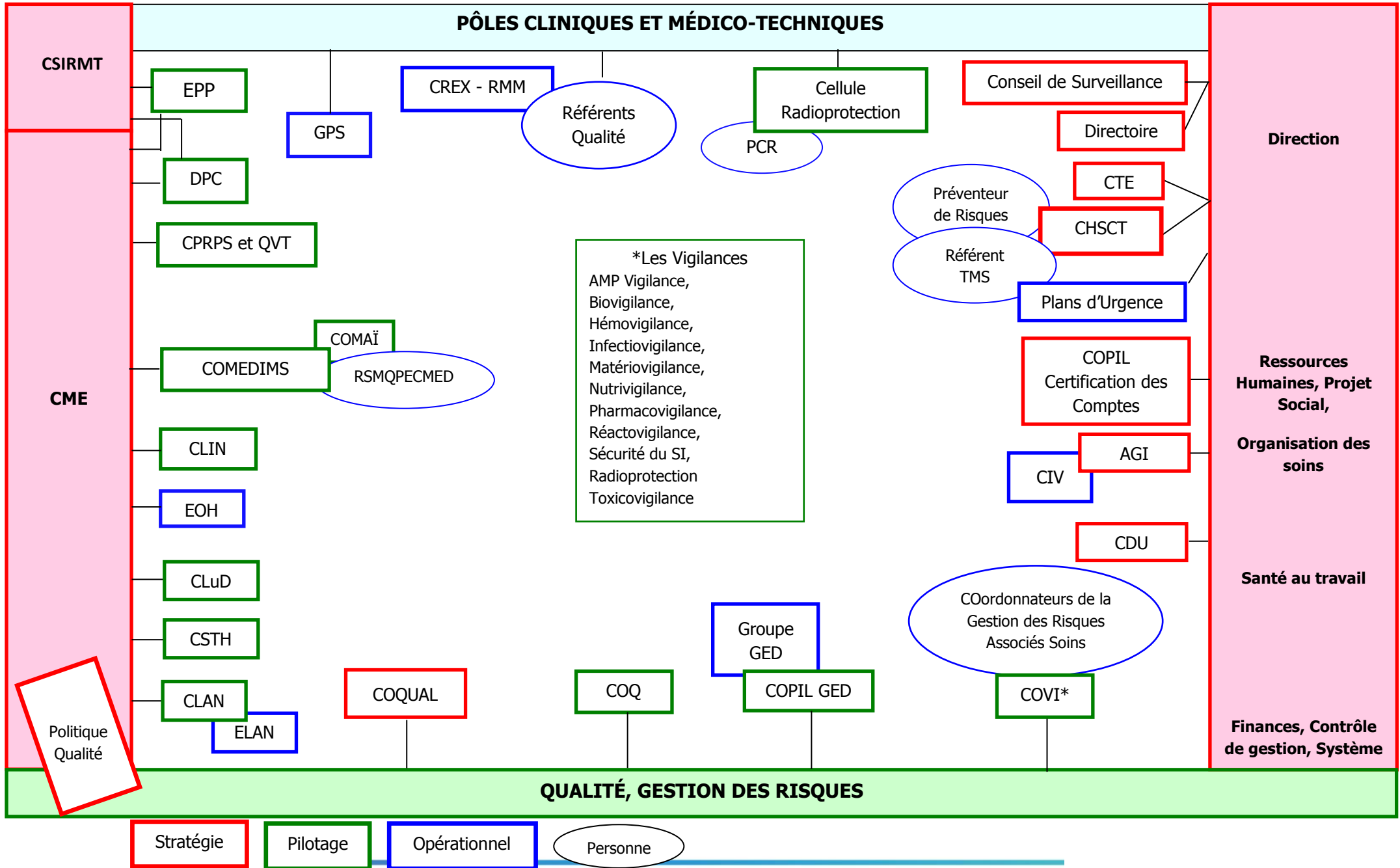
4.1. Version communication



Gouvernance



4.2. Version complète



Les politiques associées

Parcours patient

Prise en charge médicamenteuse

Bon usage des antibiotiques

Lutte contre les infections associées aux soins

Lutte contre la douleur

Droit du patient

Evaluation des Pratiques Professionnelles

Gestion documentaire

Les sigles

AGI :	Autorité de Gestion de l'Identification
AP-HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
CAPECM :	Comité d'amélioration de la Prise en Charge Médicamenteuse
CDU :	Commission Des Usagers
CHSCT :	Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail
CIV :	Cellule d'IdentitoVigilance
CLAN :	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLuD :	Comité de Lutte contre la Douleur
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CODIR :	COmité de DIRection
COFRAC :	COmité FRançais d'ACcréditation
COGRAS :	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
COMAĪ :	Commission des Médicaments Anti-Infectieux
COMEDIMS :	Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPS :	Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins
COQ :	Cellule Opérationnelle Qualité
COQUAL :	COmité de pilotage de la QUALité et des risques
DOS :	Direction de l'Organisation des Soins
COVI :	Comité des Vigilances
CPRPS-QVT :	Commission de Prévention des Risques Psychosociaux et Qualité de Vie au Travail
CREX :	Comité de Retour d'EXpérience
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers Rééducation et Médico-Technique
CSTH :	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CTE :	Comité Technique d'Établissement
DPC :	Développement Professionnel Continu
EI :	Evènement Indésirable
EIAS :	Évènement Indésirable Associé aux Soins
EIG :	Evènement Indésirable Grave
EOH :	Équipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP :	Évaluation des Pratiques Professionnelles
GED :	Gestion Electronique Documentaire
GHEF :	Grand Hôpital de l'Est Francilien
GPS :	Groupe de Pilotage et de Suivi
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé

IN :	Infection Nosocomiale
IPAQSS :	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
ISO :	Organisation Internationale de Normalisation
MDO :	Maladie à Déclaration Obligatoire
PAQSS :	Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins
PCR :	Personne Compétente en Radioprotection
RMM :	Revue de Morbidité Mortalité
RSMQPECMED :	Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge MEDicamenteuse
RSSI :	Responsable de la Sécurité du Système d'Information
SI :	Système d'Information
SQGR :	Service Qualité - Gestion des Risques
TMS :	Troubles MusculoSquelettiques

Les principaux textes réglementaires

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique.

Décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

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.

Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

Arrêté du 27 février 2017 relatif au traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « portail de signalement des événements sanitaires indésirables ».

Décret n° 2017-415 du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les événements indésirables graves associés aux soins.