

PROJET QUALITÉ

2025-2029



INTRODUCTION

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, le développement de la qualité et la sécurité des soins est devenu une mission qui s'impose à l'ensemble des établissements de santé.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est un objectif prioritaire du Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) qui est intégré dans le projet d'établissement. Elle s'affiche également comme un axe fort du projet médico-soignant. La volonté de la direction, de la Commission Médicale de l'Établissement (CME) et de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) est que cette démarche soit partagée par l'ensemble des acteurs de l'établissement en y associant les représentants des usagers.

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

Le chef d'établissement et le Président de la CME ont acté la restructuration de la gouvernance de la direction qualité. Elle est maintenant rattachée à la coordination générale des soins, ce qui favorise le lien entre soins et qualité. Les ambitions portées par la CME et la Coordination Générale des Soins sont de renforcer le dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de s'engager dans différents projets du GHEF, notamment : développement durable, qualité de vie et des conditions de travail, projet des usagers, amélioration des parcours patients et des conditions d'accueil.

UN PROJET QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS STRUCTURÉ EN 5 AXES

La démarche qualité du Grand Hôpital de l'Est Francilien s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue structurée par des évaluations internes et externes et des bilans des actions conduites dans le cadre des Plans d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) précédents.

Chacun de ces engagements est décliné en axes de travail, puis en plan d'actions. Ces axes sont définis au regard du projet médico-soignant et de l'identification des sujets à traiter sur l'ensemble des activités du GHEF.

Cinq axes structurent le projet 2025-2029 :

- Poursuivre le déploiement de la culture qualité fondée sur une gouvernance et un management consolidés,
- Prévenir les risques pour renforcer la culture de la sécurité des soins,
- Maîtriser les risques pour garantir la sécurité des soins,
- Favoriser l'implication des usagers et la prise en compte de l'expérience patient,
- Répondre aux exigences de la certification des établissements de santé et médico-sociaux ainsi qu'aux autres démarches d'évaluation externes.



Jérôme GOEMINNE
Directeur Général du GHEF



Dr Omar BELKHODJA
Président de la CME



Sandrine WICK
Coordonnatrice Générale
des Soins, Pédagogique
et de la Qualité

INTRODUCTION P. 2

I. POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DE LA CULTURE QUALITÉ FONDÉE SUR UNE GOUVERNANCE ET UN MANAGEMENT CONSOLIDÉS P. 4

- 1. Renforcer le système de management de la qualité gestion des risques** P.5
- 2. Garantir les ressources dédiées à la qualité** P.6
 - 2.1. Maintenir les ressources humaines P.6
 - 2.2. Déployer un nouveau logiciel qualité P.6
- 3. Accompagner le management et les équipes de terrain pour une mise en œuvre efficace** P.6
- 4. Poursuivre une acculturation des professionnels à la démarche qualité, aux outils d'évaluation et à l'analyse systématique** P.7
 - 4.1. Sensibiliser et communiquer auprès des professionnels P.7
 - 4.2. Améliorer la connaissance des outils de pilotage par les professionnels P.7

II. PRÉVENIR LES RISQUES POUR RENFORCER LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS P. 8

- 1. Promouvoir une culture du signalement des évènements indésirables et d'analyse des causes** P.9
- 2. Assurer un suivi de la gestion des risques a priori dans les secteurs à risques et les parcours patients identifiés** P.10
- 3. Améliorer la coordination des vigilances** P.10
- 4. Poursuivre les évaluations des pratiques professionnelles** P.10

III. MAÎTRISER LES RISQUES POUR GARANTIR LA SÉCURITÉ DES SOINS P. 12

- 1. Renforcer la sécurisation du circuit du médicament à toutes les étapes du processus** P.13
- 2. Promouvoir la prévention du risque infectieux** P.13
- 3. Améliorer le dispositif lié aux tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles** P.14
- 4. Sécuriser les risques numériques** P.14

IV. FAVORISER L'IMPLICATION DES USAGERS ET LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT P. 16

- 1. Renforcer l'implication des usagers** P.17
- 2. Contribuer au développement des partenariats avec les associations** P.17
- 3. Garantir les droits des usagers** P.18
 - 3.1. S'inscrire dans la politique « droits des patients » P.18
 - 3.2. Poursuivre la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations P.18
 - 3.3. Améliorer la prise en compte de la satisfaction des usagers P.18
 - 3.4. Améliorer la prise en compte de la satisfaction des usagers P.18

V. RÉPONDRE AUX EXIGENCES DE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX AINSI QU'AUX AUTRES DÉMARCHES D'ÉVALUATION EXTERNES P. 20

- 1. Réussir les visites de certification HAS** P.21
- 2. Réussir les évaluations au sein des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS)** P.21
- 3. Accompagner les évaluations externes** P.21

ANNEXE P. 22

- Glossaire** P.22

I. POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DE LA CULTURE QUALITÉ FONDÉE SUR UNE GOUVERNANCE ET UN MANAGEMENT CONSOLIDÉS



Structurer **les organisations, leurs mises en œuvre et la communication** autour **des démarches qualité et gestion des risques.**



OBJECTIF 1 :

RENFORCER LE SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ GESTION DES RISQUES

Le système de management a été redéfini tant au niveau du pilotage stratégique que de la mise en œuvre opérationnelle. Le GHEF a fait le choix d'intégrer la direction qualité à la coordination générale des soins, pédagogique et de la qualité afin d'améliorer la communication, la mise en œuvre et l'appropriation des démarches qualité et gestion des risques par les professionnels de terrain.

Le pilotage de la qualité et de la gestion des risques est de la responsabilité du directeur de l'établissement. Cette responsabilité est déléguée à la **Coordonnatrice Générale des Soins, Pédagogique et de la Qualité (CGSPQ)** ainsi qu'à la directrice de la qualité médicale qui sont assistées par la coordinatrice qualité gestion des risques. Ce travail est réalisé en étroite collaboration avec le **Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME)**, qui de par ses fonctions, contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'engagement et l'implication de la direction générale et du PCME sont également renforcés par l'intégration systématique de points qualité dans les ordres du jour de l'ensemble des instances, par la signature de la charte d'incitation au signalement des événements indésirables ainsi que par le soutien et l'accompagnement des projets qualité structurants et l'organisation de visites de sécurité au sein des services de soins.

La direction qualité assure la cohésion entre le niveau institutionnel et le niveau polaire par le biais des réunions qualité polaires (*comprenant les trios de pôle, les cadres de santé, les chefs médicaux des unités et le référent qualité*) et des COMités de SULvi qualité (COSUI) auxquels participent les référents qualité des pôles.

Le Comité de Coordination de la Qualité des Soins (CCQS) est l'organe stratégique GHEF du management de la qualité et des risques. Il est composé du directeur général et des directrices générales adjointes, du PCME et des vice-présidents de la CME, du médecin COordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (COGRAS), de la coordinatrice générale des soins, pédagogique et de la qualité, des directrices des soins, des directeurs, des chefs de pôle médicaux, des cadres de santé de pôles, des médecins hygiénistes, de la coordinatrice de la qualité, des membres de la direction et des Représentants des Usagers (RU).

Afin de faciliter la compréhension de l'organisation du système de management de la qualité-gestion des risques du GHEF, un organigramme est établi.

OBJECTIF 2 :

GARANTIR LES RESSOURCES DÉDIÉES À LA QUALITÉ

2.1. Maintenir les ressources humaines

La coordonnatrice générale des soins, pédagogique et de la qualité et le président de la CME coordonnent la direction qualité et sécurité des soins.

La direction qualité est pilotée par la directrice de la qualité médicale et la coordinatrice qualité gestion des risques. L'équipe est composée d'animatrices qualité et de secrétaires.

La directrice de la qualité médicale est également médecin COGRAS. Elle a un rôle d'appui stratégique au PCME et d'accompagnement de la communauté médico-soignante pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Elle favorise l'analyse des événements indésirables graves réalisés par les pôles ainsi que la rédaction des plans d'actions en relation avec les plaintes et réclamations reçues à la direction des usagers.

Elle participe à promouvoir l'engagement médical d'une culture de sécurité des soins en réalisant des actions de communication et de sensibilisation auprès des instances de l'établissement.

L'ensemble des pôles de soins et médico-techniques est accompagné d'un référent qualité paramédical ayant

un temps complet dédié à cette activité. Ces pôles ont également identifié un référent médical qualité.

Un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est identifié ainsi que des présidents d'instances tels que le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH), etc.

La volonté de la direction générale est de maintenir cette organisation, notamment dans le cadre de la délégation de gestion, où il est primordial que les pôles maintiennent les postes de référents qualité, gage de réussite tant pour le renforcement de la culture qualité, que l'accompagnement des équipes et l'atteinte des objectifs fixés.

2.2. Déployer un nouveau logiciel qualité

Le GHEF est doté depuis avril 2022 d'un logiciel qualité permettant à l'ensemble des professionnels du GHEF de déclarer et répondre aux événements indésirables, de consulter les documents, procédures... créés et intégrés dans la partie gestion électronique documentaire.

Ce logiciel ne correspond plus aux attentes du GHEF. Ainsi, un des projets de la direction qualité est d'acquiescer à court terme un nouveau logiciel qualité qui permettra la déclaration et le suivi des EI, d'intégrer les résultats d'audits et les plans d'actions, d'avoir une gestion électronique documentaire fluide pour une diffusion facilitée des documents à l'ensemble des acteurs.

OBJECTIF 3 :

ACCOMPAGNER LE MANAGEMENT ET LES ÉQUIPES DE TERRAIN POUR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE

La coordination générale des soins, pédagogique et de la qualité doit :

- **Poursuivre l'accompagnement méthodologique** en intervenant auprès des pôles notamment lors des réunions qualité polaires ainsi qu'auprès des pilotes des groupes de travail et des présidents/référents des comités du GHEF pour la mise en œuvre des projets,
- **Organiser des formations internes** en lien avec la qualité et sécurité des soins,
- **Assurer le suivi et le recensement des actions qualité et gestion des risques** mises en œuvre pour valoriser le travail des équipes de terrain, des référents qualité polaires et des pôles.

Le médecin COGRAS, en collaboration avec le médecin de la formation médicale continue, incitent les médecins et les équipes médicales exerçant une spécialité dite « à risques », à entreprendre des démarches d'accréditation. Ils accompagnent et veillent à leur déploiement au sein du GHEF.

Des outils d'aide au suivi et au pilotage de la qualité sont à disposition des équipes.



OBJECTIF 4 :

POURUIVRE L'ACCULTURATION DES PROFESSIONNELS À LA DÉMARCHE QUALITÉ, AUX OUTILS D'ÉVALUATION ET À L'ANALYSE SYSTÉMATIQUE

4.1 Sensibiliser et communiquer auprès des professionnels

Une communication auprès des professionnels est organisée et permet de rendre plus concrètes les orientations stratégiques et les organisations. Elle concourt à renforcer l'intégration d'une culture qualité dans le quotidien des professionnels et donne un sens aux projets institutionnels.

L'information délivrée aux professionnels concerne :

- **L'état d'avancement des projets** institutionnels, de pôle ou de service,
- **Les résultats des auto-évaluations, évaluations internes et externes, Evaluations des Pratiques Professionnelles** (EPP) et plans d'action qui en découlent,
- **Le plan de communication** autour du Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS),
- **L'évaluation et le suivi des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins** (IQSS),
- **Les retours d'expériences** (RETEX) suite à des réunions d'analyse d'Évènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS), d'Évènements Indésirables Graves (EIG) ou de situation le nécessitant,
- **Les points fondamentaux** en lien avec les critères du manuel de certification.

L'information se fait par le biais d'une communication :

- **Institutionnelle** : Newsletter qualité trimestrielle, flash minute mensuel, point qualité au sein de chaque instance, réunions d'encadrement et réunions qualité institutionnelles (COSUI, CCQS, etc.),
- **Polaire** : Réunions qualité polaires, point qualité lors de chaque réunion de cadres de pôles,
- **Services** : Points qualité lors des réunions de service.

Cette diffusion de l'information permet de :

- **Déployer des interventions** auprès des professionnels du management et des professionnels des services afin de leur présenter les enjeux, les orientations et les organisations

La communication concourt à renforcer l'intégration d'une culture qualité dans le quotidien des professionnels.

- **Développer des temps d'échanges** formalisés au sein des pôles et des services de soins
- **Poursuivre la participation du GHEF** à des manifestations nationales (par exemple : semaine sécurité des patients, hygiène des mains, semaine de la vaccination, semaine développement durable, etc.).

4.2 Améliorer la connaissance des outils de pilotage par les professionnels

Le GHEF s'est doté de 2 PAQSS permettant le suivi des actions suivantes :

- **Le PAQSS GHEF** regroupant l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du GHEF permettant le pilotage centralisé des actions identifiées au sein de tous les services/pôles, des thématiques et comités/commissions du GHEF. Il intègre les actions issues de recommandations nationales/régionales ainsi que des besoins identifiés institutionnellement (résultats des visites d'évaluations externes, résultats d'enquêtes de satisfaction auprès des patients, des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS), des suggestions des représentants des usagers, résultats d'EPP, analyses des causes profondes des EI, des visites sécurité réalisées par le directeur général, PCME et CGSPQ, etc.).
- **Le PAQSS certification** regroupant l'ensemble des actions déterminées par les groupes de travail en lien avec la préparation de la visite de certification HAS et leur mise en œuvre au sein des pôles.

Ces 2 PAQSS sont mis à jour en continu par les référents et animateurs qualité ainsi que les pilotes des thématiques/comités/groupes de travail.

Des tableaux de bord d'indicateurs qualité permettent d'évaluer la culture qualité de l'établissement et l'efficacité de la mise en œuvre des actions. Pour optimiser ce suivi et l'analyse, le service QGR centralise les indicateurs GHEF et polaires dans un tableau de bord unique.

Au niveau polaire, des indicateurs qualité sont suivis et communiqués aux professionnels via une fiche de synthèse intégrée au classeur qualité des services de soins et lors des réunions polaires.

L'un des objectifs du service QGR est de poursuivre la communication sur ces outils encore peu connus par les professionnels de terrain.

II. PRÉVENIR LES RISQUES POUR RENFORCER LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Le GHEF met
à la disposition
du personnel
**un logiciel
de déclaration
des évènements
indésirables.**



OBJECTIF 1 :

**PROMOUVOIR UNE CULTURE
DU SIGNALEMENT DES ÉVÈNEMENTS
INDÉSIRABLES ET D'ANALYSE DES CAUSES**

La déclaration des évènements indésirables, dont les presque accidents, est le maillon essentiel de la gestion des risques a posteriori qui permet, dans le cadre d'un travail en équipe, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de développer la culture qualité.

Afin de déployer une culture positive de la déclaration, **une charte d'incitation au signalement des évènements indésirables** signée par le directeur général, le président de la CME, la directrice de la qualité médicale et la coordonnatrice générale des soins, pédagogique et de la qualité est diffusée à l'ensemble des professionnels.

Le GHEF met à la disposition du personnel **un logiciel de déclaration des évènements indésirables**. Selon le type de dysfonctionnement et le niveau de criticité, une analyse des causes approfondie de type « ALARM » et/ou RMM est réalisée. La volonté du GHEF est d'acquiescer un nouveau logiciel qualité qui sera plus ergonomique et participera à l'augmentation de la déclaration des évènements.

Les Evènements Indésirables Graves (EIG) sont déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Un **travail de simplification des procédures de gestion des EIG** est réalisé afin d'améliorer les délais de traitement, ainsi qu'un travail pour faciliter la coordination de la gestion des Evènements Indésirables (EI), des plaintes et réclamations.

La direction qualité et les référents qualité accompagnent et forment les équipes à la démarche de gestion des risques a posteriori, à l'utilisation des outils qualité et à l'analyse

systemique. Une **synthèse et un plan d'action** sont réalisés à l'issue et communiqués au sein des services concernés. Ces démarches font l'objet de RETour d'EXpérience (RETEX) auprès des professionnels.

Les **Comités de Retour d'EXpérience (CREX)** sont organisés 3 fois par an par les pôles et permettent le partage et le suivi des actions mises en place suite à des analyses ALARM et/ou RMM.

Le **bilan annuel des déclarations d'évènements indésirables** est communiqué lors du comité de coordination qualité des soins, aux instances de l'établissement et à la Commission Des Usagers (CDU).

Les **formations à la déclaration des EI**, à l'importance de la déclaration des presque accidents et à l'analyse des causes sont organisées. Elles doivent être poursuivies, voire déployées, notamment auprès des nouveaux professionnels du GHEF.

ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES EN 2024

4 118

Evènements Indésirables (EI) déclarés

dont **814** Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS)

21 Evènements Indésirables Graves (EIG)

OBJECTIF 2 :

ASSURER UN SUIVI DE GESTION DES RISQUES A PRIORI DANS LES SECTEURS À RISQUES ET LES PARCOURS PATIENTS IDENTIFIÉS

En complément de l'approche dite a posteriori, la gestion des risques a priori permet d'anticiper la survenue d'évènements indésirables et repose sur le travail de formalisation et de mise à jour des cartographies des risques à priori et des parcours patients identifiés.

Ainsi, l'équipe qualité gestion des risques :

- **Assure le suivi et la mise à jour** des cartographies des risques et des parcours patients formalisés,
- **Assure une gestion renforcée** de la sécurité dans les secteurs à risques comme le bloc opératoire, les urgences, les endoscopies, les soins critiques, le secteur radio-interventionnel, etc.,
- **Apporte l'aide méthodologique** nécessaire à tout secteur d'activité la requérant,
- **Met à disposition les outils nécessaires** à leur élaboration
- **Rend compte** au COSUI, au CCQS et aux instances des plans d'actions qui en découlent,
- **Évalue l'efficacité** des actions mises en place par la réalisation de parcours traceurs.

OBJECTIF 3 :

AMÉLIORER LA COORDINATION DES VIGILANCES

La coordination des vigilances réglementées et assimilées constitue un des fondements de la sécurité des soins.

Les vigilants sont nommés annuellement par le directeur pour organiser le dispositif en lien avec leur vigilance dont la gestion et le suivi des alertes ascendantes et descendantes, la rédaction et la diffusion des procédures ainsi que du rapport annuel d'activité.

Le Comité des Vigilances (COVI) permet de coordonner les vigilances sanitaires au sein du GHEF et de veiller à l'effectivité des organisations.

Une réflexion sur la réorganisation doit être menée, en vue :

- **D'améliorer son fonctionnement,**
- **De développer l'attractivité** du comité,
- **D'augmenter le nombre** de déclarations d'EI et d'analyses,
- **D'améliorer la connaissance** des vigilances par les professionnels.

La gestion des risques a priori permet d'anticiper la survenue d'évènements indésirables.



OBJECTIF 4 :

POURSUIVRE LES ÉVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le management par la qualité des services du GHEF repose notamment sur un plan d'audit annuel permettant, de façon continue, d'évaluer les pratiques professionnelles selon les méthodes d'audit utilisées dans le cadre des visites de certification HAS (*patient traceur, parcours traceur, etc.*).

Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ont également été créées par la coordination générale des soins, pédagogique et de la qualité permettant d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé. Les différents audits portent sur la contention, la tenue du dossier patient, les EPP managériales, etc.

À ce titre, la direction qualité s'engage à :

- **Piloter, communiquer et mettre en œuvre** le plan d'audit GHEF,
- **Analyser les résultats** et transmettre les résultats polaires/ services,
- **Élaborer les outils nécessaires** à leur mise en œuvre,
- **Former les professionnels** aux différentes méthodes et outils,
- **Élaborer, communiquer et suivre les plans d'actions GHEF** : chaque service et pôle assure le suivi des actions qui le concernent,
- **Encourager le déploiement et la création de nouvelles EPP** en fournissant / créant les outils nécessaires tout en accompagnant la mise en œuvre.

III. MAÎTRISER LES RISQUES POUR GARANTIR LA SÉCURITÉ DES SOINS

La **maîtrise du circuit du médicament** est un **enjeu essentiel** en matière de qualité et de sécurité des soins.

OBJECTIF 1 :

RENFORCER LA SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS

Les dispositifs, organisations et objectifs permettant de sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux sont décrits dans le Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) et la politique du médicament.

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est intégrée dans le projet médico-soignant.

Ses objectifs sont de :

- **Mettre en œuvre le plan d'action** défini suite aux mises à jour de la cartographie des risques a priori, des analyses des EI et des résultats d'EPP,
- **Poursuivre le déploiement des armoires sécurisées,**
- **Poursuivre la formation et la sensibilisation des professionnels** aux bonnes pratiques, aux erreurs médicamenteuses, à l'identification et à la gestion des médicaments à risques, etc.,
- **Évaluer le respect des bonnes pratiques** par la réalisation d'EPP,
- **Poursuivre l'analyse des EI médicamenteux** et la tenue des CREX médicaments,
- **Développer la conciliation médicamenteuse.**

OBJECTIF 2 :

PROMOUVOIR LA PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

La maîtrise du risque infectieux est un enjeu essentiel en matière de qualité et de sécurité des soins. Elle nécessite une communication importante afin de sensibiliser les agents.

Le service de prévention du risque infectieux du GHEF met en œuvre un plan d'actions permettant d'atteindre les objectifs suivants :

- **Former et sensibiliser les professionnels** à l'application des règles des précautions standards et complémentaires par des interventions directes auprès des professionnels de terrain,
- **Présenter les résultats d'EPP et les plans d'actions** lors des instances et dans les services de soins,
- **Mettre à disposition des équipes des procédures** et documents harmonisés prenant en compte les dernières recommandations,
- **Évaluer les connaissances et les actions mises en place** en réalisant des EPP,
- **Organiser des événements institutionnels** à destination des professionnels,
- **Recueillir l'expérience patient** lors d'audits,
- **Mettre en œuvre et suivre le plan d'action** défini suite au suivi des indicateurs (ICSHA, vaccination antigrippale du personnel, etc.), EPP, etc.

OBJECTIF 3 :

AMÉLIORER LE DISPOSITIF LIÉ AUX TENSIONS HOSPITALIÈRES ET SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Dans le cadre de la gestion des risques, chaque établissement de santé a pour obligation d'élaborer une stratégie et une organisation pour répondre à une situation de crise. Le GHEF dispose d'une procédure « hôpital en tension » et du Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) des établissements de santé qui sont sous la responsabilité du Directeur Général.

Le plan blanc est un schéma d'organisation et de gestion de cette crise et correspond au dispositif ORSAN (*OR*ganisation du *S*ystème de *S*ANté aux *S*ituations *S*anitaires *E*xceptionnelles).

Le dispositif ORSAN a été élaboré pour prendre en compte l'ensemble des risques majeurs susceptibles d'impacter l'offre de soins. Il a pour objectif d'identifier les adaptations à prévoir pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau territorial. Il doit planifier la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'évènements exceptionnels.

Ce document est l'aboutissement d'un travail impliquant les différents acteurs pouvant être concernés dans la mise en place de ce PGTHSSE.

Il se décline en fiches réflexes qui déterminent le rôle de chacun. Ce sont des lignes de conduite qui facilitent la mise en œuvre dans un contexte de crise.

Les cyberattaques peuvent mettre en péril de manière brutale et imprévisible les organisations du GHEF.

La procédure du PGTHSSE et les fiches réflexes de chaque secteur sont à disposition dans le logiciel institutionnel documentaire et dans un classeur en version papier dans les « salles plan blanc » de chaque site. Un livret synthèse plan blanc est remis aux encadrants.

La communication est réalisée par voie :

- **Institutionnelle** : Présentation aux instances, réunion d'encadrement, flash minute, formations, etc. Le président de la CME assure la transmission de l'information auprès des médecins,
- **Polaire** : Interventions lors des réunions qualité polaires,
- **Services** : Informations transmises lors des réunions de service.

Il convient que le plan actuel soit révisé chaque année et le cas échéant mis à jour, afin qu'il demeure un outil opérationnel et efficace.

Des exercices périodiques, au minimum 1 par an, au cours desquels le dispositif ORSAN de l'établissement sera éprouvé, seront organisés et permettront le réajustement du dispositif. Les RETEX permettront d'alimenter et d'améliorer le dispositif. De plus, l'établissement continuera de participer aux exercices territoriaux organisés par les différents partenaires (*SDIS, SAMU, etc.*).

La formation des professionnels du GHEF constitue un élément important de la préparation de la réponse aux SSE. À ce titre, des formations spécifiques sont intégrées au plan de formation institutionnelle.



Au-delà des investissements prévus qui concourront à la maîtrise des risques numériques, un plan d'action est déterminé et doit être déployé :

- **Réaliser des exercices de cybersécurité,**
- **Communiquer sur les exercices réalisés,**
- **Mener les actions issues des exercices,**
- **Formaliser les documents requis** et les communiquer,
- **Mettre à disposition des professionnels les outils** pour sécuriser le risque et y répondre : crash box avec les documents papier du dossier patient en cas de panne informatique, etc.
- **Former les professionnels à ce risque** en leur communiquant la conduite à tenir et les mesures de prévention (*ex. : attitude face à un mail frauduleux, gestion des mots de passe, etc.*).

OBJECTIF 4 :

SÉCURISER LES RISQUES NUMÉRIQUES

Un des enjeux majeurs que le GHEF doit surmonter réside dans la maîtrise du risque numérique. Les cyberattaques peuvent mettre en péril de manière brutale et imprévisible les organisations du GHEF.

De même, des problèmes internes peuvent également fragiliser ou perturber les prises en charge des patients.



IV. FAVORISER L'IMPLICATION DES USAGERS ET LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Considérer l'**expérience patient** :
une **priorité** qui s'impose.

OBJECTIF 1 :

RENFORCER L'IMPLICATION DES USAGERS

Le GHEF s'emploie depuis plusieurs années, par le biais du service des relations avec les usagers, à favoriser l'implication des usagers et de leurs représentants dans la stratégie de l'établissement et ses déclinaisons opérationnelles dans le but de répondre toujours au mieux à leurs besoins et attentes.

Les Représentants des Usagers (RU) participent activement à différentes instances institutionnelles et groupes de travail permettant ainsi de les informer des différents projets, des actions à mener et de prendre en compte leur avis et expériences.

Ces actions sont concrétisées à travers la formalisation d'un projet des usagers qui constitue une pièce maîtresse dans l'implication des usagers. En effet, il est porté par la CDU et s'articule avec le projet d'établissement.

OBJECTIF 2 :

CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT DES PARTENAIRES AVEC LES ASSOCIATIONS

Afin de faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles, le GHEF s'engage à :

- **Mettre à disposition des associations** un local dédié des usagers (*projet de mise en place d'une maison des usagers figurant au projet des usagers*). Ce dispositif a pour objectif de faciliter les échanges entre usagers, associations et l'établissement,

Le projet des usagers doit répondre à quatre enjeux majeurs de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

- **Intégrer des usagers** dans la démarche qualité des établissements,
- **Acculturer les acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires** sur la place nouvelle de l'usager dans le système de santé,
- **Garantir un même niveau de respect des usagers**, quel que soit le lieu, le mode d'hospitalisation ou d'hébergement,
- **Favoriser le maillage territorial.**

Il sera nécessaire d'aborder ces enjeux en faisant le lien, entre la direction des affaires générales, la coordination générale des soins, pédagogique et de la qualité et la CDU. D'autre part, il faut veiller à l'interopérabilité entre le projet d'établissement et le projet des usagers du GHEF.

Les actions mises en œuvre par le service des relations avec les usagers sont intégrées et suivies dans l'onglet « droits des patients » dans le PAQSS GHEF.

L'amélioration de la connaissance des représentants des usagers et de leurs missions par les professionnels du GHEF et les usagers est également un des axes forts. À ce titre, un projet est en cours afin de faire intervenir les RU dans les instituts de formation du GHEF afin de sensibiliser les futurs professionnels dès la formation initiale.

- **Assurer le suivi des conventions** avec les associations de bénévoles,
- **Mettre en place un affichage** à destination des usagers sur les 4 sites du GHEF,
- **Informers les professionnels** sur les associations existantes
- **Solliciter les associations** lors d'évènements GHEF.

OBJECTIF 3 :

GARANTIR LES DROITS DES USAGERS

■ 3.1 S'inscrire dans la politique « droit des patients »

Le respect des droits des patients et résidents est une préoccupation permanente du GHEF.

Une politique « droit des patients » est formalisée, présentée aux instances et communiquée aux professionnels du GHEF. Elle est mise à jour par le service des relations des usagers en partenariat avec les RU.

Un affichage institutionnel, à destination tant des usagers que des professionnels, complète le dispositif mis en place : les chartes de bientraitance, du patient hospitalisé, de l'enfant, de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, Romain Jacob, etc.

Cet axe est renforcé par des formations institutionnelles portant sur la bientraitance, la communication, la prise en charge de la douleur, etc.

Une communication interne, par le biais de flash minute vient compléter l'information des agents.

Une évaluation de la mise en œuvre de cette politique par les professionnels de terrain est réalisée notamment lors des patients traceurs, observations, EPP managériales et des audits dossiers patients.

■ 3.2 Poursuivre la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations

Les plaintes et réclamations émanant des usagers et/ou de leur famille sont traitées par le service des relations avec les usagers et présentées aux instances.

L'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations repose sur :

- **La mise à jour de la procédure** « gestion des plaintes et réclamations »,
- **L'actualisation de la procédure** de synchronisation des plaintes/réclamations et des événements indésirables,
- **L'amélioration des délais de réponse** aux patients et à leur famille,
- **L'évaluation du dispositif** de gestion des plaintes et réclamations (*organisation et suivi*).

■ 3.3 Améliorer la prise en compte de la satisfaction des usagers

Le GHEF dispose d'outils de recueil de la satisfaction des usagers : questionnaires de satisfaction en version papier et informatique e-Satis.

Pour mener à bien l'enquête e-Satis et répondre aux exigences nationales, l'établissement a mis en place un processus de recueil systématique des adresses e-mail lors de l'admission des patients. Cette opération est assurée par le service des admissions et ne concerne que les patients hospitalisés.

Un projet est en cours sur le Nouvel Hôpital de Meaux afin de tester une solution digitalisée de collecte de la satisfaction des patients et d'analyse des résultats par l'intelligence artificielle. Ce dispositif permettra d'améliorer la réactivité des analyses des questionnaires de satisfaction par la mise à disposition des résultats au fil de l'eau. Ainsi, des actions d'amélioration pourront être mises en œuvre rapidement.

Enfin, la communication des résultats aux usagers et à leur famille, aux RU et aux équipes, représente également une dimension essentielle du dispositif qu'il convient d'intégrer à l'objectif général d'amélioration du recueil de l'expression des patients/résidents.

Dans ce cadre, le GHEF a pour objectifs de :

- **Mettre à jour le questionnaire de satisfaction** actuel et mettre en place de nouveaux questionnaires de satisfaction ciblés,
- **Sensibiliser les professionnels et les patients** sur la nécessité de compléter les questionnaires de satisfaction,
- **Communiquer auprès des professionnels** des admissions et des usagers sur l'importance de fournir une adresse mail au moment de l'admission pour accéder au questionnaire e-Satis,
- **Renforcer la communication** des résultats afin de mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires,
- **Évaluer la solution digitalisée** de collecte avant de l'étendre aux autres sites du GHEF.

Le respect des droits des patients et résidents est une préoccupation permanente au GHEF.

■ 3.4 Développer l'expérience patient

Les questionnaires de satisfaction, les instances comme la CDU et le Conseil de Vie Sociale (CVS) ainsi que les audits patient traceur permettent aux usagers de faire part de leur expérience. Néanmoins, ceux-ci étant un vecteur essentiel d'amélioration de la qualité des soins, le GHEF souhaite déployer des outils complémentaires d'évaluation de l'expérience patient.

En effet, l'expérience patient invite à considérer le patient, non seulement, par rapport à la pathologie dont il souffre, mais comme une personne à part entière avec sa personnalité, ses préoccupations et ses attentes. Cette démarche permettra de construire des outils en collaboration avec les patients ou leurs représentants fortement engagés dans la vie de l'institution.

L'objectif est d'impulser cette démarche qui représente un levier d'amélioration de la qualité et de la performance.

La mise en œuvre de ce projet reposera sur :

- **La formation des professionnels,**
- **Le suivi des indicateurs** à disposition du GHEF : les résultats e-satis et des questionnaires de satisfaction des usagers,
- **Le développement des PREMs et PROMs** : Concepts permettant de recueillir et de mesurer la qualité des soins à partir du vécu des patients en utilisant des questionnaires validés.



V. RÉPONDRE AUX EXIGENCES DE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX AINSI QU'À D'AUTRES DÉMARCHES D'ÉVALUATION EXTERNES



Le GHEF se prépare en continu aux **différentes évaluations.**

OBJECTIF 1 :

RÉUSSIR LES VISITES DE CERTIFICATION HAS

Le GHEF se prépare en continu aux visites de certification HAS. Cette préparation consiste notamment à intégrer les nouvelles orientations et attendus HAS à tous les niveaux : les pratiques, les organisations, les outils, les procédures, les EPP et les formations.

Afin que les professionnels s'approprient et intègrent les nouveautés et les évolutions dans leurs pratiques quotidiennes, la direction qualité :

- **Établit un état des lieux** de l'état d'avancement des pôles sur l'ensemble des critères impératifs du GHEF,
- **Réalise un bilan** des actions à mener en lien avec les critères du référentiel HAS,
- **Mène des actions ciblées** sur les critères impératifs,
- **Établit un plan d'audits** et suit les indicateurs qui en découlent,
- **Formalise un plan de communication,**
- Assure des formations / informations régulières auprès des professionnels,
- **Organise et anticipe la préparation des documents** en vue de la visite.

OBJECTIF 2 :

RÉUSSIR LES ÉVALUATIONS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Les évaluations des ESSMS répondent à un calendrier défini réglementairement. L'établissement doit anticiper et préparer ces évaluations en :

- **Établissant un rétroplanning** des évaluations externes pour chaque structure médico-sociale,
- **Réalisant et en accompagnant les auto-évaluations,**
- **Formant les professionnels** à la démarche et aux méthodes d'évaluation,
- **Structurant la préparation des évaluations externes** : cahier des charges, check-list des documents à fournir avant et pendant l'évaluation, etc.

OBJECTIF 3 :

ACCOMPAGNER LES ÉVALUATIONS EXTERNES

Le service de réanimation du site de Marne-la-Vallée est certifié ISO 9001 depuis 2003. Cette reconnaissance externe concourt au maintien du niveau élevé de qualité et de sécurité des soins et de la sécurité des organisations. La direction qualité participe à l'organisation, la préparation des visites et des audits internes ainsi qu'au suivi des actions.

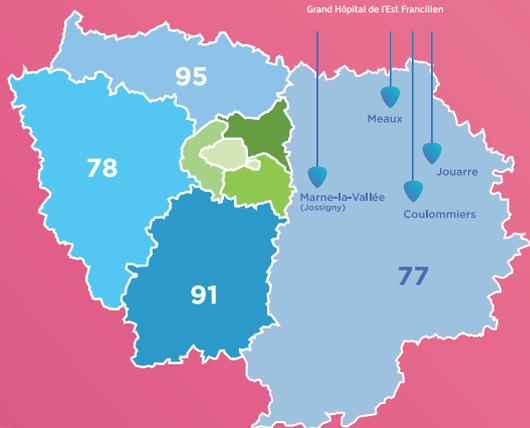
Dans cette lignée, l'unité de préparation des chimiothérapies du GHEF a décidé d'intégrer ce dispositif et est accompagnée pour ce faire par la direction qualité.

L'accréditation du COFRAC des laboratoires de biopathologie du GHEF est également une des priorités du GHEF dans le cadre des évaluations externes ainsi que toutes évaluations externes comme les inspections de l'Autorité de Sécurité Nucléaire (ASN), de l'Agence de Biomédecine, de l'Etablissement Français du Sang, etc.



GLOSSAIRE

■ ARS	Agence Régionale de Santé
■ ASN	Autorité de Sûreté Nucléaire
■ CCQS	Comité de Coordination de la Qualité des Soins
■ CDU	Commission des Usagers
■ CGSPQ	Coordonnatrice Générale des Soins, Pédagogique et de la Qualité
■ COGRAS	COordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
■ CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
■ CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
■ CME	Commission Médicale d'Etablissement
■ COSUI	COmité de SUivi
■ COVI	Comité des Vigilances
■ CREX	Comité de Retour d'EXpérience
■ CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
■ CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
■ CVS	Conseil de Vie Sociale
■ EI	Evènement Indésirable
■ EIAS	Evènement Indésirable Associé aux Soins
■ EIG	Evènement Indésirable Grave
■ EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
■ ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
■ GHEF	Grand Hôpital de l'Est Francilien
■ HAS	Haute Autorité de Santé
■ ICSHA	Indicateur de Consommation de Solution Hydro-Alcoolique
■ IQSS	Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins
■ MAQ	Manuel Assurance Qualité
■ ORSAN	ORganisation du système de SANté aux situations sanitaires exceptionnelles
■ PAQSS	Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
■ PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
■ PECM	Prise En Charge Médicamenteuse
■ PGTHSSE	Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles
■ QGR	Qualité Gestion des Risques
■ RETEX	RETour d'EXpérience
■ RU	Représentants des Usagers
■ RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
■ SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
■ SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours



SITES HOSPITALIERS HORS STRUCTURES EXTRA-HOSPITALIÈRES :

Site de Meaux

SITE SAINT-FARON (siège social)
6-8 rue Saint-Fiacre
BP 218 - 77104 Meaux cedex

Site de Marne-la-Vallée

2-4 cours de la Gondoire
77600 Jossigny

Site de Coulommiers

SITE RENÉ ARBELTIER
4 rue Gabriel Péri
77527 Coulommiers cedex

Site de Jouarre

18 rue Petit Huet
77640 Jouarre

