

Programme *Qualité, sécurité des soins & conditions d'accueil* et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) 2017-2020

Argumentaire

Validé par la cellule QSS & CAPCU, discuté avec les représentants médicaux des groupes hospitaliers (GH) le 19 octobre 2016 et les représentants des usagers le 16 novembre 2016

La loi *Hôpital, patient, santé, territoire* confie au président de la commission médicale d'établissement (CME) et, conjointement, au directeur général, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La CME contribue à l'élaboration de cette politique, notamment en proposant au directeur général, **tous les quatre ans, un programme d'actions** que le président de la CME présente au directoire.

L'actuel programme couvre la période 2013-2016. Il comporte les dix thématiques suivantes :

1. organisation de la QSS & CAPCU ;
2. événements indésirables graves (ÉIG) associés aux soins ;
3. développement professionnel continu (DPC) ;
4. suivi de la certification ;
5. promotion des bonnes pratiques soignantes ;
6. infections associées aux soins ;
7. prise en charge médicamenteuse ;
8. troubles nutritionnels ;
9. douleur et soins palliatifs ;
10. satisfaction et participation des usagers.

Pour chacune de ces thématiques, à l'exception de la première (organisation de la QSS & CAPCU), des priorités, assorties lorsque cela était possible, d'indicateurs de suivi avaient été définies. Le premier bilan sommaire de ces quatre dernières années comporte à l'évidence des aspects positifs mais permet également d'identifier les difficultés rencontrées qui expliquent pour partie le retard pris pour mener à bien certaines de ces priorités.

Ainsi, si une stratégie de déclaration et d'analyse des ÉIG (item 2), en particulier à travers la réalisation de réunions de morbi-mortalité (RMM) a permis d'augmenter le nombre de celles-ci, les conséquences en termes de modifications de pratiques, d'établissement de nouvelles recommandations de portée institutionnelle et générale restent encore à ce jour limitées. À titre d'exemple peuvent également être cités l'échec de la promotion volontairement affichée (item 8) des droits et choix des patients en fin de vie et celui des actions en faveur de l'implication des patients et des usagers dans tout le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (item 10). Le chapitre du

DPC (item 3) n' a pas beaucoup progressé, non pas en raison d'une absence d'investissement des équipes en charge de cette thématique, mais à cause d'une évolution législative destinée à simplifier les procédures qui a tardé à se mettre en place, ce qui devrait être en partie résolu avec l'annonce récente de la création d'une agence d'État , d'un haut conseil du DPC et de la redéfinition des missions des commissions scientifiques indépendantes. Enfin, en dépit de la volonté affichée de favoriser au sein du programme d'actions la promotion des bonnes pratiques soignantes (item 5), l'impact réel de ce choix reste probablement marginal.

D'autre part, même si l'AP-HP s'est dotée d'une organisation formalisée (item 1) dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins avec la création en 2012 d'une cellule QSS & CAPCU, du maintien des commissions spécifiques centrales et de GH (CLIN, CLAN, CLUD-SP, COVIRIS, COMÉDIMS) et de la nomination (par le président de la CME et le directeur général) d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et d'un responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, les échanges et la communication avec les GH et au plus près du terrain avec l'ensemble des personnels médico- soignants restent largement insuffisants et sont souvent dénoncés.

Il en résulte en pratique une grande méconnaissance des collègues, pris par leurs multiples activités de soins, d'enseignement et de recherche des actions conduites dans le vaste domaine de la QSS et CAPCU. Il faut par ailleurs reconnaître qu'ils n'y sont aidés ni par la complexité organisationnelle des commissions, directions et interlocuteurs divers, prioritairement investis sur le thème souvent un peu aride de la certification imposée par la Haute Autorité de santé (HAS), ni par le peu d'intérêt porté à ces thématiques par la gouvernance médico- administrative en dehors de période de « crise ». Cette méconnaissance du travail effectué dans le domaine de la QSS & CAPCU est également amplifiée par la difficulté rencontrée par la communauté médicale à faire prendre conscience de la nécessité d'identifier clairement du temps médical et donc des moyens en termes de financement de personnel dédié pour assurer une activité pérenne et de qualité.

Face à ce constat et pour répondre aux impératifs du calendrier, **à l'initiative du président de la CME, le P^r Noël GARABÉDIAN**, la cellule QSS & CAPCU et le COVIRIS central ont entamé la réflexion sur le futur **programme 2017-2020**, en posant comme prémisses pour sa rédaction les trois principes suivants :

- la nécessité d'un travail mené conjointement par l'ensemble des personnels : médecins, paramédicaux, représentants des directions concernées et représentants des usagers ;
- une articulation étroite avec la certification HAS, et les démarches qualité réglementaires ;
- une implication dans le processus d'élaboration de l'ensemble des équipes qualité et sécurité des soins des groupes hospitaliers.

Prenant en compte tant le bilan préliminaire du programme des quatre années écoulées ainsi que ces trois principes, la proposition retenue conjointement lors de la dernière cellule

QSS & CAPCU est de concentrer **le prochain programme 2017-2020 sur cinq thématiques générales** :

- 1- communication ;
- 2- implication des patients et des usagers ;
- 3- formation des personnels, en particulier des juniors ;
- 4- recherche clinique et évaluation ;
- 5- qualité de vie au travail et qualité et sécurité des soins ;

créant ainsi une sorte de « boîte à outils » dont les responsables des différentes thématiques spécifiques (CLIN, CLAN, CLUD-SP, COVIRIS-ÉIG, COMÉDIMS, etc.) devraient s'assurer qu'elles sont mises en exergue et utilisées dans leur champ de compétence au service de la qualité et de la sécurité des soins, champ de compétence qui renvoie aux **thématiques de référence classiques déjà retenues dans le programme 2012-2016** :

- 1- prévention des évènements indésirables associés aux soins ;
- 2- prévention des infections associées aux soins ;
- 3- prise en charge médicamenteuse ;
- 4- prise en charge de la douleur et prise en charge de la fin de vie ;
- 5- certification ;
- 6- prévention de la dénutrition.

Sur chacune des thématiques générales, il faudra définir un nombre limité d'actions (*a priori* deux), afin d'avoir l'objectif de les réaliser sur la période des quatre années à venir.

À titre d'exemple, pourraient être proposés :

- pour la communication :
 - o le contact formalisé avec les représentants des différentes disciplines médicales, chirurgicales et biologiques ;
 - o les modalités de diffusion des informations (communications orales, courrier papier et surtout web et réseaux sociaux) ;
- pour l'implication des patients et des usagers :
 - o la création des commissions des usagers centrale et de GH ;
 - o l'intégration des représentants des usagers dans les projets des commissions spécifiques centrale et de GH ;
- pour la formation des personnels :
 - o la focalisation sur les internes en formation (focalisation sur le 3^e cycle préconisée par la direction générale de la santé [DGS]) ;
 - o l'utilisation préférentielle des techniques de simulation ;

- pour la recherche clinique et l'évaluation :
 - o l'incitation à l'élaboration de projets multicentriques de recherche clinique et d'évaluation, y compris en recherche paramédicale ;
 - o la rédaction d'articles originaux (SIGAPS) et la communication dans les congrès nationaux et internationaux ;
- pour la qualité de vie au travail :
 - o engagement formel de la gouvernance (centrale, GH, pôle, services), en lien avec les commissions vie hospitalière centrale et de GH ;
 - o déclinaison et adaptation du modèle anglo- saxon « *work and wellbeing in the NHS : why staff health matters to patient care*” (mars 2015).

D'autre part, suivant le modèle préconisé dans le programme 2012-2016, **chaque responsable de thématique spécifique devra identifier deux priorités assorties d'indicateurs de suivi.**

P^r Christian RICHARD, D^r Marie-Laure PIBAROT, le 29 septembre 2016