Programme Qss & Capcu 2017-2020

Christian Richard
Marie Laure Pibarot

CME – 6 Décembre 2016

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017

Le programme national pour la sécurité des patients, c'est :

- une approche globale de la sécurité des soins pour mobiliser les professionnels de santé et les usagers
- 4 orientations prioritaires et des objectifs ciblés sur 5 ans, pour développer une culture de sécurité

Son lancement, en février 2013, représente une étape importante dans le déploiement de la politique nationale de sécurité et de qualité des soins.

Engageons-nous pour des soins plus sûrs !

Pourquoi un programme national pour la sécurité des patients ?

- l'activité de soins est complexe, tant au regard des techniques médicales que de la coordination qu'elle requiert
- l'activité de soins comporte des risques : risques d'infections associées aux soins, risques spécifiques à l'acte invasif ou à la prise en charge médicamenteuse, risques inhérents à l'organisation des soins…

Contribuer à la réduction des risques

La prévention vise à anticiper les risques pour les éviter dans la mesure du possible et, s'ils surviennent, pour en atténuer les conséquences.

Le programme national pour la sécurité des patients constitue un socle à partir duquel les politiques de sécurité des soins pourront s'articuler entre elles et se renforcer mutuellement.

L'identification puis l'analyse des événements indésirables, à partir du « retour d'expérience » des professionnels, correspondent à des étapes clés d'une bonne gestion des risques. Elles sont des sources irremplaçables d'information, d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, individuellement et en équipe.

A l'heure où les parcours de soins s'organisent autour d'interfaces et de collaborations de plus en plus étroites entre professionnels, une politique de sécurité des soins partagée par l'ensemble des acteurs est indispensable, au delà des caractéristiques des métiers et des spécialités.

Le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) intervient pour que les professionnels de santé développent **ensemble** des compétences toujours plus effectives au service de la sécurité des patients.

Le programme s'adresse donc aux professionnels et aux patients.

Les patients doivent participer plus activement à la sécurité de leur prise en charge. L'implication des représentants des usagers dans les questions relatives à la sécurité des soins doit elle aussi être renforcée.

Comment ce programme a-t-il été conçu ?

Le programme est un projet porté par le ministère chargé de la santé, auquel la haute autorité de santé (HAS) est associée. Il vise à renforcer et à rendre plus lisible, pour l'ensemble du public, la cohérence des actions en matière de sécurité des soins, aux niveaux national, régional et local.

Une implication partagée

- Plan stratégique
- **Projet médical (CME)**
- Projet de soins
- Projet risque et qualité
- Projet de prise en charge des patients : dialogue, accueil et hospitalité

Principes

- Responsabilité conjointe du **Président de la CME et du Directeur Général**
- Partenariat avec la DOMU
- Sélection d'un nombre limité d'objectifs et d'actions
- Approche conjointe **médicale et paramédicale**
- Suivi par des **indicateurs** simples

Des résultats majeurs

- **Cellule QSS & CAPCU**
  - règlement intérieur de l'AP-HP (CME - 8.12.2015) ,
  - PCME,
  - réunion mensuelle,
  - sujet CME mensuel
- **Dix axes prioritaires**
  - EIAS et en particulier les EIG
- **Communication institutionnelle**
  - site CME

Les thématiques

- Organisation Qualité-Gestion des risques
- **Gestion des événements indésirables associés aux soins**
- Coordination du développement professionnel continu (DPC)
- Certification des établissements de santé
- Promotion des bonnes pratiques soignantes
- **Infections associées aux soins**
- **Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse**
- Troubles nutritionnels
- Douleur et soins palliatifs
- Satisfaction et participation des usagers

Principes

- **Implication effective de la gouvernance**
- **Travail conjoint** de l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux, patients/usagers, directions
- Articulation étroite avec la **certification et les démarches qualité réglementaires**
- implication dans le processus d'élaboration de l'ensemble des équipes qualité, sécurité des soins des **GH**

Thématiques Générales

Communication

Implication des **patients et des usagers**

Formation des personnels,

Recherche clinique et évaluation

Qualité de vie au travail et QSS

Thématiques spécifiques

Prévention des **EIAS**

Prévention des **IAS**

Médicament

Fin de vie

Certification

Dénutrition

Objectifs

- Renforcer la concertation avec **les GH**
- Impliquer davantage **les représentants des usagers**
- Valoriser l'implication **des soignants**
- Coordonner les **différents acteurs**
- Prendre en compte **les évolutions législatives**
- Développer une **communication partagée**

Impliquer davantage les représentants des usagers (DPUA)

- **Décliner les missions dédiées aux CU**
- **Deux exemples**
  - EIAS: Déclaration, analyse et recommandations
  - Implication dans les instances: CLIN, COVIRIS, etc..

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secretariat.dg.sap@aphp.fr

D.2016-4970

LE DIRECTEUR GENERAL

Note
A l'attention
des Directeurs des groupes hospitaliers
et des hôpitaux hors groupes hospitaliers

Objet : Recommandations institutionnelles relatives à la mise en place et au fonctionnement des Commissions des usagers

P. J. : Règlement intérieur type des Commissions des usagers de l'AP-HP (et ses annexes : procédure de traitement des plaintes et réclamations et tableau de suivi des réclamations et actions correctives)

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 183) a remplacé les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) par les Commissions des usagers.

Patients , prenez la parole !

Comment ?

- Donnez à votre médecin toute information qui vous paraît importante : allergie connue, perte de poids, automédication, consultation médicale récente, changement dans votre environnement ou votre vie quotidienne…
- Intervenez si votre nom n'est pas correctement orthographié ou tronqué, si votre date de naissance est erronée ou si toute autre donnée vous concernant est incorrecte.
- Si vous êtes hospitalisé-e, demandez à vos veilleurs qu'ils se lavent les mains. Au besoin, rappelez aux soignants qu'ils doivent en faire autant avant tout acte vous concernant.

Vous devez être opéré

- Posez toutes les questions nécessaires sur ce que l'on va vous faire et pourquoi, sur ce qui peut se produire pendant et après votre hospitalisation (douleur, troubles digestifs, infection…) et sur ce qui est prévu ensuite (rééducation, soins…).
- Indiquez tous les médicaments que vous prenez, vos intolérances et allergies, d'éventuels incidents au cours d'anesthésies ou d'interventions précédentes…

Un examen vous est prescrit

- Questionnez votre médecin et assurez-vous d'avoir bien compris la nature de l'examen, les risques qu'il peut présenter, les résultats qui en sont attendus.
- N'hésitez pas à rappeler votre médecin pour lui demander vos résultats, leur interprétation et les prochaines étapes.

Votre traitement a été modifié

- Assurez-vous d'avoir bien compris le sens de cette modification. Dans le doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

Vous constatez une anomalie ou ressentez des effets inattendus. Exprimez-vous

- Mon traitement est différent aujourd'hui : pour quelle raison ?
- On n'a pas pris ma tension aujourd'hui : pourquoi ?
- J'ai des nausées depuis la prise de ce médicament : est-ce normal ?

Vous quittez l'établissement de santé

- Vous demandez votre « lettre de liaison » avant votre sortie : elle vous aides, ainsi que le professionnel qui vous suit (médecin, infirmier…), à bien gérer votre retour à la maison.

À l'initiative du Ministère chargé de la santé. Projet soutenu par les représentants des usagers et par la Commission Médicale d'Établissement de l'AP-HP.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
www.aphp.fr

Former les personnels soignants , valoriser leur implication (DPC,DRCD)

- **Plan de formation au niveau du GH**
- **Outils:** e Learning, chambre des erreurs, simulation
- Projets multicentriques de **recherche clinique / évaluation**

dossier SOINS

Les événements indésirables associés aux soins

stratégie soignante

Apprendre de ses erreurs après un événement indésirable associé aux soins

La mobilisation de tous les professionnels de santé pour la détection et l'analyse des événements indésirables associés aux soins est un élément essentiel de l'amélioration de la sécurité des soins
Cette démarche est exigée par les tutelles et réclamée à juste titre par les usagers.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – analyse systémique ; communication ; erreur ; événement indésirable ; déclaration ; prévention ; retour d'expérience

Learning from errors after a care-related adverse event. The mobilisation of all health professionals with regard to the detection and analysis of care-related adverse events is an essential element in the improvement of the safety of care. This approach is required by the authorities and justifiably expected by users.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – adverse event; communication; declaration; error; feedback; prevention; systemic analysis

Christian Richard
Chef du service de réanimation médicale de l'hôpital de Bicêtre, membre de la commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'AP-HP

Marie-Laure Pibarot*
Responsable de la prévention des risques sanitaires à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (Domru) de l'AP-HP

Françoise Zantman
Directrice des soins et activités paramédicales, direction générale, AP-HP

Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 3, avenue Victoria
75004 Paris, France

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle de l'établissement

Bloc : ..... Salle : .....
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....
Chirurgien « intervenant » : .....
Anesthésiste « intervenant » : .....
Coordonnateur(s) *check-list* : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1
- L'identité du patient est correcte ❑ Oui ❑ *Non**
- L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A

2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
- *idéalement* par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ❑ Oui ❑ *Non**
- la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ❑ Oui ❑ *Non**

3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ❑ Oui ❑ *Non**

4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A

5 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
- pour la partie chirurgicale ❑ Oui ❑ *Non**
- pour la partie anesthésique ❑ Oui ❑ *Non*
  Acte sans prise en charge anesthésique ❑ N/A

6 Le patient présente-t-il un :
- risque allergique ❑ Non ❑ *Oui**
- risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ❑ Non ❑ *Oui** ❑ N/A
- risque de saignement important ❑ Non ❑ *Oui**

Le rôle du coordonnateur *check-list* sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la *check-list* que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est **Non Applicable** pour cette intervention
N/R : quand le critère est **Non Recommandé** pour cette intervention

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

7 Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE
- identité patient confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
- intervention prévue confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
- site opératoire confirmé ❑ Oui ❑ *Non**
- installation correcte confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
- documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A

8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*time-out*)
- sur le plan chirurgical ❑ Oui ❑ *Non**
  (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)
- sur le plan anesthésique ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
  Acte sans prise en charge anesthésique
  [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]

9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/R

La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A

⚠ ATTENTION SI ENFANT !
- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'intervention enregistrée ❑ Oui ❑ *Non**
- du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
- de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
- si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
  Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A

11 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ❑ Oui ❑ *Non**

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la *check-list* a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

Coordonner les différents acteurs

- **Directives anticipées et accès aux soins palliatifs et de support:** DPUA
- **Raisonnement clinique partagé**: DSAP
- **Médicament:** COMEDIMS
- **Qualité de vie au travail et qualité/sécurité des soins :** CVH
- **Certification:** comité certification

NOVEMBRE 2016

Fin de vie
Que dit la Loi ?

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Raisonnement clinique partagé

PARTAGER

Transmissions

Le magazine de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales

Numéro 54 / Septembre 2016

Éditorial

Amélie Verdier,
Secrétaire générale de l'AP-HP

« La construction des chemins cliniques à partir du parcours patient contribue au développement d'une intelligence collective médico-soignante. »

Le plan stratégique 2015-2019 s'attache à promouvoir une AP-HP ouverte, unie et innovante. Les parcours de soins, doivent désormais positionner le patient comme acteur. La qualité et la sécurité des soins sont une exigence pour les professionnels et une attente légitime des usagers, qui doivent animer toutes les organisations. Le processus de certification incite à transformer les organisations hospitalières pour un véritable management de la qualité.

Dans ce cadre, l'engagement de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) dans la construction des chemins cliniques à partir du parcours patient contribue au développement d'une intelligence collective médico-soignante, à une harmonisation des pratiques et à une réduction des risques dans la prise en charge des patients. C'est un outil d'amélioration de la performance collective.

La traçabilité de la prise en charge des patients au sein de leur parcours doit servir de guide à l'informatisation du dossier patient et l'AP-HP s'est engagée dans cette démarche de conception et d'informatisation de manière volontariste, avec un dynamisme reconnu de tous qui doit se poursuivre.

Amélie Verdier

La DSAP a souhaité promouvoir une démarche institutionnelle sur le management par la clinique au service du parcours patient. L'amélioration de la prise en charge du patient par une démarche mieux coordonnée entre médecins et soignants, qui garantit qualité et sécurité des soins, est un enjeu majeur pour nos organisations hospitalières.

Les cadres paramédicaux ont un rôle essentiel dans cette coordination en lien avec les équipes médicales et paramédicales.

Ce thème s'inscrit dans les 10 orientations du projet de soins 2015-2019 et plus spécifiquement à travers 4 axes :

- développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente,
- s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins,
- développer et formaliser les parcours de soins,
- accompagner l'informatisation du dossier de soins.

La DSAP a saisi l'opportunité de l'informatisation du dossier patient et de la V2014, pour ancrer la collaboration médico-soignante dans une évolution de la culture de l'AP-HP et apporter une vision du changement des pratiques professionnelles.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels et tout particulièrement les cadres responsables du développement du raisonnement clinique partagé ainsi que les directeurs des soins des GH. Votre engagement dans cette démarche, votre expertise, votre créativité et vos compétences se traduisent par de nombreuses productions de qualité au service de la prise en charge du patient.

Françoise Zantman

Françoise Zantman,
Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP)

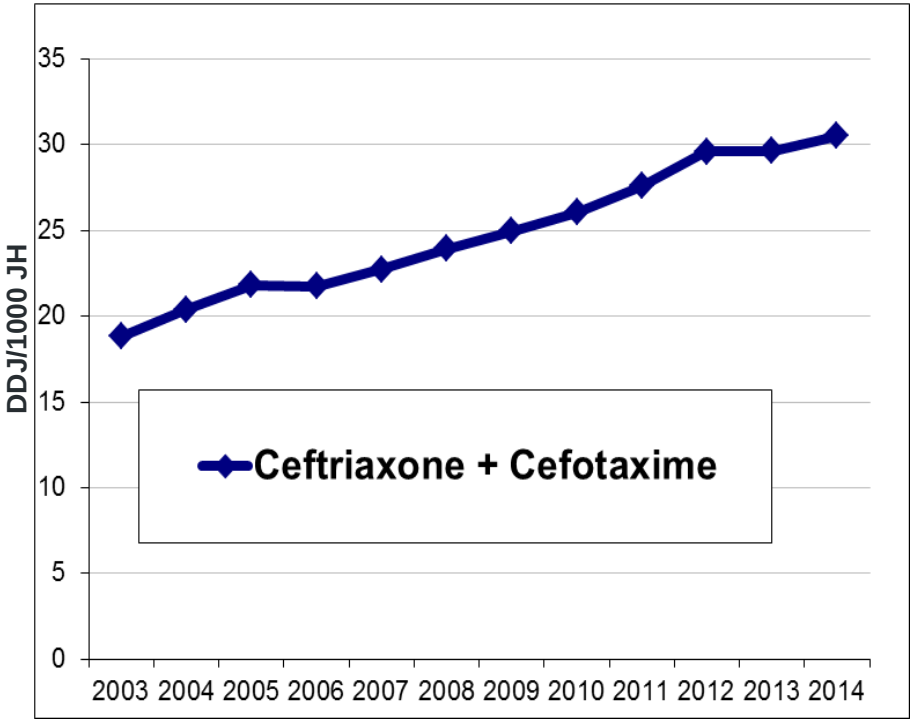
« Ancrer la collaboration médico-soignante dans une évolution de la culture de l'AP-HP et apporter une vision du changement des pratiques professionnelles »

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

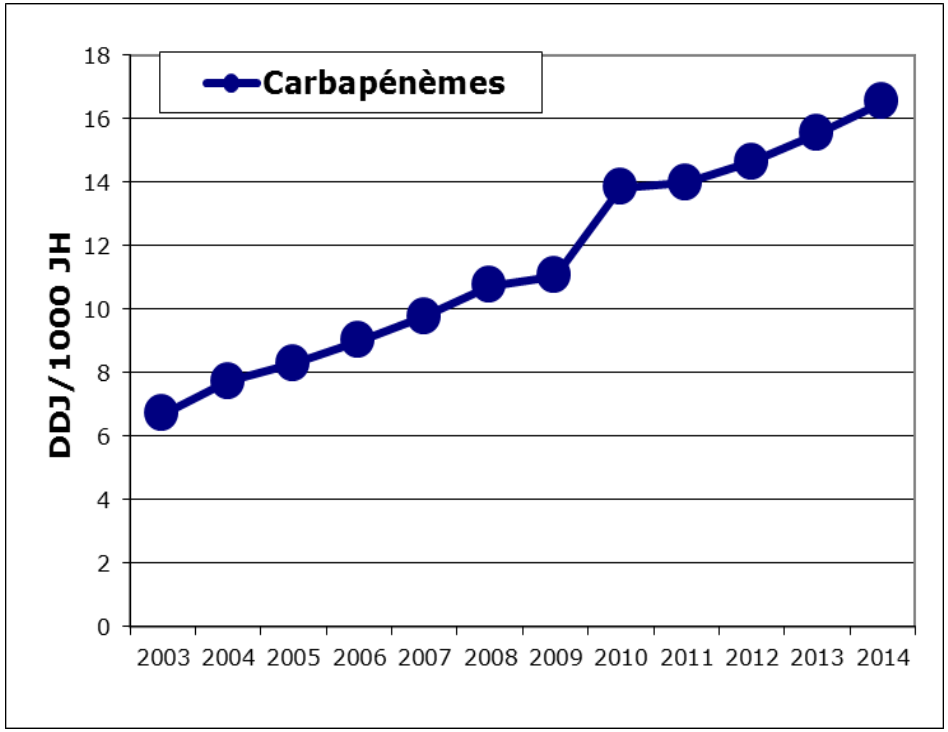
Evolution de la consommation des céphalosporines et des carbapénèmes à l' AP-HP

Source AGEPS – EMER – ESBUI – Service EPBU

Ceftriaxone - Cefotaxime



Carbapénèmes



Plan Antibiotiques AP-HP

- **Objectif : diminuer les consommations d'antibiotiques**

- **Méthodes**
  - *Messages simples : Limiter les durées de traitement : recommandations institutionnelles pour les infections les plus fréquentes*
  - *Alertes informatiques pour réévaluer à J3-J7*
  - *Formation des internes : diaporama*
  - *Référent antibiotique : valoriser et faciliter leur activité*

AGIR

Plan AP-HP pour préserver l'efficacité des antibiotiques

Novembre 2015

Les messages-clés

- ne prescrire un antibiotique qu'en cas d'infection bactérienne supposée ou prouvée ;
- réévaluer au 3ème jour toute prescription d'antibiotique pour :
  - l'arrêter si l'infection bactérienne n'est pas prouvée ;
  - le remplacer par un antibiotique plus adapté (spectre plus étroit) ;
  - ou le poursuivre pour une durée définie la plus courte possible ;
- prescrire des durées de traitement antibiotique les plus courtes possibles ;
- justifier dans le dossier du patient les rares traitements poursuivis plus de 7 jours ;
- mettre en œuvre une prévention active des infections :
  - vacciner les patients à risque contre le pneumocoque et la grippe ;
  - limiter les dispositifs invasifs (perfusions, sondes urinaires...) et réévaluer quotidiennement leur indication ;
  - réaliser une friction hydro-alcoolique des mains avant et après chaque contact avec un patient.

PRÉSERVONS LES ANTIBIOTIQUES, CHANGEONS NOS PRATIQUES

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

www.aphp.fr

PRÉSERVONS LES ANTIBIOTIQUES, CHANGEONS NOS PRATIQUES

Risques psycho-sociaux

DR

Pr Rémi Salomon
VICE-PRÉSIDENT
de la commission vie hospitalière de l'AP-HP

« Un électrochoc »

DEPUIS LE SUICIDE de Jean-Louis Mégnien, lui-même est plus vigilant au sein du service de néphrologie pédiatrique qu'il dirige à Necker, à Paris. Le professeur Salomon, vice-président de la commission vie hospitalière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a participé à l'élaboration du plan mis en place après le drame.

L'AP-HP a-t-elle pris la mesure du drame qui s'est passé entre ses murs ?

RÉMI SALOMON. Dire que rien n'existait avant en matière de prévention serait faux, mais force est de constater que nous n'étions pas très bons. Le suicide du professeur Mégnien a été un électrochoc. Une enquête est en cours, mais Jean-Louis Mégnien était, semble-t-il, dans une situation de harcèlement et il n'est pas le seul dans ce cas. Des dysfonctionnements existent. Nous avons pris conscience de la nécessité d'agir en profondeur.

De quelle manière ?

Moins de deux semaines après le drame a été mis en place un groupe de travail pour œuvrer sur la prévention, la détection et le traitement de ce type de situations. Des mesures ont été prises. Avant, les chefs de service étaient investis avant tout pour leurs compétences médicales. Aujourd'hui, nous évaluons leurs compétences en matière de management et de gestion d'équipe. Les formations vont devenir automatiques. Ces critères seront de nouveau pris en compte lors du renouvellement des chefs de service tous les quatre ans.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) vous a recommandé de mettre en place une charte de bonnes pratiques.

Où en êtes-vous ?

Nous y mettons le point final. Les praticiens hospitaliers bénéficieront de temps d'écoute — et non d'évaluation — formalisés avec leur chef de service. Nous souhaitons également favoriser la mobilité, très peu valorisée aujourd'hui alors qu'elle permet d'éviter les tensions et le sentiment d'abandon.

Beaucoup aujourd'hui n'osent pas parler...

C'est pour cela que nous voulons renforcer la médecine du travail. Moins de 10 % des médecins de l'AP-HP la consultent, alors qu'elle peut détecter des situations de conflit, mais aussi de mal-être, de burn-out... Des consultations en dehors des murs de l'hôpital sont envisagées pour ceux qui voudraient rester discrets.

Certains médecins se disent toujours harcelés...

Nos mesures se mettent en place de manière rigoureuse et transparente. Tout cela prend du temps. Nous voulons promouvoir la médiation, mais nous n'excluons pas que le mandat d'un chef de service ne soit pas renouvelé s'il s'avère être responsable de la souffrance d'un membre de son équipe.

PROPOS RECUEILLIS PAR FL.M.

Bilan certification à l'AP-HP (28/11/16)

- **Un enjeu majeur, notamment en regard de la taille de nos GH**
  - *Comment organiser efficacement le management de la qualité-sécurité des soins dans nos GH multisites de grande taille*
  - *Comment mobiliser au plus près du terrain sur les sujets Qualité et Sécurité des soins*
    - Mobilisation des chefs de pôle et de service

- **Principaux points sensibles identifiés lors des visites V2014 (4 GH, 3 sites hors GH)**
  - *Non respect des règles de bonnes pratiques professionnelles ou des organisations établies*
  - *Des thèmes récurrents depuis la 1er certification (1999):*
    - médicament,
    - tenue du dossier patient,
    - risque infectieux,
    - droits des patients

Prendre en compte les évolutions législatives

27 novembre 2016 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 45 sur 106

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA 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

21 septembre 2016 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 20 sur 88

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions

Développer une communication partagée

- impliquant **la CME**
- **Au bénéfice** des patients, des soignants et des représentants des usagers

RAPPORT ANNUEL 2015

Assurer la qualité et la sécurité des soins et promouvoir l'hospitalité

LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT, EN LIEN AVEC LE DIRECTEUR GÉNÉRAL, DÉCIDE DE LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (QSS) ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS (CAPCU).

En conclusion, la CME de l' AP- HP

- **A pris conscience** de l'importance de la QSS-CAPCU
- **A la volonté**, au-delà du programme QSS-CAPCU 2017-2020, d'être l' interlocuteur des acteurs multiples institutionnels impliqués
- **Développe** son action en étroite collaboration avec les GH
- **Est demandeuse** d'un **SI** au service de la QSS-CAPCU

Agenda 2017

Mai- sept : priorités du programme: cellule QSS & CAPCU

19 octobre : avis des représentants de la QSS & CAPCU

16 novembre : avis des RU

6 décembre : CME AP-HP

puis CSIRMT, commission des usagers, conseil de surveillance