

Commission médicale d'établissement et  
direction médico-administrative de l'AP-HP

**Cellule d'appui CME pour les missions en matière de qualité et sécurité des  
soins (Qss) et de conditions d'accueil et prise en charge des usagers (CAPCU)**

**Réunion du 19 février, 17h30-19h30  
– Relevé de décisions –**

**Présents**

D <sup>r</sup> Anissa BELBACHIR	CLUD-SP
P <sup>r</sup> Loïc CAPRON	Président de la CME
D <sup>r</sup> Rémy COUDERC	CME
D <sup>r</sup> Stéphane DAVID	DRH/DPC
D <sup>r</sup> Sandra FOURNIER	DOMU/EOH
M <sup>me</sup> Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
P <sup>r</sup> Philippe LECHAT	COMÉDIMS
M <sup>me</sup> Pauline MAISANI	DOMU/Q-GdR
Pr Jean-Claude MELCHIOR	CLAN
D <sup>r</sup> Isabelle NEGRE	CME
M <sup>me</sup> Catherine RAVIER	Cabinet CME
P <sup>r</sup> Christian RICHARD	CME/CLIN/CGRAS
P <sup>r</sup> Daniel SERENI	DRH/DPC
M <sup>me</sup> Françoise ZANTMAN	DSAP

**Excusés**

M <sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT	DPUA
P <sup>r</sup> Béatrice CRICKX	CME/RSMQ
D <sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV	CME – 3CU
D <sup>r</sup> Olivier HENRY	CME-3CU
P <sup>r</sup> André LIENHART	COVIRiS
D <sup>r</sup> Marie-Laure PIBAROT	DOMU/Q-GdR
P <sup>r</sup> Gérard REACH	CME - Hospitalité
D <sup>r</sup> Elisabeth SCHOUMAN-CLAYES	DOMU
M. Fred SOPTA	CSIRMT
D <sup>r</sup> Jean-Fabien ZAZZO	CLAN

**Invités**

D <sup>r</sup> Isabelle GASQUET	DOMU
D <sup>r</sup> Nadia ROSENCHER	Cochin

- 1. Indicateurs qualité, sécurité des soins nationaux 2013 ; IFAQ, D<sup>r</sup> Isabelle GASQUET**
- 2. Point d'avancement du DPC à l'AP-HP, P<sup>r</sup> Daniel SERENI, D<sup>r</sup> Stéphane DAVID**
- 3. Organisation de l'hémovigilance, D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER**
- 4. Invitations et thématiques à présenter en cellule Qss & Capcu et/ou CME**

Le Président de la CME accueille au sein de la cellule le D<sup>r</sup> Isabelle NEGRE, au titre de la CME, et le D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER, qui sera le référent hémovigilant AP HP après nomination officielle par le directeur général. Il annonce le lancement prochain d'une campagne antibiotique à l'AP-HP.

M<sup>me</sup> MAISANI informe la cellule de l'avancement de la mise en place de la structure régionale d'appui (SRA) par l'ARS Ile de France. A la suite de l'opposition des fédérations au projet du GRRIFES (réseau des gestionnaires de risque de l'Ile de France), l'ARS a demandé à l'AP-HP de s'impliquer aux côtés du GRRIFES pour préciser le programme d'action et l'organisation de la future SRA. L'AP-HP a pour cela bénéficié d'un crédit de 40 K€ pour recruter un chargé de projet. A terme la SRA, ainsi que le CCLIN-ARLIN et l'OMEDIT, seront hébergés à l'AP-HP.

Le Président de la CME souhaite que la cellule QSS & CAPCU soit tenue au courant des avancées de ce dossier.

**Le dernier CR est adopté.**

### **1 Indicateurs nationaux 2013 qualité, sécurité des soins; Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ), D<sup>r</sup> Isabelle GASQUET**

La présentation est axée sur les priorités du programme QSS & CAPCU.

Les résultats de l'indicateur « tenue du dossier médical » sont satisfaisants et conformes à la moyenne nationale dans tous les secteurs d'activité.

Les résultats de l'indicateur « dénutrition, niveau 1 (notification du poids dans le dossier du patient) » sont globalement satisfaisants, sauf en HAD. Par contre, le niveau 3 (notification du calcul de l'IMC (indice de masse corporelle) **ET** mention de la variation du poids avant l'hospitalisation) est très insuffisant, en particulier en MCO.

L'indicateur « évaluation de la douleur » a progressé, mais reste encore inférieur à la moyenne nationale, surtout en HAD. La douleur post-anesthésie en SSPI est un nouvel indicateur : sur un échantillon de 80 patients, 69% d'entre eux sortent de la SSPI avec un niveau de douleur inférieur à 3 sur une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable).

Malgré la progression très importante des résultats depuis 2010, les résultats relatifs à l'évaluation du risque d'escarre restent inférieurs aux résultats nationaux.

Au total, il faut améliorer, en priorité, la mesure de la dénutrition en HAD et SSR, l'évaluation de la douleur en SSR et HAD, l'évaluation du risque d'escarre en SSR

En 2015, seront mesurés les indicateurs de spécialité : accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, hémorragie du post-partum et hémodialyse. En 2016, sera ajoutée une évaluation de la qualité du document de sortie réalisé dès le jour de la sortie du patient, en remplacement du CRH qui était à envoyer aux médecins correspondants dans les 8 jours.

Le programme IFAQ 2014 a classé les hôpitaux sur la base de 3 critères : certification (PEP), indicateurs qualité et infections nosocomiales, informatisation du dossier patient. Trois sites ont été financés en raison de leurs résultats pour 1,050 M€ : Pitié-Salpêtrière, St Louis et R Debré. L'affectation effective de ces sommes est à confirmer, les montants obtenus pourraient être ciblés sur l'informatisation du

dossier patient, compte tenu de son intérêt pour l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins.

Le programme IFAQ 2015 est lancé, 45 millions € seront attribués contre 15 M€ dans IFAQ 2014. Il inclura des indicateurs de résultats issus du PMSI : thromboses / embolies post-prothèse de hanche et de genou S'y ajouteront des indicateurs de résultats d'infections nosocomiales. *A priori*, l'AP HP est bien positionnée sur les indicateurs de spécialité choisis. La dynamique est lancée, tous les GH AP-HP ont posé leur candidature.

Il est retenu de présenter les résultats en CME (même présentation) et d'inviter le D<sup>r</sup> TRELUYER à la QSS & CAPCU pour évoquer l'apport et le développement de l'informatisation sur ces sujets.

## 5. Point d'avancement du DPC à l'AP-HP, P<sup>r</sup> Daniel SERENI, D<sup>r</sup> Stéphane DAVID

Le rapport de l'IGAS d'avril 2014 avait conclu que le DPC était une usine à gaz, caractérisée par une inadéquation entre ambition et moyens mis en œuvre et par un pilotage difficile.

Suite à ce rapport, la DGOS a coordonné un groupe de travail qui devait simplifier le système et le rendre réaliste au regard des contraintes budgétaires.

A l'issue des réunions de concertation, les orientations suivantes ont été retenues :

- l'obligation de DPC demeure pour les praticiens, mais sur une base triennale ou quinquennale ;
- la démarche d'actualisation et d'amélioration des compétences inclut la formation médicale continue (FMC), qui est un droit, ET le DPC qui est une obligation :
  - La FMC comprend congrès, colloques, formations universitaires, formations transversales (anglais, gestion des risques...).
  - Le programme de DPC portera, tous les 3 à 5 ans, sur des priorités nationales qui relèvent, soit du « cœur de métier », soit d'enjeux de santé publique.
- Les collèges nationaux de pratique (CNP) auront un rôle capital dans la définition des priorités, des objectifs, des méthodes, qui devront être en conformité avec les méthodologies de la HAS.
- Le parcours individuel de DPC sera tracé dans un outil personnel, dit portfolio.

La Sécurité Sociale financera les actions prioritaires. Les autres actions (formation continue) seront financées par les employeurs, les organismes professionnels collecteurs agréés (OPCA), les fonds de formation.

Une nouvelle gouvernance est envisagée, tout aussi complexe... sous l'égide d'une agence plutôt que d'un organisme ; la gestion s'annonce encore compliquée.

Plusieurs questions restent sans réponse : quelle obligation minimale au cours des trois ans ? Quel parcours précis par un professionnel et quel mode d'exercice ? Quelles modifications des méthodes par la HAS ? Quelle place pour les EPP réalisées à l'hôpital ? Quelle répartition des financements ? Qui contrôle l'obligation, le conseil de l'ordre ? Quelles sanctions ? Comment établir l'insuffisance professionnelle ?

La DGOS va consulter les acteurs, soumettre les propositions pour arbitrage à la ministre, en vue d'une inscription du dispositif du DPC dans le projet de loi de santé. Quoi qu'il en soit, le dispositif DPC ne sera pas opérationnel avant 2016. Dans l'attente, le système actuel reste en vigueur, avec une certaine hétérogénéité selon les catégories de personnel et les spécialités. Pour le personnel infirmier par exemple, le constat d'échec est patent.

En ce qui concerne l'organisme de DPC (O-DPC) de l'AP-HP, de nombreux programmes de FMC ont été transformés en programmes de DPC. A ce jour, 84 programmes sont enregistrés sur le site O-GDPC et 1331 professionnels ont participé à un programme de DPC de l'AP-HP en 2014.

Enfin, un focus est fait sur un programme de simulation relatif à l'amélioration de la pratique de la ponction lombaire, qui constituera un programme DPC. Cinq 5 mannequins ont été acquis, en plus des 2 existants, et sont utilisés dans le cadre d'un dispositif de simulation par GH ou hôpital. Les mannequins présentent des spécificités (un dos obèse, un dos arthrosique, un dos de personne âgée). Le premier programme démarre à Cochin le 9 mars.

Compte-tenu de ces incertitudes, le DPC ne sera pas présenté à la CME de mars. A revoir pour une CME ultérieure, en fonction de l'avancement des travaux à l'échelon national.

### **3 Un hémovigilant à l'AP-HP, D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER**

Le décret du 12/09/2014 confirme le rôle important d'un correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (HvST), et précise que la CME doit être compétente en cette matière. Il a été proposé que le D<sup>r</sup> Nadia ROSENCHER assume désormais le rôle d'hémovigilant AP et soumette à la CME les sujets relatifs à l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle.

Le Dr Nadia ROSENCHER mentionne l'existence d'erreurs transfusionnelles de plus en plus fréquentes, alors que les structures d'hémovigilance sont en place dans les GH et que les formations sont réalisées.

Elle propose de réunir les correspondants d'HvST et les présidents des CSTH pour dresser le bilan des erreurs par type et envisager des solutions. A titre indicatif, elle a travaillé sur le site de Cochin avec le responsable de l'Hémovigilance : en un mois, ont été relevés trois événements indésirables au lit du patient, à chaque fois liés à un problème d'étiquetage (identitovigilance). Elle propose de revoir le dispositif de formation des infirmières et des médecins, notamment sur les seuils transfusionnels et sur les impacts des erreurs. Elle estime qu'il convient de monter un programme de formation large auprès de l'ensemble des prescripteurs de transfusion (internistes, hématologues,...).

Le sujet sera à inscrire à la CME, après organisation de la réunion des correspondants d'HvST et des présidents de CSTH.

#### 4- Invitations et thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et/ou CME

- **Thématiques et invités potentiels aux réunions QSS & CAPCU**
  - Programme de réhabilitation précoce, Dr Anissa BELBACHIR
  - Bilan des EIG / CORRUSS
  - Bilan des CRUQPC (DPUA)
  - Déploiement de la prescription informatisée et projet de logiciel de traçabilité des dispositifs médicaux implantables ; D<sup>r</sup> Laurent TRELUYER
  - Prescription en DCI : P<sup>rs</sup> Béatrice CRICKX et Philippe LECHAT (avril ?)
  - Amélioration de la prévention du risque suicidaire à l'hôpital (hors psychiatrie), D<sup>rs</sup> Nicolas DANTCHEV, Cédric LEMOGNE
  - L'équipe mobile plaies et cicatrisations : l'expérience de Rotschild (HUPE), Mme Sylvie MEAUME
  - Enjeux de la biologie délocalisée et bilan du déploiement de l'accréditation COFRAC ; Dr Rémy COUDERC + HEGP
  - Formation des internes ?
  - Pertinence des soins
  
- **CME du 10 mars 2015 (bureau du 25 février)**
  - Indicateurs de prévention des risques associés aux soins, D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER
  - Plan antibiotique AP-HP
  
- **CME du 14 avril 2015 (bureau du 25 mars)**
  - Qualité et sécurité du médicament : bilan, projets et indicateurs CBUS, Pr B. CRICKX, C. MONTAGNIER-PETRISSANS et Pr P. LECHAT.
  
- **CME du 12 mai 2015 (bureau du 29 avril)**
- **CME du 9 juin 2015 (bureau du 27 mai)**
- **CME du 7 juillet 2015 (bureau du 24 juin)**
  - Indicateurs nationaux 2013 qualité et sécurité des soins, D<sup>r</sup> Isabelle GASQUET