

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 21 novembre 2013, 17h30-19h30
– Relevé de décisions –**

Présents

D ^r Anissa BELBACHIR	CLUD-SP
M ^{me} Nadia BENZEKKI	Cabinet CME
P ^r Loïc CAPRON	Président de la CME
D ^r Rémy COUDERC	CME
P ^r Béatrice CRICKX	CME/RSMQ
D ^r Stéphane DAVID	DRH/DPC
D ^r Sandra FOURNIER	DMA-EOH
M ^{me} Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
P ^r Philippe LECHAT	COMÉDIMS
P ^r André LIENHART	COVIRiS
D ^r Nicole PERIER	DMA/QSS
D ^r Marie-Laure PIBAROT	DMA/QSS
M ^{me} Catherine RAVIER	Cabinet CME
P ^r Christian RICHARD	CME/CLIN/CGRAS
P ^r Daniel SERENI	DRH/DPC
M. Fred SOPTA	CSIRMT
D ^r Jean-Fabien ZAZZO	CLAN

Invités

M ^{me} Isabelle MOUNIER-EMEURY	DSPC
---	------

Excusés

D ^r Nicolas DANTCHEV	CME – 3CU
D ^r Anne GERVAIS	Vice-présidente de la CME
D ^r Olivier HENRY	CME – 3CU
M ^r Hubert JOSEPH-ANTOINE	DSPC
Pr Jean-Claude MELCHIOR	CLAN
Pr Gérard REACH	CME - Hospitalité
Mme Françoise ZANTMAN	DSAP

Ordre du jour

1/ Rôle du contrat de bon usage des produits de santé (CBUS) et de l'OMEDIT
dans l'amélioration de la QSS et le bon usage du médicament
Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS (DMA), Patricia LEGONIDEC (OMEDIT)

2/ Etat d'avancement du Développement professionnel continu (DPC)
Daniel SERENI et Stéphane DAVID

3/ Invitations et thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et/ou en CME

1/ Rôle du contrat de bon usage des produits de santé (CBUS) et de l'OMEDIT dans l'amélioration de la QSS et le bon usage du médicament

Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS (DMA), Patricia LEGONIDEC (OMEDIT)

Les OMEDIT (observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) ont été créés, dans chaque région, pour gérer le contrat de bon usage des médicaments. Ils assurent de plus une mission d'appui, d'une part des établissements de santé pour la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, d'autre part de l'ARS pour la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des dépenses au titre des produits de santé des listes. Leur financement est assuré par une MIG (mission d'intérêt général).

Composé de professionnels de santé, dont beaucoup sont issus de l'AP-HP, l'OMEDIT Ile de France est localisé depuis quelques semaines dans l'ancien hôpital Broussais. Son programme d'action inclut :

- un accompagnement des établissements de santé au bon usage des médicaments, par exemple la juste prescription des produits de santé innovants ou coûteux ;
- une aide à la contractualisation sur le bon usage des produits de santé (CBU), avec proposition d'une trame de rapport d'étape et analyse de l'ensemble des résultats des établissements d'île de France ;
- un accompagnement des démarches qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse par déploiement du retour d'expérience ;
- une expertise ponctuelle sur les sujets institutionnels, comme les travaux relatifs au schéma directeur des investissements hospitaliers régionaux (SDIRH).

Le rapport d'étape du CBU de l'AP-HP porte sur les six premiers mois de l'année 2013. Il associe deux types d'indicateurs :

- les indicateurs de la qualité et la sécurité de l'utilisation des médicaments, dont le bilan est le suivant :
 - le programme d'action AP recense 30 actions prioritaires à l'échelon central qui doivent être déclinées dans chaque GH. Il existe une trame commune de système documentaire.
 - La fabrication des anticancéreux injectables est centralisée dans 87% des hôpitaux, elle reste incomplète à Avicenne et en HAD et n'est pas conforme aux bonnes pratiques à Beaujon et au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.
 - En ce qui concerne la gestion des risques, environ 7800 personnes ont été formées en 2 ans, une analyse *a priori* des risques a été réalisée dans 100% des PUI et 90% des unités de soins. Huit cent quatre-vingt-quatre événements indésirables et erreurs médicamenteuses ont été déclarés sur OSIRIS, dont environ 120 ont fait l'objet d'une analyse systémique, avec trois fois sur quatre un partage d'expérience auprès de l'ensemble des personnels concernés et de l'établissement. Le bilan n'a été présenté en CMEL que dans la moitié des cas.
- les indicateurs relatifs au bon usage des produits de santé facturables en sus des GHS, qui montrent une augmentation de 7% des dépenses de médicaments et

dispositifs médicaux implantables. En moyenne 12% des médicaments sont utilisés dans des situations cliniques hors référentiels (entre 0% et 40%, selon les spécialités).

Si tous les hôpitaux se sont impliqués, la qualité des réponses est inégale d'un hôpital à l'autre. Le rapport devra être complété au 1^{er} trimestre 2014 sur les points suivants : suivi du programme d'actions, bilan des analyses *a posteriori* à présenter en CME(L), définition d'une politique institutionnelle concernant l'utilisation des produits de santé hors référentiels associée à un programme d'action, poursuite de la mise en conformité des unités de préparation des anticancéreux.

L'organisation est complexe, la participation de C. MONTAGNIER-PETRISSANS à l'OMEDIT permet un début de simplification administrative. Le rôle des différents acteurs mérite d'être explicité, notamment la place respective des pharmacovigilants, des responsables médicaments (RSMQ) et des COMEDIMS. Il est retenu de solliciter la participation d'un pharmacien aux réunions de la cellule QSS & CAPCU et de réaliser une seule présentation annuelle en CME, intégrant les différents aspects de la politique QSS du médicament.

2/ Etat d'avancement du DPC, Pr Daniel SERENI et Dr Stéphane DAVID

Le DPC peine à se mettre en place. Le bilan réalisé à l'échelon national montre qu'en 2013 moins de 90 000 professionnels de santé (sur 1 million) se sont inscrits sur le site de l'organisme de gestion du DPC (OGDPC). Sur les 17 millions € provenant de la taxe de l'industrie et versés par l'OGDPC, seulement 20% ont été utilisés. Enfin, Le processus de déploiement est ralenti par la mise en œuvre d'une mission IGAS dont Il est attendu une simplification et un assouplissement des exigences.

Dans les CHU, l'enjeu est l'interface avec les facultés de médecine et plus globalement l'université. Dans la majorité des cas, la faculté et le CHU ont déposé, chacun de leur côté, une demande pour être organisme de DPC (O-DPC). Certains (Lyon, Bordeaux) ont signé une convention entre la faculté et le CHU. Par ailleurs, un protocole d'accord a été signé entre la FSM (fédération des spécialités médicales), les conférences des présidents de CME et de directeurs d'hôpitaux. Leur objectif est de développer des programmes de DPC « communs », permettant de valoriser (et financer) la participation au congrès (partie cognitive) et de réaliser la démarche d'évaluation (RMM...), au sein de l'établissement, avec reversement d'une centaine € à ce dernier.

A l'AP-HP, l'organisation se précise : outre le comité directeur, a été mise en place une cellule de coordination qui s'est déjà réunie deux fois. Des rencontres sont organisées avec les GH, les commissions scientifiques de l'O-DPC seront réunies le 23 janvier. Une rencontre avec les doyens est prévue début janvier pour discuter des collaborations possibles. La demande d'O-DPC de l'AP-HP est prolongée de façon transitoire, les formations 2013 et les premiers programmes de DPC seront tous agréés. Par ailleurs, un travail d'informatisation réalisé en interne est en cours. Une plateforme de saisie des programmes de DPC est quasi-finalisée : elle permettra d'enregistrer les divers programmes développés par les GH. L'enjeu est de réaliser les interfaces opérationnelles avec les bases de données existantes (RH et AP²).

Il est retenu que cet état des lieux sera présenté en CME, en complétant la présentation par les modalités pratiques de réalisation.

3/ Point d'information sur la certification

Le GH Cochin a reçu les résultats de la procédure de certification. Il est en sursis de certification.

4/ Invitations et thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU

- Soins palliatifs : les projets prioritaires du CLUD-SP – 19 décembre
- Invitation du Pr Benoit VALLET, directeur général de la santé
- Enquête CERAVÉR – 16 janvier
- Enquête de prévalence des IN
- Enquête de prévalence escarres
- Prévention des céphalées post-PL
- Résultats AP-HP des indicateurs nationaux qualité (IPAQSS) et projet IFAQ (incitations financières à la qualité)

Thématiques QSS & CAPCU à présenter en CME

- ***CME du 10 décembre (bureau du 27 novembre)***
 - Point sur la mise en place du plan de développement professionnel continu (DPC) des professions médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques (P^f Daniel SERENI, D^f Stéphane DAVID)
- ***CME du 14 janvier 2014 (bureau du 18 décembre)***
 - Gestion médico-administrative des événements indésirables graves (P^f Christian RICHARD)
- ***CME du 11 février 2014 (bureau du 29 janvier)***
 - Prévention des céphalées post-ponctions lombaires (D^f Anissa BELBACHIR)
- ***CME du 11 mars 2014 (bureau du 26 février)***
 - Rapport de la commission chargée des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS, P^f Philippe LECHAT) ; bilan annuel sur la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse, incluant le contrat de bon usage (P^f Béatrice CRICKX et Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS)
- ***CME du 8 avril 2014 (bureau du 26 mars)***
- ***CME du 13 mai 2014 (bureau du 30 avril)***
- ***CME Réunion du 10 juin 2014 (bureau du 28 mai)***
 - Bilan annuel du programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) (P^f Christian RICHARD, D^f Marie-Laure PIBAROT)