

Commission médicale d'établissement et  
direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'AP-HP

**Cellule d'appui de la 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 24 mai 2017, 17h30-19h**

**– Relevé de décisions –**

**Présents :**

- |   |                      |
|---|----------------------|
| • M. Nour AMMAR-KHODJA                    | DSAP                 |
| • M <sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT        | DPUA                 |
| • M <sup>me</sup> Véronique BINET-DECAMPS | DOMU/Q-Certification |
| • D <sup>r</sup> Rémy COUDERC             | CME                  |
| • M <sup>me</sup> Dafne CRUCHON           | CSIRMT               |
| • M. Jean-Eudes FONTAN                    | CME                  |
| • P <sup>f</sup> Noël GARABEDIAN          | Président de la CME  |
| • D <sup>r</sup> Anne GERVAIS             | Vice-présidente CME  |
| • M <sup>me</sup> Pauline MAISANI         | DOMU/Q-GdR           |
| • D <sup>r</sup> Christine MANGIN         | DOMU/Q-GdR           |
| • M <sup>me</sup> Catherine RAVIER        | Cabinet CME          |
| • P <sup>f</sup> Christian RICHARD        | CME/CLIN/CGRAS       |
| • P <sup>f</sup> Daniel SERENI            | DRH/DPC              |
| • D <sup>r</sup> Catherine Tessier        | CLAN                 |

**Excusés :**

- |                                       |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| • D <sup>r</sup> Anissa BELBACHIR     | CLUD-SP             |
| • D <sup>r</sup> Marie BORNES         | CME                 |
| • P <sup>f</sup> Béatrice CRICKX      | CME/RSMQ            |
| • D <sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV     | CME/CVH             |
| • D <sup>r</sup> Stéphane DAVID       | DRH/DPC             |
| • D <sup>r</sup> Sandra FOURNIER      | DOMU/EOH            |
| • P <sup>f</sup> Philippe LECHAT      | COMÉDIMS            |
| • P <sup>f</sup> Jean-Claude MELCHIOR | CLAN                |
| • D <sup>r</sup> Nadia ROSENCHER      | Hémovigilante /DOMU |
| • D <sup>r</sup> Laurent TRELUYER     | DSI                 |
| • M. LAURENT VAUTIER                  | CSIRMT              |
| • D <sup>r</sup> Pascale VINANT       |                     |
| • P <sup>f</sup> Daniel VITTECOQ      | COMAI               |
| • M <sup>me</sup> Françoise ZANTMAN   | DSAP                |

**Invités :**

- M. Richard AGNETTI
- P<sup>f</sup> Sadek BELOUCIF
- P<sup>f</sup> Jean-Marc FÉRON

1. Pertinence des soins : enjeux et projets en cours, P<sup>f</sup> Sadek BELOUCIF et M<sup>me</sup> Pauline MAISANI
2. Patient traceur : méthodologie et enjeux, P<sup>f</sup> Christian RICHARD et M<sup>me</sup> Véronique BINET-DECAMPS
3. Questions diverses :
  - Thématiques Qss & CAPCU à présenter en cellule Qss & CAPCU et à la CME

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

### **1. Pertinence des soins : enjeux et projets en cours, P<sup>rs</sup> Sadek BELOUCIF et Jean-Marc FERON et M<sup>me</sup> Pauline MAISANI**

La démarche de pertinence des soins relève d'une démarche nationale avec déclinaison régionale et s'appuie sur le décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). L'ARS d'Île-de-France a lancé sa démarche « pertinence des soins ». L'objectif est d'améliorer la pertinence des soins dans une logique de parcours: Il s'agit de s'appuyer sur des recommandations claires des sociétés savantes, d'analyser les données, d'éditer les « profils » des établissements et de sensibiliser sur les pratiques atypiques pour corriger les écarts.

Le cas échéant, il peut y avoir une contrainte de la tutelle : mise sous accord préalable (MSAP), CAQES, CPOM.

L'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins a été mise en place (IRAPS) avec un programme de travail 2015 - 2017. L'IRAPS concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche. L'ARS, l'AP-HP, l'URPS, les fédérations et l'Assurance maladie participent à cette instance.

Les priorités nationales de la CNAMTS(MSAP) sont : les appendicectomies, les cholécystectomies, la chirurgie du canal carpien, les thyroïdectomies, la chirurgie bariatrique.

S'y ajoutent les priorités régionales qui sont :

- Le taux de césarienne programmée à terme
- Le taux d'angioplastie coronaire en dehors des cas d'infarctus du myocarde
- La pertinence de l'utilisation des équipements lourds
- La pertinence de la prise en charge des résidents en ÉHPAD
- Les hospitalisations et ré-hospitalisation potentiellement évitables chez les patients insuffisants cardiaques et les patients PBCO
- Le délai de prise en charge chirurgicale de la fracture du col du fémur
- Le recours à l'HAD et la prolongation du séjour en HAD
- Les AVC avec thrombectomies.

#### **La prise en charge des fractures du col du fémur**

Il existe des recommandations des sociétés savantes avec une validation scientifique et des recommandations institutionnelles (respect des bonnes pratiques, évaluation – accréditation des spécialités à risques - adéquation aux objectifs de santé publique). Des recommandations nationales existent dans de nombreux pays, notamment de la communauté européenne. En France, il n'y a pas de recommandations nationales mais une adhésion récente aux recommandations de l'Union européenne (EULAR/EFORT). L'organisation d'un parcours « ortho gériatrique » fait partie des recommandations en cours de validation avec la HAS.

Les points clés d'un tel parcours sont : l'organisation du parcours de l'accueil aux urgences jusqu'à la planification de sortie du patient, les soins préopératoires et post opératoires et le relais hôpital-ville.

Un audit des pratiques est nécessaire afin de savoir ce qui est en place : organisation ortho-gériatrique, filière formalisée, délai d'intervention, activité, DMS, mode de sortie, mortalité à 30 jours, taux de réadmission. Dans cette perspective, il est proposé de mener une enquête une semaine donnée à l'automne, avec l'appui du DIM et d'épidémiologistes. Le nombre d'items doit être suffisant pour être informatifs mais limités pour permettre une collecte exhaustive. Un appui de l'ARS en termes de ressources sera sollicité.

Il existe 4 unités post-opératoires gériatriques (UPOG) labellisées à l'AP-HP. Ce parcours est souvent retenu pour réaliser un patient traceur. Des délais de prise en charge chirurgicale d'une fracture du col du fémur existent, peuvent s'expliquer pour des raisons médicales mais restent difficilement acceptables pour des raisons organisationnelles : organisation générale des blocs opératoires, priorisation des interventions chirurgicales, compatibilité avec les centres de prise en charge des polytraumatisés par exemple. La mission de service public de l'AP-HP est également évoquée ainsi que la nécessité d'articuler les prises en charge de proximité et les prises en charges de recours.

À l'issue de la discussion, l'intérêt du sujet est confirmé à plusieurs titres : pour aborder la démarche de pertinence des soins à travers un parcours précis ; pour rejoindre les travaux par ailleurs en cours sur la thématique de l'attractivité de l'AP-HP pour les médecins ; pour appuyer les travaux réalisés dans le groupe de travail *Chirurgie* (rapport HANNOUN).

## **2. Patient traceur : méthodologie et enjeux, P<sup>r</sup> Christian RICHARD et M<sup>me</sup> Véronique BINET-DÉCAMPS**

**Le patient traceur est une méthode d'évaluation** introduite avec la certification HAS et utilisée par les GH. Il s'agit d'une méthode d'analyse rétrospective du parcours de soins complet d'un patient en couplant une analyse du dossier, des interviews des différents professionnels ayant participé à la prise en charge et le recueil de l'expérience patient. Il ne s'agit pas d'une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient ou du suivi physique du patient durant tout son parcours. Cette méthode nécessite l'identification des animateurs, une sélection du patient et l'information du patient avec le recueil de son accord.

Un patient traceur nécessite 2 à 3 heures de temps pour sa réalisation, se réalise dans l'unité de soins où est présent le patient, à l'aide de grilles d'entretien pour les professionnels et pour le patient ou son entourage. La grille d'entretien pour les professionnels reprend les exigences du manuel de certification : modalités d'admission et d'accueil dans le service, identification du patient, traitement de la douleur, évaluation continue de l'état de santé du patient, examens complémentaires réalisés, passage au bloc opératoire, prise en charge médicamenteuse. Cette grille d'entretien ne comporte pas d'élément clinique.

Pour la méthodologie HAS, il s'agit de préférence d'un patient dont la situation clinique est complexe ou avec des modes de prise en charge diversifiés, dont le parcours de soins présente de nombreuses interfaces (intervenants internes/externes) et proche de la sortie. Par exemple : chirurgie ortho traumatologie, traitement du cancer par chimiothérapie, transplantation d'organe, gériatrie/affections poly pathologiques et/ou troubles cognitifs.

Mais le nombre de patients traceurs et les profils des patients peuvent également être choisis selon l'activité de l'établissement : taille, parcours et filières, fréquence des prises en charge, risques liés à certaines activités, activité innovante, priorités de santé publique, pathologies, plaintes et réclamations, événements indésirables.

### **Quelles sont les opportunités de cette méthode d'évaluation?**

- En faire un outil pour sécuriser ou fluidifier les parcours de soins : quels acteurs mobiliser ?
- Former les professionnels à la méthode : il s'agit d'une méthode reconnue parmi les méthodes de DPC
- Communiquer sur le sujet
- Associer les représentants des usagers
- Pérenniser la démarche : comment suivre les plans d'action et mesurer leur impact ?
- Introduire des éléments cliniques dans le choix des parcours et les items de la grille d'entretien en faisant du lien avec les événements indésirables, les indicateurs de résultats, la pertinence des soins, le raisonnement clinique partagé, les sujets de recherche.

La cellule QSS & CAPCU décide d'amplifier cette démarche, facilement adoptée par les professionnels, qui permet la participation de tous, apporte la parole du patient, rend visible également ce qui est bien fait, et qui reflète la « vraie vie ».

Deux actions sont à déployer :

- un courrier adressé aux présidents de CMEL, directeurs et directeurs des soins des GH co-signé par le directeur général et le président de CME demandant aux présidents des commissions QSS & CAPCU des GH de développer ou de poursuivre les patients traceurs sur des parcours et de communiquer les parcours identifiés ;
- l'organisation d'une journée de partage d'expérience autour des patients traceurs développés dans les GH.

### **3. Thématiques QSS & CAPCU à débattre en cellule QSS & CAPCU et à la CME : le calendrier des présentations est mis à jour.**