

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 des conditions d'accueil et prise en charge des usagers
(CAPCU)**

**Réunion du 21 février 2013, 17h30-19h30
– Relevé de décisions**

Présents

D ^r Anissa BELBACHIR	CLUD
P ^r Loïc CAPRON	Président de la CME
D ^r Rémy COUDERC	CME
P ^r Béatrice CRICKX	CME / RSMQ
D ^r Nicolas DANTCHEV	CME – 3CU
D ^r Stéphane DAVID	DRH
D ^r Sandra FOURNIER	EOH centrale
M ^{me} Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
P ^r Philippe LECHAT	COMÉDIMs
P ^r Jean-Claude MELCHIOR	CLAN
D ^r Nicole PERIER	DMA
D ^r Marie-Laure PIBAROT	DMA
M ^{me} Catherine RAVIER	Cabinet CME
P ^r Christian RICHARD	CME / CLIN / CGRAS
D ^r Georges SEBBANE	Vice-président de la CME
P ^r Daniel SERENI	DRH
M ^{me} Roselyne VASSEUR	DSAP

Invitée

Laurence VO-DINH	DSPC
------------------	------

Excusés

D ^r Olivier HENRY	CME – 3CU
M. Hubert JOSEPH-ANTOINE	DSPC
M ^{me} Karima LAKHALALKI-NFISSI	CSIRMT
P ^r André LIENHART	CVRiS
P ^r Gérard REACH	CME - Hospitalité
D ^r Jean-Fabien ZAZZO	CLAN

Ordre du jour

- Programme de travail QSS & CAPCU 2013
- Thématiques prioritaires
 - o Coordination du DPC médical
 - o Gestion des EIG : procédure de recueil, d'instruction et de traitement
 - o Gestion par la CME des résultats de la certification
 - o Indicateurs suivis par la CME
- Modalités de fonctionnement de la cellule QSS & CAPCU
- Sujets urgents
- Programmation des thèmes QSS & CAPCU présentés en CME et des invitations aux réunions de la cellule CME

Programme de travail QSS & CAPCU

Le PCME rappelle que la priorité absolue est d'établir le programme d'action QSS & CAPCU de la CME pour le présenter à la CME du 14 mai, et ensuite au directoire puis au conseil de surveillance du 6 juin 2013.

Coordination du DPC

Le DPC est un sujet d'actualité, chaque praticien doit savoir comment répondre à ses obligations. L'information portera, en 2013, sur les modalités pratiques et l'engagement de l'AP-HP.

En ce qui concerne le financement du DPC, la ministre de la santé a confirmé dans sa réponse aux fédérations et aux conférences des présidents de CME que, sur les 102 millions donnés par l'industrie, 17 millions seront attribués aux médecins hospitaliers. *In fine*, chaque praticien de l'AP-HP bénéficiera d'environ 400 € pour financer son DPC.

L'AP-HP a choisi d'être organisme de DPC (O-DPC), ce qui est essentiel pour gérer le DPC des personnels paramédicaux. Les 7 universités parisiennes devront aussi être O-DPC pour valider le DPC de ceux qui participent et/ou animent des diplômes universitaires. Le comité stratégique DPC prévoit de rencontrer le P^r Benoit SCHLEMMER pour discuter de l'intérêt et des modalités de partenariat entre l'AP-HP et les universités.

En ce qui concerne la coordination du DPC médical (c'est-à-dire des médecins, pharmaciens, odontologistes et maïeuticiens), le président de la CME doit, par l'intermédiaire de la cellule QSS & CAPCU, conjuguer les ressources venant de deux directions fonctionnelles : la DRH pour la formation continue des médecins et pour la liaison avec le DPC paramédical, la DMA (direction médico-administrative) pour l'EPP (évaluation des pratiques personnelles/professionnelles médicales). Bien que déjà bien engagée, cette collaboration doit encore être améliorée, tant dans ses aspects conceptuels qu'opérationnels.

Gestion des EIG : procédure de recueil, d'instruction et de traitement

Deux EIG ont fait récemment l'objet d'une crise médiatique et tous les services y sont potentiellement exposés. De multiples structures médicales et administratives, locales et centrales, ont été impliquées dans leur gestion. La bonne organisation relève d'une responsabilité conjointe DG-PCME/DGH-PCMEL et une procédure de recueil, analyse et traitement évitant les redondances, précisant l'articulation entre l'échelon central et celui des GH doit être établie. Elle devra éviter les violations du secret médical et s'assurer que les CME(L) sont effectivement impliquées.

Il est retenu d'interroger la direction des affaires juridiques (DAJ) et l'Ordre national des médecins (P^r Rolland PARC) sur les conditions d'accès aux informations médicales.

Gestion par la CME des résultats de la certification

La CME doit avoir connaissance des réserves faites à la suite à la certification des GH et être informée des évolutions de la certification prévues pour la prochaine itération (2014-2018).

Indicateurs suivis par la CME

Un nombre limité d'indicateurs QSS spécialement suivis par la CME doit être choisi parmi les nombreux indicateurs disponibles. Il est retenu de sélectionner deux

indicateurs par thème. Les propositions seront discutées lors de la prochaine réunion de la cellule CME QSS & CAPCU.

Modalités de fonctionnement de la cellule QSS & CAPCU

La gestion idoine et efficace des questions touchant à la QSS & CAPCU exige une synergie entre les échelons central (directions du Siège et CME) et local (direction du GH et CMEL). Il faut en établir les règles claires.

A ce jour, il existe, à l'échelon central et dans chaque GH, des commissions QSS (CLIN, COMEDIMS, CVRIS, CLAN, CLUD). Les présidents des commissions QSS des GH sont membres de droit des commissions centrales et les réseaux d'équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), des responsables du système de management de la qualité de la prise en charge du médicament (RSMQ)) sont réunis régulièrement.

La loi HPST stipule que le programme d'action QSS & CAPCU prend en compte le rapport de la CRuqPC. Il importe donc que le PCME et la cellule CME QSS & CAPCU puissent disposer du rapport de la CRuqPC centrale pour élaborer le programme d'actions QSS. Il est par ailleurs proposé que les représentants de la CME à la 3-CU relayent les préoccupations de la CME auprès de la CRuqPC.

Sujet urgent

La circulaire budgétaire de mars 2012 permet de bénéficier d'une mission d'intérêt générale (MIG), destinée à financer un programme de formation à la gestion des risques et aux démarche de retour d'expérience pour les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), les responsables du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ), les présidents de CVRIS et les directeurs qualité. Il est prévu une gestion centralisée de ces programmes de formation pour l'ensemble des GH.

L'instruction DGOS du 28 septembre 2012 relative à la mise en place de démarches de retour d'expérience soumet l'attribution en 2013 de la 2^{ème} délégation budgétaire à l'engagement écrit du directeur et du PCME auprès du directeur de l'ARS dans la mise en place effective de ces retours d'expérience.

Liste et programmation des sujets QSS & CAPCU présentés en CME et des invitations aux réunions de la cellule

▪ Sujets QSS & CAPCU présentés en CME

Deux des sujets prioritaires seront à l'ordre du jour de la CME de mars : gestion des EIG et point d'étape sur le DPC.

▪ Programmation des thèmes et invitations pour la prochaine réunion du 21 mars de la cellule CME QSS & CAPCU :

- Le Pr Eric LEPAGE sera sollicité pour présenter le sujet suivant : Comment l'informatique peut-elle améliorer la qualité et la sécurité des soins ?
- Autres sujets à traiter (sans dates actuellement retenues) :
 - o Présentation des résultats de la mission d'audit sur l'organisation de la gestion des risques associés aux soins dans les GH, par M. Michel BILLIS (direction de l'inspection et de l'audit).
 - o Organisation d'une présentation sur l'accréditation des laboratoires, à la demande du D^r Rémy COUDERC.

**La prochaine réunion se tiendra le jeudi 21 mars 17h30-19h30,
Salle Xavier Leclainche**

Ordre du jour prévisionnel :

Programme d'action QSS & CAPCU de la CME : les indicateurs suivis par la CME

Présentation de la plaquette d'information : Le DPC, en quelques mots

Invité : Pr Eric LEPAGE : Comment l'informatique peut-elle améliorer la qualité et sécurité des soins ?

Questions diverses :

- validation du CR précédent
- programmation des présentations lors des prochaines CME
- programmation des invitations à la cellule CME QSS & CAPCU

Annexe**Rappel des obligations de la CME en matière de QSS & CAPCU, inscrites dans le Code de la santé publique**Article D6143-37

« Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de 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, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu de l'article L6144-1. »

Article L6144-1

« Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de 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 ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [CRUQPC].

Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

Article D6143-37-2

« Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. À cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

1. Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
2. Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;

3. Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
4. Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu [DPC] des personnels médicaux ;
5. Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement. »