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 11 avril 2018, 17h30-19h
## – Relevé de décisions –

**Présents** :

- M. Nour AMMAR-KHODJA — DSAP
- Mme Véronique BINET-DECAMPS — DOMU/Q-Certification
- Pr Béatrice CRICKX — CME/RSMQ
- Mme Dafne CRUCHON — CSIRMT
- Dr Jean-Eudes FONTAN — CME
- Pr Noël GARABÉDIAN — Président de la CME
- Dr Anne GERVAIS — Vice-présidente CME
- Mme Christine GUÉRI — DOMU/Q-GdR
- Pr Philippe LECHAT — COMÉDIMS
- Dr Christine MANGIN — DOMU/Q-GdR
- Pr Jean-Claude MELCHIOR — CLAN
- M. Loïc MORVAN — DSAP
- Mme Catherine RAVIER — Cabinet CME
- Pr Christian RICHARD — CME/CLIN/CGRAS
- Dr Catherine TESSIER — CLAN
- Pr Daniel VITTECOQ — COMAI

**Excusés :**

- Pr Jean-Yves ARTIGOU — Président du comité du DPC de la CME
- Dr Anissa BELBACHIR — CLUD-SP
- Mme Sophie BENTEGEAT — DPUA
- Dr Marie BORNES — CME
- Dr Rémy COUDERC — CME
- Dr Stéphane DAVID — DRH/DPC
- Dr Sandra FOURNIER — DOMU/EOH
- Pr Serge HERSON — Hémovigilance
- Dr Édith PEYAUD-DEBAYLE — Hémovigilance/DOMU
- Dr Laurent TRELUYER — DSI
- M. Laurent VAUTIER — CSIRMT
- Mme Françoise ZANTMAN — DSAP

**Ordre du jour :**

1. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) : bilan 2017 - Pr Béatrice CRICKX, responsable du système de management de la qualité de la PECM, Véronique BINET-DÉCAMPS (département qualité et gestion des Risques, DOMU)
2. La visite de risques : un outil stratégique pour la gestion des risques cliniques – Dr Christine MANGIN (département qualité et gestion des Risques, DOMU)
3. Questions diverses
   - Thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

## 1. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) : bilan 2017 - Pr Béatrice CRICKX, responsable du système de management de la qualité de la PECM, Véronique BINET-DÉCAMPS (département qualité et gestion des risques, DOMU)

**Bilan 2017 du programme d'actions**

Le président de la commission remercie le Pr Béatrice CRICKX pour son travail sur la prise en charge médicamenteuse.

Le management de la prise en charge médicamenteuse (PECM) repose sur la coordination des actions entre la COMÉDIMS (bon usage et pertinence), le programme d'actions QSS & CAPCU piloté par le président de la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et la politique qualité et sécurité des soins de l'AP-HP. Les responsables du système de management de la PECM et de la cellule d'appui de la DOMU assurent cette coordination.

**Bilan 20107 du programme d'actions**

Le programme 2017 avait des axes communs à tous les GH : poursuivre le déploiement des démarches de retour d'expérience (CREX), accompagner les GH dans leurs visites de certification V2014, prendre en compte les facteurs humains et organisationnels dans les erreurs médicamenteuses.

Les résultats : un CREX traitant des erreurs médicamenteuses existe dans tous les GH et/ou sites, une seule réserve sur la PECM a été prononcée sur 16 GH ou hôpitaux hors GH (levée depuis juin 2017) lors des visites de certification V2014, les signalements d'erreurs médicamenteuse sont en forte augmentation : + 22 % dans OSIRIS (soit 2 637 erreurs médicamenteuses signalées) et doublement du nombre d'ÉIG signalés entre 2016 et 2017 (N en 2016 = 23 et N en 2017 = 44)

Les erreurs médicamenteuses perdurent ou se renouvellent en lien avec :

- Des facteurs organisationnels : travail en équipe difficile et *leadership* inadapté, communication insuffisante dans les équipes et aux interfaces intra hôpital et ville-hôpital, impact d'un nouveau matériel sur les organisations non pris en compte ;
- Des facteurs humains : fatigue, routine, absence d'identification des situations nécessitant une augmentation de vigilance, non-respect d'une procédure non réalisable en pratique, absence de culture du doute…

**ÉIG 2017**

Les ÉIG « médicament », ou erreurs médicamenteuses (EM) arrivent en 2e position, après les dispositifs médicaux et représentent 23 % des ÉIG en 2017 (soit n = 44 sur 194 ÉIG contre n = 23 en 2016). 65 % concernent des *never event* qui restent un axe de travail prioritaire. Il s'agit notamment des médicaments de l'anesthésie-réanimation (adrénaline et noradrénaline) , des anticoagulants, du KCL (uniquement en réanimation), des chimiothérapies, de l' insuline , des gaz médicaux et de la morphine (définit comme *never event* AP-HP). 60 % de ces ÉIG sont connus par la pharmacovigilance, nécessitant de renforcer l'articulation entre la pharmacovigilance et les ÉIG. Ces ÉIG sont responsable de décès dans 11 % des cas.

Quelques exemples :

- chocs anaphylactiques à la pénicilline chez des patients allergiques connus ;
- méthotrexate par voie orale: prescription de prises quotidiennes au lieu d'hebdomadaires ;
- erreur d'administration de KCl dans une poche de dialyse ;
- cristallurie avec I. rénale aiguë au cours de traitement à fortes doses d'amoxicilline ;
- extravasation du fer injectable avec pigmentation séquellaire.

14 analyses d'ÉIG sont disponibles : ces EM sont toutes évitables (sauf les 2 chocs anaphylactiques), 70 % des erreurs sont en lien avec l'administration médicale et paramédicale et parfois avec un dispositif médical concerné (seringue électrique), l'administration restant le maillon faible dont il nous faut sécuriser la pratique. 3 EM sont en lien avec des étudiants (étudiant en soins infirmier ou interne) et concerne la délégation de tâche, tant dans la prescription que dans l'administration.

Les principales actions dans les GH ont été des actions de formation et de sécurisation du stockage.

**Les actions pour 2018**

- Chercher à impliquer davantage le patient dans sa prise en charge
- Amplifier les démarches de retour d'expérience par l'encouragement du signalement des EM notamment les ÉIG, la prise en compte les facteurs organisationnels et humains dans les analyses, la mutualisation des analyses, des recommandations et plans d'actions, le soutien des CREX des GH
- Développer des outil(s) complémentaire(s) d'identification des risques (ex. : visite de risque)
- Entamer une démarche SMQ relative aux DMS
- Soutenir les démarches innovantes : médicaments dans parcours art.51, conciliation…
- Construire une démarche globale et coordonnée sur l'ensemble des champs de la prise en charge médicamenteuse et des DMS (CAQES, pharmacie clinique, ville-hôpital…) en lien avec les différents acteurs (COMÉDIMS, CCIV, COVIRIS, CME, CSIRMT, 3CU…)

## 2. La visite de risques : un outil stratégique pour la gestion des risques cliniques – Dr Christine MANGIN, département qualité-gestion des risques (DOMU)

L'objectif est de proposer un outil stratégique de gestion des risques cliniques à l'AP-HP, standardisé et rapide à mettre en œuvre.

La visite de risques est une démarche innovante, pragmatique et bienveillante, permettant sur un temps court d'identifier les risques principaux et une appréciation de l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques en place. Ce n'est pas une inspection ou un contrôle, une revue de conformité par rapport à des normes, une cartographie des processus ou des risques, une démarche d'experts métier.

Une visite de risques a été testée, selon le modèle de la SHAM (société d'assurance des établissements de santé), dans un GH de l'AP-HP. Puis cet outil a été adapté pour l'AP-HP en modifiant les méthodes de visite et en complétant le référentiel avec les ÉIG, les contentieux AP-HP et des risques cliniques identifiés par l'expertise des professionnels (experts et sociétés savantes). Une visite « modèle AP-HP » a été réalisée sur 2e GH volontaires.

La visite de risques est réalisée par 2 visiteurs AP-HP hors GH dont un médecin ou pharmacien. Elle comporte 3 étapes : une préparation (étude de documents ciblés transmis par le GH), une visite des services avec rencontre des professionnels avec une restitution et un rapport complet dans un deuxième temps. Après deux visites, les résultats ont montrés : une appréciation du niveau de sécurisation du service ou secteur à risques, des recommandations émises, la pertinence de l'outil et la valorisation des résultats dans les autres démarches qualité et gestion des risques (interne et externe).le retour des équipes cliniques inclues dans l'expérimentation est très positif, la méthode est rapide et pragmatique, aucun travail demandé pour les services.

Quelques éléments de contexte sur les risques à l'AP-HP :

- au 16/03/2018, dans les décisions faisant suite à la démarche de certification de la V2014, les deux thématiques les plus fréquentes sont la prise en charge médicamenteuse (PECM) et le bloc opératoire ;

- dans le bilan des ÉIG 2017 (194), la PECM représente 23 % des ÉIG et le bloc opératoire 16 % des ÉIG (31). 9 blocs opératoires sur 21 ne signalement pas d'ÉIG de même que 14 sites de SSR/SLD sur 18 ;
- le bilan de la sinistralité 2016 montre que 67 % des dossiers ouverts en 2016 impliquent un acte chirurgical.

Un déploiement institutionnel de cet outil est proposé avec une visite pour chaque GH, entre septembre 2018 et décembre 2019. Trois visites « ciblées » sont proposées : prise en charge médicamenteuse, bloc opératoire et secteurs d'activité SSR/SLD. L'engagement des GH est attendu pour la fin du mois de mai 2018 (thématique et période).

**Discussion**

Les précisions concernant les visiteurs sont en cours de validation pour permettre leur recrutement. Au bloc opératoire, tous les métiers sont rencontrés de manière collective. Un service qui souhaite réaliser une visite de risque s'adressera à la direction qualité-risque de son GH. La démarche nécessite une explication claire pour qu'il n'y ait pas de confusion avec d'autres démarches d'évaluation ou d'inspection. Des exemples faciliteraient la compréhension. Une présentation en CME est décidée.

## 3. Questions diverses

a. Une alerte est donnée sur les vacances de poste dans l'équipe opérationnelle d'hygiène de Saint-Antoine avec une épidémie de BHRe sur site.

b. Thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME.