

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 15 novembre 2017, 17h30-19h  
Relevé de décisions**

**Présents :**

- M. Nour AMMAR-KHODJA DSAP
- P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX CME/RSMQ
- 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 de la CME
- P<sup>f</sup> Philippe LECHAT COMÉDIMS
- D<sup>r</sup> Christine MANGIN DOMU/Q-GdR
- P<sup>f</sup> Jean-Claude MELCHIOR CLAN
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER Cabinet CME
- P<sup>f</sup> Christian RICHARD CME/CLIN/CGRAS
- D<sup>r</sup> Catherine TESSIER CLAN
- P<sup>f</sup> Daniel VITTECOQ COMAI

**Excusés :**

- D<sup>r</sup> Anissa BELBACHIR CLUD-SP
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT DPUA
- M<sup>me</sup> Véronique BINET-DECAMPS DOMU/Q-Certification
- D<sup>r</sup> Marie BORNES CME
- D<sup>r</sup> Rémy COUDERC CME
- D<sup>r</sup> Stéphane DAVID DRH/DPC
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER DOMU/ÉOH
- P<sup>f</sup> Serge HERSON Hémovigilance / DOMU
- M<sup>me</sup> Pauline MAISANI DOMU/Q-GdR
- M. Loïc MORVAN DSAP
- D<sup>r</sup> Édith PEYAUD-DEBAYLE Hémovigilance/ DOMU
- D<sup>r</sup> Laurent TRELUYER DSI
- M. LAURENT VAUTIER CSIRMT
- D<sup>r</sup> Pascale VINANT
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN DSAP

**Invités :**

- M<sup>me</sup> Michèle NION-HUANG - CSS hygiéniste - ÉOH du siège
- M<sup>me</sup> Aude CHABOISSIER – directrice adjointe de la communication de l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Béatrice BALDACCHINO - direction de la communication de l'AP-HP
- P<sup>f</sup> Henri-Jean PHILIPPE – collègue de chirurgie ambulatoire

**Ordre du jour :**

- Présentation des travaux réalisés par la commission « dispositif intraveineux de longue durée », P<sup>f</sup> Henri-Jean PHILIPPE
- Présentation de la plaquette et des outils de formation et information disponibles concernant la voie veineuse périphérique, M<sup>me</sup> Michèle NION-HUANG

- Communication et QSS & CAPCU, avec la présence de M<sup>mes</sup> Aude CHABOISSIER et Béatrice BALDACCHINO (direction de la communication de l'AP-HP)
- Questions diverses :
  - Thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

### 1. Présentation des travaux réalisés par la commission « dispositif intraveineux de longue durée (DIVLD) » - P<sup>r</sup> Henri-Jean PHILIPPE

La pose d'un DIVLD est souvent la première étape d'un parcours de cancérologie. La pose d'un tel dispositif médical nécessite une expérience dans la technique de pose mais également une expertise dans la résolution des évènements indésirables susceptibles de survenir ensuite.

#### Constat

Pour les patients suivis à l'AP-HP, 43 % des DIVLD sont posés hors AP-HP et 48 % durant une hospitalisation complète, alors que cette technique nécessite une anesthésie locale dans 90 % des cas. Il existe une grande hétérogénéité selon les GH.

Les modalités de prise en charge sont variables : la pose est réalisée par 3 praticiens de 3 spécialités à parts égales : anesthésistes, chirurgiens, radiologues. Des plages opératoires sont dédiées dans 30 % des sites (4/14) et dans 70 % des cas la programmation est en fin de programme (10/14).

L'application des recommandations est variable : 85 % des poses ont lieu sous échographie mais seulement 50 % des patients ont un contrôle radiologique, la *check list* n'est réalisée que dans 50 % des poses et 50 % des CRO sont incomplets.

#### Proposition

Pour améliorer cette prise en charge, un groupe de travail pluri-professionnel propose une organisation de type « unité d'accès vasculaire », unités existant aux HCL.

Les principes sont : un accueil des patients et une coordination avec les autres acteurs, un temps de conseil et d'éducation du patient et de son entourage ou famille, une activité de pose et de retrait, la mise en place d'une démarche qualité et sécurité des soins tout au long du parcours patient et une unité experte pour le suivi dans le GH *hotline*.

Les locaux, les effectifs, les équipements, les documents du dossier patient et le parcours du patient sont définis. Ces locaux peuvent être situés dans une unité de chirurgie ambulatoire.

Le bloc opératoire doit être conforme à la réglementation : filtration d'air, générateur mobile de rayons X (amplificateur de brillance).

L'activité serait de 5 vacations opératoires dans un premier temps, avec un nombre d'actes DIVLD par vacation opératoire de 4 à 6 poses (soit 20-30 actes par semaine = 1 000 à 1 500 actes par an).

#### Les freins :

le nombre de praticiens disponibles ou intéressés pour la pose de DIVLD et les conditions d'accès au bloc opératoire (peu d'accès à des plages opératoires dédiées).

#### Les axes pour progresser

- 1- **Augmenter le nombre de praticiens et organiser la participation des infirmières** : mise en place d'une délégation dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels. Il existe un protocole de coopération élaboré par le centre Léon-Bérard, validé par HAS et l'ARS Rhône-Alpes. L'adhésion au protocole de l'ARS d'Île-de-France est possible selon les mêmes modalités. 5 hôpitaux sont volontaires : Pitié-Salpêtrière, Ambroise-Paré, Tenon, Necker, Cochin. 3 conditions sont à respecter : un médecin anesthésiste délégué, un IDE délégué, avec 5 ans d'expérience et formé, le suivi d'indicateurs de qualité.

- 2- **Développer de nouvelle compétence de recours** : création d'un DIU sur l'accès vasculaire veineux en 2018.
- 3- **Convaincre de l'intérêt de telles unités par une étude médico-économique** (étude menée par la DÉFIP – département du pilotage) : si l'ensemble de l'activité de l'AP-HP était internalisée, le gain financier serait d'environ 2,3 M€.
- 4- **Convaincre par l'amélioration de la qualité de la prise en charge** : PHRC déposé pour mettre en évidence une équivalence de qualité entre PM et PNM et mettre en évidence l'impact des disparités techniques.

En conclusion : la prise de conscience existe de la nécessité de mettre en place des UAV sur le plan médical et économique, les conditions de la ré-internalisation des poses de DIVLD ont démarré, mais des modifications du protocole de coopération entre professionnels sont nécessaires (délégués, formation...).

### Discussion

Améliorer cette prise en charge est une responsabilité collective médicale. Il s'agit également d'une définition d'un parcours patient. L'intérêt médical doit être présenté avant l'intérêt économique. Une coordination avec le groupe GPK3 (DOMU) doit être assurée et il est nécessaire de bâtir un projet en interface avec les oncologues. Une présentation en CME est à programmée en 2018.

## **2. Présentation de la plaquette et des outils de formation et d'information disponibles concernant la voie veineuse périphérique – M<sup>me</sup> Michèle NION HUANG**

Les cathéters courts à l'AP-HP représentent 8 millions de patients concernés et 3 millions de cathéters périphériques posés. Les infections et colonisations sont sous déclarées et il existe des réclamations de patients.

La technique de pose, gestion, entretien des cathéters périphériques fait l'objet de recommandations largement diffusées, dont la connaissance est bonne mais dont l'application est régulièrement divergente. Le postulat était que ce geste est très fréquent et donc banalisé et que les recommandations ne sont pas assez intégrées dans la pratique. Un groupe de travail pluri-professionnel « prévention des infections sur VVP » a eu comme objectifs de tirer des messages forts, attachés aux situations rencontrées sur le terrain à l'AP-HP et de soutenir ce message par une campagne et une communication forte à un temps donné. Les messages retenus : la pose et le maintien de l'abord veineux/perfusion relève de la prescription médicale, la surveillance de l'abord veineux/perfusion relève du rôle propre infirmier, la réévaluation quotidienne est l'affaire de tous, assurer le suivi et la traçabilité est une nécessité et à qui s'adresser en cas de problème.

L'événement s'est déroulé sur un jour ou une semaine avec un slogan: « la VVP c'est pas obligé ». Il comportait des réunions, discussions autour d'un cas concret (scénario proposé aux ÉOH), un support à la réflexion sous forme de bibliographie, la diffusion d'une plaquette sur les mots-clefs (document élaboré par le service de communication et diffusé avec les fiches de paye) et un audit flash : proposition d'un questionnaire commun avec un nombre limité de critères.

### Discussion

Un rapprochement avec les SAU et la spécialité médecine d'urgence pourrait être bénéfique : des cathéters courts étant souvent posés aux SAU.

Il est décidé la mise à disposition de la plaquette sur le site de la CME.

### 3. La communication de la QSS & CAPCU - avec la présence de M<sup>mes</sup> Aude CHABOISSIER et Béatrice BALDACCHINO (direction de la communication de l'AP-HP)

*AP-HP Pro*, l'application des professionnels de l'AP-HP a été lancée en avril 2017. Il s'agit d'une application mobile d'information et de services, qui peut être personnalisable par GH, thème ou métier (à venir). Cette application est mise à disposition pour téléchargement sur le *smartphone* personnel des agents.

Les objectifs sont de rendre accessibles en situation de mobilité des documents professionnels, sans être une « appli métier », de rendre plus accessibles les informations et outils RH par une offre de service, de favoriser la compréhension des grands enjeux et grands projets de l'AP-HP et de faciliter la vie au quotidien.

Le contenu de cette application est large : des données concernant le travail à l'AP-HP, les hôpitaux, l'expérience patient, les parcours patient, les pratiques professionnelles.

Les enjeux sont de mettre à disposition des informations personnalisables qui intéressent les « mobinautes » de l'AP-HP, adaptées dans leur présentation, non redondantes et à jour. Pour faire vivre l'application il faut des nouveaux contenus et des nouveaux services, améliorer en continu l'expérience des utilisateurs en fonction de leurs retours et la rendre de plus en plus participative et collaborative au fur et à mesure des évolutions.

Cette application s'adapte et évolue (fonds, forme), des contenus seront enrichis et de nouveaux services sont prévus : mon planning (*gestime web*), des alertes suivant le principe de notification « *push* » (déclenchement du plan blanc, alerte intrusion ou attentat...), un annuaire, des petites annonces, un module de co-voiturage.

La conception est réalisée à partir des besoins et retours exprimés et est construite avec les directions fonctionnelles et les groupes hospitaliers.

#### Autres outils de communication

D'autres outils de communication existent : les campagnes d'information avec des dépliants et *flyers*, « Nous », la lettre mensuelle des professionnels de l'AP-HP, « Sept jours à l'AP-HP », *newsletter* hebdomadaire des professionnels en diffusion générale *mail* (67 000 boîtes *mail*)

#### Propositions pour un outil dédié à la QSS & CAPCU

Une boîte *mail* dédiée à la QSS & CAPCU, « [gsscpcu.aphp@aphp.fr](mailto:gsscpcu.aphp@aphp.fr) », pourrait être créée pour faciliter la diffusion des travaux et alertes. L'émetteur légitime serait la cellule QSS & CAPCU (CME) avec l'aide de la DOMU. La contrainte est la gestion des éventuels retours. Une diffusion ciblée (par exemple, pour des alertes) est possible avec une liste de diffusion à travailler. Le circuit de validation du contenu des envois doit être clair. Un gabarit type existe et permet une reconnaissance immédiate du type de message. Cette information serait ensuite reprise dans *Sept jours à l'AP-HP*.