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 17 octobre 2018, 17h30-19h
– Relevé de décisions –

Présents :

- M. Nour AMMAR-KHODJA — DSAP
- Dr Anissa BELBACHIR — CLUD-SP
- Mme Véronique BINET-DECAMPS — DOMU/Q-Certification
- Dr Rémy COUDERC — CME
- Mme Dafne CRUCHON — CSIRMT
- Dr Jean-Eudes FONTAN — CME
- Dr Sandra FOURNIER — DOMU/ÉOH
- Pr Noël GARABÉDIAN — Président de la CME
- Dr Anne GERVAIS — Vice-présidente CME
- Pr Philippe LECHAT — COMÉDIMS
- Dr Christine MANGIN — DOMU / Q-GdR
- Dr David Osman — RSMQ
- Mme Catherine RAVIER — Cabinet CME
- Pr Christian RICHARD — CME/CLIN/CGRAS
- Dr Catherine TESSIER — CLAN
- Dr Laurent TRÉLUYER — DSI
- Pr Daniel VITTECOQ — COMAI

Excusés :

- Pr Jean-Yves ARTIGOU — Président du comité du DPC de la CME
- Mme Barbara ALFANDARI — Direction de la communication
- Mme Sophie BENTEGEAT — DPUA
- Dr Marie BORNES — CME
- Dr Stéphane DAVID — DRH/DPC
- Mme Christine GUÉRI — DOMU/Q-GdR
- Pr Serge HERSON — Hémovigilance / DOMU
- Pr Jean-Claude MELCHIOR — CLAN
- M. Loïc MORVAN — DSAP
- Dr Édith Peyaud-Debayle — Hémovigilance / DOMU
- M. Laurent VAUTIER — CSIRMT

Invités :

- M. Michaël BESSE — Responsable du département des relations avec les usagers (DPUA)
- Dr Sébastien THOMAS — CGRAS et pharmacien référent QSS HUHM
- Dr Marion ÉVRARD — DOMU/ÉOH - Interne

Ordre du jour :

1. Plan *GériaMed* AP-HP – Dr Christine MANGIN, médecin chargé des risques associés aux soins et vigilances - département qualité-gestion des risques (DOMU)
2. Présentation des résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017 – Dr Sandra FOURNIER, équipe opérationnelle d'hygiène (DOMU)
3. Questions diverses :
    a. Thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

Introduction :

Le président de la CME :

- souligne le travail réalisé (affiches, dépliants, guidelines…) par la cellule QSS & CAPCU ainsi que le lien avec les GH grâce à la participation des représentants des GH ;
- rappelle le rôle de la CME et de son président dans la politique qualité et sécurité des soins et leurs nécessaires participations ou représentations aux présentations à ce sujet dans les instances.

Le compte rendu de la séance précédente est validé.

1 - Plan *GériaMed* AP-HP – Dr Christine MANGIN- médecin chargé des risques associés aux soins et vigilances - département qualité-gestion des risques (DOMU)

Ce plan d'actions fait suite au signalement d'une discordance dans le stockage des benzodiazépines sur un site gériatrique, réalisé par l'équipe médico-soignante et qui a révélé un événement indésirable grave : l'administration de médicaments psychotropes sans prescription ainsi que sa récurrence dans différentes unités du même site. Ce plan d'action est porté par la direction générale de l'AP-HP. Le dispositif *GériaMed* AP-HP est à visée pédagogique et vise à :

- accompagner les équipes de gériatrie dans l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, en complémentarité des actions engagées par les sites ;
- identifier les risques et évaluer les actions en place ;
- consolider les connaissances et simuler des mises en situation.

Le dispositif est piloté par le département qualité & gestion des risques de la DOMU, avec une coordination locale par les directions qualité gestion des risques en lien avec les chefs de service concernés et les directions des soins. Un COPIL suit le projet est se compose de représentants de la collégiale de gériatrie, de la CME, de la COMÉDIMS, de l'AGEPS, du cabinet du directeur général, de la DSAP, et de membres du groupe projet.

Le dispositif comprend deux actions combinées :

- une visite de risques dans des services de SSR/SLD ;
- des sessions de formation-action proposées aux professionnels médico-soignants des services SSR/SLD.

Le module « visite de risques » a pour cible tous les sites de SSR/SLD et comprend une visite (2 visiteurs AP-HP hors GH dont un médecin/pharmacien) dont les résultats attendus sont une identification des risques spécifiques aux services visités. (la méthode « visite de risques » a déjà été précédemment présentée en cellule QSS & CAPCU).

Le module « formation » a pour cible 1/4 des professionnels médico-soignants des services de SSR et/ou SLD du site concerné. Les publics visés sont les équipes médico soignantes des services concernés ; les sessions durent 2 heures, sur site, animées par un gériatre. Les intervenants sont les Drs TINE Samir, PAMOUKDJIAN Frédéric et Léa SHARIFAN, du service de médecine gériatrique du Dr Georges SEBBANE (HUPSSD, Avicenne). Il s'agit de mise en situation avec des cas pratiques s'appuyant sur les bonnes pratiques et recommandations.

Le dispositif *GériaMed* AP-HP va être déployé sur tous les GH et sites de septembre 2018 à février 2019, soit 20 programmations de visite de risques et 35 sessions de formation.

Discussion

M. AMMAR-KHODJA interroge sur la participation de la DSAP à ce dispositif : la DASP a été associée au projet dès sa conception, a validée les 2 actions du dispositif et participe au COPIL.

2 - Présentation des résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017 - Dr Sandra FOURNIER, équipe opérationnelle d'hygiène (DOMU)

Il s'agit de la 6e enquête nationale de prévalence depuis 1996. Son objectif est de mesurer « un jour donné » entre le 15 mai et le 30 juin 2017, la prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux. En 2017, l'échantillon d'établissements de santé (ÉS) a été tiré au sort, est représentatif des types d'ÉS et des régions et a permis un calcul des prévalences estimées au niveau national. Des ÉS volontaires pouvaient également participer.

21 hôpitaux (sur 38) de l'AP-HP ont participé, dont 5 tirés au sort et 16 volontaires. Il y avait 15 hôpitaux de court séjour et 6 de SSR-SLD. 9 098 patients ont été concernés. Cela représente 45 % de couverture des 20 083 lits de l'AP-HP, représentativité identique pour toutes les spécialités. Cette couverture est identique en 2012 et en 2017.

Les séjours hospitaliers se composent de 65 % court séjour (MCO, réanimation) et 35 % de SSR, SLD, psychiatrie. L'analyse des durées de présence du patient (délai entre l'admission et le jour de l'enquête) a montré une diminution de la durée de présence en réanimation (11 jours en 2012 contre 8 jours en 2017).

Les principaux facteurs de risques d'infections nosocomiales sont stables entre 2012 et 2017 : score de *McCabe* 1 ou 2, immunodépression, cancer, chirurgie depuis l'admission. En revanche la proportion de patients avec dispositif invasif a augmenté entre 2012 et 2017, notamment la prévalence des patients avec un cathéter veineux périphérique.

590 patients présentaient une infection nosocomiale, ce qui représente une prévalence de patients infectés de 6,5 % (8,1 % en 2012). Ce chiffre est à comparer au niveau national au chiffre des CHR-CHU qui se situe entre 6,5 % et 8,4 %. Les différents indicateurs de prévalence présentent une baisse significative. Cette diminution est particulièrement marquée en réanimation : de 36 % en 2012 à 20,7 % en 2017 (explication possible par la diminution de la durée de présence et la proportion plus importante de patients en USC par rapport à 2012). La prévalence chez les patients sans aucun facteur de risque est de 0,8 % contre 7,5 % chez les patients présentant au moins 1 facteur de risque. Cette analyse permet de rendre visibles les facteurs sur lesquels il est possible d'agir.

Les principaux sites infectieux concernés sont les infections urinaires, les pneumopathies, les bactériémies, les infections du site opératoire. Les sites varient selon la spécialité. Le « top 3 » des micro-organismes identifiés est représenté par *escherichia coli, staphylococcus aureus* et *pseudomonas aeruginosa*, sans modification entre les 2 enquêtes.

19,5 % des patients étaient traités par antibiotiques le jour de l'enquête, en diminution significative (- 9 %) par rapport à 2012 (21,4 %). La prévalence des patients traités par antibiotiques (AB) au niveau national se situe entre 14,2 % et 16,1 %. Une diminution plus marquée est retrouvée en réanimation. La justification de la prescription est présente dans le dossier dans 84 % des cas.

L'analyse de la durée de prescription de l'antibioprophylaxie chirurgicale met en évidence une augmentation significative de la proportion de prescription d'une durée supérieurs à 2 jours (33 % en 2012 versus 49 % en 2017), ce qui ne correspond pas aux recommandations de la SFAR.

<u>En conclusion</u>

21 hôpitaux de l'AP-HP ont participé à cette enquête avec une forte mobilisation des ÉOH et des équipes soignantes. Les patients sont plus âgés qu'en 2012, il y a plus de cathéters veineux périphériques. Il existe une baisse de la prévalence des patients avec infections nosocomiales et une baisse de la prévalence des patients traités par antibiotiques. Il y a trop de patients avec antibioprophylaxie chirurgicale ≥ 2 jours. Deux pistes d'amélioration se dégagent :

- limiter les cathéters veineux périphériques au strict nécessaire ;
- raccourcir les durées de prescription des antibioprophylaxies chirurgicales.

<u>Discussion</u>

L'alerte sur la réévaluation des traitements antibiotiques à J3 est en cours de de déploiement sur ORBIS. Une alerte pour limiter les traitements à 7 jours va être développée. Les médecins référents en antibiothérapie demandent également la possibilité d'avoir des listes de travail sur ORBIS qui leur permettent d'extraire un jour donné les patients sous antibiotiques en filtrant sur des critères de molécules ou de durées.