

**Programme d'action qualité, sécurité
des soins et conditions d'accueil et de
prise en charge des usagers**

2013 - 2016

Septembre 2013

Sommaire

1. Organisation de la QSS & CAPCU à l'AP-HP
2. Programme QSS & CAPCU : les priorités
3. Fiches thématiques
 - Gestion des événements indésirables graves associés aux soins
 - Développement professionnel continu
 - Certification
 - Promotion des bonnes pratiques soignantes
 - Infections associées aux soins
 - Prise en charge médicamenteuse
 - Troubles nutritionnels
 - Douleur et soins palliatifs
 - Satisfaction et participation des usagers

Annexes

- Liste des abréviations
- Obligations de la CME inscrites dans le code de la santé publique en matière de qualité et de sécurité des soins,
- Composition de la cellule CME QSS et CAPCU

INTRODUCTION

La loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) confie au président de la commission médicale d'établissement (CME) et, conjointement, à la directrice générale la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (QSS), ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU). La CME contribue à l'élaboration de cette politique, notamment en proposant à la directrice générale un programme d'actions que le président de la CME présente au directoire.

1- ORGANISATION QSS & CAPCU A L'AP-HP

En 2012, la gouvernance de la QSS & CAPCU de l'AP-HP a évolué pour mieux prendre en compte les orientations de la loi HPST (cf. annexe), qui laisse désormais la CME libre de s'organiser de la façon la plus adaptée pour répondre à ses missions en la matière

L'organisation mise en œuvre par le président de la CME vise à permettre une concertation pluridisciplinaire de tous les soignants (personnels médicaux et non médicaux) et à assurer une réelle mobilisation autour de sujets de QSS & CAPCU.

Une cellule QSS & CAPCU a été créée en juin 2012. Pilotée par le président de la CME, elle constitue une cellule de pilotage qui coordonne tous les acteurs impliqués (CME, COMEDIMS, CLIN, EOH centrale, CVIRIS, CLAN, CLUD, 3CU, CSIRMT, directions fonctionnelles du Siège). Elle se réunit tous les mois et accueille régulièrement des invités extérieurs en vue de partager les points de vue et identifier des priorités. Ses travaux sont publiés sur le site internet de la CME.

Les missions de la cellule ont été présentées à la CME de septembre 2012 et un thème relatif à la QSS et aux CAPCU est débattu à chaque CME.

Les commissions centrales en charge de la QSS (CLIN, COVIRIS, CLAN, CLUD, COMEDIMS) ont été prorogées et leur renouvellement est en cours, le souhait d'ajuster leur composition nécessitant une modification du règlement intérieur de l'AP-HP, prévue d'ici fin 2013. La CME a, par ailleurs, mis en place un groupe de travail ad hoc *Hospitalité*, incluant des représentants des usagers.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et un responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) ont été désignés au sein de la CME. Ils siègent également à la cellule QSS & CAPCU.

De son côté, la CSIRMT centrale se réunit tous les deux mois et traite, conformément à ses attributions, les sujets relatifs à la qualité, à la sécurité des soins et à la prévention des risques paramédicaux. Enfin, une commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) est dédiée au dialogue institutionnel avec les usagers.

Il existe dans tous les GH et hôpitaux hors GH de l'AP-HP une organisation en miroir avec :

- dans chacun d'eux, un CGRAS et un RSMQ ainsi qu'une équipe qualité, gestion des risques ;

- des commissions de QSS & CAPCU, dont les présidents sont membres des commissions centrales, ainsi que des comités d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui fonctionnent de façon autonome ou intégrée à la commission qualité et gestion des risques des CME locales.

Des réunions d'échanges sont régulièrement organisées, notamment entre les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et entre les RSMQ.

Outre le site de la CME (http://cme.aphp.fr/qss_usagers/), un site internet (<http://indicateurs.aphp.fr>) diffuse les résultats de l'AP-HP pour les indicateurs de prévention des infections nosocomiales, les indicateurs de performance médicale, la satisfaction des patients et les résultats de la certification. La semaine sécurité des patients (fin novembre 2012) a été l'opportunité de communiquer grâce au site spécifique créé à cette occasion (<http://securitepatients.aphp.fr>) et d'échanger avec les professionnels et les usagers, notamment dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales, de la douleur et du médicament.

Il est prévu de :

- mettre à jour le règlement intérieur de l'AP-HP portant notamment sur les commissions QSS et leur composition ;
- poursuivre la réflexion engagée pour favoriser la synergie entre les échelons central (directions centrales et CME) et local (directions des GH et CMEL) ;
- présenter annuellement un rapport d'évaluation du programme d'actions.

2 LE PROGRAMME QSS & CAPCU DE L'AP-HP : LES PRIORITES

Le programme se limite intentionnellement au suivi d'un nombre limité d'actions prioritaires choisies parmi les projets mis en œuvre dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP. Pour chacune de ces actions des indicateurs de suivi ont été définis, en privilégiant un recueil simple et sans travail supplémentaire pour les équipes.

Le programme a été présenté :

- à la CME le 14 mai 2013 ;
- au directoire le 21 mai 2013 ;
- à la CSIRMT le 23 mai 2013 (adopté par 21 voix pour sur 25) ;
- à la 3CU le 27 mai 2013 ;
- aux CTEC des 3 juin (rejet à l'unanimité) et 10 juin 2013 (pas de vote) ;
- au conseil de surveillance le 6 juin 2013, où il a été approuvé à l'unanimité.

Au terme de ces concertations, il est apparu nécessaire de mieux mettre en valeur l'importance de la collaboration entre personnels médicaux et paramédicaux. Le programme définitif a donc été complété par un axe d'action intitulé « promotion des bonnes pratiques soignantes ».

Ce programme sera déployé à partir de 2013 pour la durée de la mandature de la CME (jusqu'en 2016) et fera l'objet d'une évaluation annuelle présentée aux instances.

Les axes d'action sélectionnés sont, après concertation, les suivants :

- **Gestion des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins :**

Les priorités retenues sont :

- déployer des revues de morbi-mortalité (RMM) et/ou des comités de retour d'expérience (CREX) répondant aux critères de qualité de la HAS dans **tous** les services à risque (chirurgie, obstétrique, anesthésie, réanimation et oncologie) et dans au moins 50% des autres services prenant en charge des patients ;
- mettre en place, sur l'ensemble des GH et en central, une procédure unifiée de gestion des événements indésirables particulièrement graves ; un groupe de la CME constitué sur ce sujet est chargé de faire des préconisations sur ce sujet avant fin 2013.

- **Coordination du développement professionnel continu (DPC)**

Les priorités retenues sont :

- créer un organisme de DPC à l'AP-HP ;
- transformer les actions de formation et d'évaluation des pratiques existantes en programme de DPC ;
- mettre en place un enregistrement des personnels qui ont suivi un programme de DPC.

- **Suivi des résultats de la certification HAS**

Les priorités retenues sont :

- suivre les résultats de la certification V2010 (nombre de GH et d'hôpitaux hors GH avec réserves, mise en œuvre des recommandations) ;
- anticiper la prochaine certification (V2014).

- **Promotion des bonnes pratiques soignantes**

Les priorités retenues sont :

- promouvoir une approche conjointe médicale et paramédicale de l'évaluation de la qualité des soins ;
- développer la prévention pluridisciplinaire et pluri professionnelle des escarres décubitus, en mesurant la prévalence des escarres (enquête annuelle de la DSAP), en utilisant des échelles de risques validées et en proposant des pistes d'amélioration et en mettant en œuvre des plans d'action.

- **Lutte contre les infections associées aux soins**

Les priorités retenues sont :

- promouvoir l'hygiène des mains par une utilisation systématique des solutions hydro alcooliques, avant et après chaque contact avec le patient (objectifs fixés par le CLIN central) ;
- diminuer la consommation d'antibiotiques de 5% par une réévaluation systématique de toute antibiothérapie à 3 et 7 jours ;
- améliorer la gestion des excréta par le déploiement de formations et l'achat d'équipements.

- **Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse**

Les priorités retenues sont :

- promouvoir l'analyse pharmaceutique des prescriptions en court séjour (indicateur CBUS) ;
- améliorer l'utilisation d'un même support pour la prescription et pour l'administration des médicaments (traçabilité évaluée lors de l'audit du dossier de soins) ;
- favoriser des démarches de retour d'expérience sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse : RMM (dont leur application spécifique aux médicaments : REMED), CREX.

- **Troubles nutritionnels**

Les priorités retenues sont :

- améliorer le score de dépistage (et de traçabilité) des troubles nutritionnels (DTN) dans les 48 heures suivant l'admission du patient en MCO et SSR : augmentation de 50% des résultats de l'indicateur national DTN, niveau 3 ;
- promouvoir la prise en charge des patients dénutris (chirurgie, cancérologie, gériatrie).

- **Douleur et soins palliatifs**

Les priorités retenues sont :

- mieux mesurer et améliorer la prise en charge de la douleur : amélioration des résultats de l'indicateur national TRD, utilisation du livret douleur de l'AP-HP et de son application informatique, prévention des céphalées après ponction lombaire ;
- promouvoir les droits et choix des patients en fin de vie : diffusion de la plaquette d'information « Fin de vie », réunions de concertation pluridisciplinaires (sédation, décision de limitation et d'arrêt des traitements).

- **Satisfaction et participation des usagers**

Les priorités retenues sont :

- Améliorer la mesure de la satisfaction des patients avec retour des résultats aux services et évaluer l'expérimentation « enquête en ligne » avant sa diffusion ;

- informer les professionnels sur les droits des usagers et mieux impliquer leurs représentants dans les projets des GH en les faisant participer aux groupes de travail QSS & CAPCU.

Pour chacun des axes sélectionnés, une fiche thématique recto-verso détaille les enjeux, les actions prioritaires et les indicateurs de suivi.

3 - PROGRAMME QSS & CAPCU : AXES PRIORITAIRES

FICHES THÉMATIQUES

GESTION DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES (EIG) ASSOCIÉS AUX SOINS

Responsables du projet

P^r Christian RICHARD, CGRAS, P^r André LIENHART, président du COVIRIS, D^r Marie-Laure PIBAROT, DMA.

Enjeux

Primum non nocere ! Selon l'enquête ENEIS¹ (2009), un EIG survient tous les 5 jours dans une unité de 30 lits, et environ 40% d'entre eux seraient évitables. Leur analyse est au centre des politiques de gestion des risques. Des analyses de morbi-mortalité doivent être réalisées dans les services à risque (chirurgie, obstétrique, anesthésie, réanimation), ainsi qu'en oncologie (certification V2010). Les événements particulièrement graves doivent être déclarés, sans délai, aux ARS (loi du 4 mars 2002). Le directeur et le président de la CME doivent s'engager auprès du directeur de l'ARS² dans l'organisation de démarches de retour d'expérience.

La prévention des EIG évitables implique la mobilisation de la communauté médicale pour les analyser dans le cadre des RMM et s'assurer que les événements particulièrement graves sont traités sans retard et conduisent à des actions correctives.

Actions prioritaires

1. Analyser les EIG, dans le cadre des RMM (revues de morbi-mortalité) et des CREX (comités de retour d'expérience)

La CME a soutenu depuis 2006 la mise en œuvre des RMM dans les services prenant en charge des patients. En 2010, 67% des 177 services à risque faisaient des RMM. Des actions de formation, réalisées sur site à la demande des GH, favorisent leur mise en œuvre.

2. Mettre en œuvre un dispositif unifié de gestion des événements particulièrement graves dans tous les GH et hôpitaux et à l'échelon central

À l'AP-HP le signalement de ces événements, qui ne concernent pas que des EIG associés aux soins, est réalisé simultanément à l'ARS et à la DGS par le cabinet de la directrice générale et les administrateurs de garde du siège : c'est le signalement dit CORRUSS (centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales).

La CME a créé, en avril 2013, un groupe de travail « gestion des EIG » chargé de préciser la définition de l'EIG, de définir la meilleure façon de les repérer, et de proposer une répartition des rôles entre le niveau central (direction générale et CME) et niveau local (direction des GH et CMEL), d'une part, entre les soignants (médecins et paramédicaux) et les administratifs. Une attention particulière sera accordée au respect du secret professionnel.

¹ Michel P., Minodier C., Lathelize M. et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. DREES 2010

² Instruction DGOS du 28 septembre 2012 relatif à l'organisation des retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

Indicateurs

1. Indicateurs RMM et CREX :

- proportion de services faisant des RMM ou des CREX
 - o services à risque
 - o autres services
- qualité des RMM et CREX réalisés, pour chacun de ces services
 - o réalisation d'un bilan annuel répondant aux exigences de l'ARS (circulaire du 28 septembre 2012) : thèmes (médicament), actions, évaluation

Cible : 100% des services à risque et 50% des autres services doivent faire des RMM. Un travail sur la pondération des critères qualitatifs sera mené avec les présidents de COVIRIS.

Recueil : annuel

Source : base EPP (AP²)

Référents : groupe de travail COVIRIS/DMA (secteurs QSS et EPP), en lien avec les référents EPP, président de COVIRIS, CGRAS et directions qualité des GH.

2. Indicateurs de gestion des évènements particulièrement graves :

- il existe une procédure concernant ces évènements (déclaration, analyse, retour d'expérience) dans tous les GH et à l'échelon central ;
- cette procédure répond aux préconisations du groupe de travail de la CME.

Cible : 100% des GH ont une procédure qui répond aux préconisations du groupe de travail de la CME.

Recueil : 2014

Source : enquête *ad hoc* auprès des GH

Référents : groupe de travail CME « gestion des EIG » : P^r Christian RICHARD (président), P^r André LIENHART, D^r Marie-Laure PIBAROT.

COORDINATION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Responsables du projet

P^r Daniel SERENI et D^r Stéphane DAVID (DRH/DPC), en lien avec le D^r Nicole PERIER (DMA) et la direction des soins et activités paramédicales (DSAP)

Enjeux

Depuis le 1^{er} janvier 2013, chaque professionnel de santé doit valider annuellement un programme de développement professionnel continu (DPC). Les objectifs du DPC sont de favoriser et de développer les approches réflexives sur des pratiques à partir de méthodes précisées par la HAS. Tous les domaines d'activité professionnelle (médical, responsabilité juridique, droit des malades, gestion financière, management des équipes...) sont couverts par le DPC. Les programmes de DPC regroupent et articulent de nombreuses activités déjà pratiquées par les professionnels, telles que la formation cognitive (congrès, formations théoriques), les analyses de pratiques, l'EPP, l'enseignement et la recherche, la simulation ainsi que plusieurs dispositifs spécifiques comme l'accréditation des laboratoires. Pour être validé, un programme de DPC doit être réalisé sous l'égide d'un organisme de DPC (O-DPC) « agréé ». La CME a régulièrement été informée des enjeux et méthodes de DPC.

La mise en place du DPC nécessite une approche systémique. Un comité stratégique a donc été constitué au début de l'année 2013 sous l'égide du directeur des ressources humaines, en lien étroit avec la CME et la CSIRMT pour ce qui concerne les professions paramédicales.

Actions prioritaires

1. Créer un organisme de DPC à l'AP-HP

L'enregistrement de l'AP-HP en tant qu'organisme de DPC a été obtenu de façon transitoire. La démarche a été engagée pour mettre en place un organisme de DPC conforme aux nouveaux textes.

2. Transformer les actions de formation et d'évaluation des pratiques existantes (RMM...) en programmes de DPC.

Indicateurs

1 Nombre de programmes de DPC gérés par l'organisme de DPC de l'AP-HP.

2 Nombre d'EPP de la base AP² intégrées dans des programmes de DPC.

Recueil : annuel

Source : organisme DPC (indicateur 1) ; base AP² (indicateur 2)

Référents : P^r Daniel SERENI et D^r Stéphane DAVID (DRH/DPC), en lien avec le D^r Nicole PERIER (DMA) et les référents EPP des GH et hôpitaux hors GH

3 Nombre de personnels (médecins, sages-femmes, infirmières ...) ayant suivi dans l'année un programme de DPC

Recueil : annuel

Source : enquête *ad hoc* auprès des personnels de l'AP-HP

Référents : P^r Daniel SERENI et D^r Stéphane DAVID (DRH/DPC), en lien avec la DSAP et le centre de la formation et du développement des compétences(CFDC) pour les paramédicaux.

4. SUIVI DES RÉSULTATS DE LA CERTIFICATION HAS

Responsables du projet

D^r Nicole PERIER (DMA), en lien avec la direction générale (et par délégation le secrétariat général - Monique RICOMES et Roland GONIN) et le président de CME.

Enjeux

Une des obligations de la CME en matière de QSS est de veiller à la mise en œuvre des engagements de l'institution en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, tels qu'ils résultent notamment de la procédure de certification.

L'AP-HP finit sa procédure de certification V2010 avec la fin des visites par GH et hôpital hors GH en décembre 2013 et la rencontre du Siège avec la HAS début 2014.

Il est donc nécessaire en 2013-2014 :

- d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour la V2010 ;
- d'analyser et valoriser le travail accompli par les GH et hôpitaux pour en tirer des enseignements et se préparer à la V2014.

Actions prioritaires

1. Gérer les résultats de certification V2010 des sites et GH.

2. Anticiper la prochaine certification (V2014) par :

- le bilan de la certification V2010 ;
- la rencontre du Siège avec la HAS ;
- la définition de la stratégie pour la certification V2014.

Indicateurs

Résultats de la certification V2010 :

- nombre de GH et d'hôpitaux hors GH ayant fait l'objet de réserves ou réserves majeures ;
- taux de décisions liées aux locaux/équipements, à l'organisation et aux bonnes pratiques de soins.

Cible : minimum de GH et d'hôpitaux hors GH avec réserves / réserves majeures.

Recueil :

- suivi continu des résultats de la V2010 des GH et hôpitaux hors GH ;
- bilan annuel.

Source : rapports de certification de la HAS définitifs (après recours gracieux / suivi).

Référents : D^r Nicole PERIER (DMA), en lien avec les directions qualité, gestion des risques des GH et hôpitaux hors GH.

5. – PROMOTION DES BONNES PRATIQUES SOIGNANTES : PRÉVENTION DES ESCARRES ACQUISES

Responsable du projet

Françoise ZANTMAN, directrice des soins et des activités paramédicales, en lien avec Geneviève LADEGAILLERIE, cadre supérieur infirmier expert en soins.

Enjeux

L'escarre peut entraîner douleur et infection, altérant alors considérablement les conditions de vie du malade. Depuis sept ans, la DSAP pilote un projet de prévention des escarres et organise annuellement une enquête de prévalence dans tous les hôpitaux de l'AP-HP. Cette dernière concerne tous les patients présents plus de 24 heures dans les unités de soins, à l'exclusion des enfants hospitalisés en néonatalogie et en maternité. L'existence d'une campagne régionale de lutte contre les escarres lancée par l'ARS en septembre 2013 incite à renforcer notre mobilisation.

Actions prioritaires

- 1. Promouvoir la prévention pluridisciplinaire et pluri professionnelle des escarres.**
- 2. Évaluer la mise en place de la politique de prévention des escarres de la DSAP.**
- 3. Proposer des pistes d'amélioration concernant la prise en charge des patients à risque d'escarre.**

Indicateurs

- 1. Taux de patients ayant acquis au moins une escarre dans les unités de soins de l'AP-HP.**
- 2. Proportion d'unités de soins utilisant des échelles de risque validées.**
- 3. Présence d'un plan d'action concernant la prévention des escarres dans le projet de soins de chaque GH ou hôpital hors GH.**

Cible 2013 : 90% des unités de soins utilisent une échelle de risque validée et 100% des GH et hôpitaux hors GH ont un plan d'action relatif à la prévention des escarres.

Recueil : annuel, un jour donné (semaine 24), incluant tous les patients présents plus de 24 heures dans les unités de soins.

Référent : Geneviève LADEGAILLERIE, en lien avec les coordonnateurs des soins des GH ou hôpitaux hors GH.

6 - INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Responsables du projet

P^r Christian RICHARD, président du CLIN central en lien avec le P^r Vincent JARLIER, délégué à la prévention des infections nosocomiales, D^r Sandra FOURNIER (DMA/EOH), P^r Daniel VITTECOQ, président de la COMAI (commission anti-infectieux)

Enjeux

La lutte contre les infections associées aux soins, et en particulier la lutte contre la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR), est une des priorités de l'AP-HP depuis 1993. Des succès ont été obtenus dans certains domaines, comme la baisse des staphylocoques résistants à la méthicilline ou le contrôle des épidémies à entérocoques résistants à la vancomycine. En revanche, l'augmentation majeure des entérobactéries multi-résistantes aux antibiotiques (EBLSE) et l'émergence des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (EPC) représentent un enjeu crucial pour les années à venir et nécessitent un engagement fort de l'ensemble de la communauté hospitalière (médicale, paramédicale et administrative).

Actions prioritaires

1. Promouvoir l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique pour lutter contre la transmission croisée entre les patients.

Les études montrent que le niveau d'hygiène des mains reste très insuffisant dans nos hôpitaux : **une friction hydro-alcoolique devrait être réalisée avant et après chaque contact avec un patient.** Chaque médecin, infirmier, aide-soignant doit s'engager pour l'hygiène des mains. Une nouvelle campagne de communication est lancée en 2013 et sera poursuivie dans les années à venir. Un objectif de consommation de produits hydro-alcooliques, fixé par le CLIN central en fonction de l'activité clinique, sera intégré à chaque contrat de pôle.

2. Maitriser les consommations d'antibiotiques pour diminuer la pression de sélection des BMR.

La consommation des antibiotiques est en augmentation dans les hôpitaux de l'AP-HP pour la 3^{ème} année consécutive. Le CLIN central et la COMAI collaborent étroitement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. La CME soutient la mise en place d'une **réévaluation systématique de toute antibiothérapie à 3 et 7 jours.**

3. Améliorer la gestion des fèces

Cette source majeure de diffusion des BMR fécales fait l'objet d'une attention nouvelle, impliquant à la fois les équipes d'hygiène, les services techniques et l'ensemble des soignants : des formations sont organisées, les équipements sont renforcés.

Indicateurs

1. Volume de produits hydro-alcooliques consommés en ml/journée d'hospitalisation (JH)

Cible : doubler la consommation globale actuelle de l'AP-HP (objectifs fixés par le CLIN central).

Périmètre : service/pôle/hôpital

Recueil : annuel

Source : pharmacie hospitalière/AGEPS (indicateur national)

Référents : D^r Sandra FOURNIER (DMA/EOH Siège) en lien avec les EOH des sites hospitaliers.

2. Consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) / 1000 journées d'hospitalisation (JH)

Cible : diminuer la consommation antibiotique de 5%.

Périmètre : service/hôpital

Recueil : annuel

Source : pharmacie hospitalière / AGEPS

Référents : D^r Sandra FOURNIER, DMA/EOH Siège, AGEPS et COMAI.

7 - QUALITÉ ET SÉCURITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Responsables du projet

P^r Béatrice CRICKX, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en lien avec le D^r Guy BENOIT, président de la collégiale des pharmaciens et le P^r Philippe LECHAT, président de la COMEDIMS.

Enjeux

L'arrêté du 6 avril 2011 et la certification HAS imposent au président de la CME de définir, conjointement avec la directrice générale, les objectifs de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit de réduire le risque médicamenteux évitable mais également de veiller à l'utilisation appropriée et efficiente du médicament, en lien avec le contrat de bon usage (Cbus).

La prise en charge médicamenteuse est un processus qui comprend plusieurs étapes, la prescription constituant l'acte préalable à la dispensation et à l'administration. La sécurisation de ces étapes implique la mobilisation des médecins, des pharmaciens et des paramédicaux. Les actions d'amélioration doivent impliquer l'ensemble des acteurs.

Les résultats de la certification V2010, à l'AP-HP et de façon générale dans tous les établissements, montrent que la prise en charge médicamenteuse est la thématique qui arrive en tête de liste par le nombre de décisions. Ces dernières pointent en particulier l'analyse pharmaceutique partielle, les retranscriptions d'ordonnance et l'absence d'analyse méthodique et collective des erreurs médicamenteuses.

Actions prioritaires

- 1. Promouvoir l'analyse pharmaceutique des prescriptions.**
- 2. Promouvoir l'utilisation d'un même support de prescription-administration.**
- 3. Mettre en œuvre des démarches de retour d'expérience sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.**

Cette dernière action s'inscrit dans la démarche générale de déploiement des RMM, des comités de retour d'expérience (CREX) et de leur application spécifique aux médicaments (REMEDI). Des actions de formation, réalisées sur site à la demande des GH, favorisent leur mise en œuvre. Elles sont complétées pour les infirmiers par des formations spécifiques relatives à la sécurisation du circuit du médicament.

Indicateurs

1. Analyse pharmaceutique :

- proportion de lits et places de court séjour (MCO) bénéficiant d'une analyse pharmaceutique.

Cible : augmentation de ce taux. Résultats Cbus 2012 = 46%.

Recueil : annuel.

Source : données des pharmacies à usage intérieur (indicateur Cbus).

2. Support de prescription-administration :

- taux de traçabilité de chaque administration sur le même support que la prescription (par pôle).

En court séjour, psychiatrie, hôpital de jour et hospitalisation à domicile, l'analyse des dossiers débute dès la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures. En soins de suite et réadaptation et en soins de longue durée, l'analyse des dossiers débute dès la dernière prescription médicamenteuse et s'étend sur les dernières 72 heures du séjour

Cible : augmentation du taux de traçabilité.

Recueil : biannuel.

Source : audit du dossier de soins.

3. Démarches REX ciblées sur le médicament :

- nombre de services ou unités de soins ayant mis en place des démarches de retour d'expérience sur le médicament (CREX, REMED, RMM...)
- qualité des démarches réalisées ;
- nombre d'IDE par pôle formés au kit sécurisation du circuit du médicament.

Cible : augmentation régulière

Recueil : annuel

Source : base EPP (AP²)

Référents : DMA (secteur Qss et Cbus / juste prescription) et DSAP en lien avec les référents Cbus, les RSMQ, les CGRAS et les directions qualité des GH et hôpitaux.

8 - TROUBLES NUTRITIONNELS

Responsables du projet

P^r Jean-Claude MELCHIOR, président du CLAN central, en lien avec le D^r Jean-Fabien ZAZZO, coordinateur CLAN central, M^r Richard AGNETTI, vice-président du CLAN central (DSAP)

Enjeux

La dénutrition est observée chez l'adulte dans 20 à 40 % des cas à l'admission en médecine court séjour (MCO) et dans 30 à 60 % des cas à la sortie ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle est observée dans 5 à 20 % des cas en pédiatrie (enquête AP-HP, *Énergie 4+*, 2003). L'identification d'un état de dénutrition, ou d'un risque de dénutrition, n'est effectuée que dans moins de la moitié des cas, exposant le patient à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, de la durée de séjour et, exposant l'institution et la collectivité à une augmentation des coûts de prise en charge.

Les actions prioritaires sélectionnées par le CLAN central se situent dans la continuité des actions prioritaires nationales. Elles doivent logiquement conduire à la mise en place d'une stratégie de prise en charge des patients (de l'adaptation de l'offre alimentaire à la nutrition thérapeutique), dans le but de prévenir ou traiter ces troubles nutritionnels (axe 3 du programme national nutrition santé 2011-2015 et plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014). Ces actions permettent également de valoriser le séjour hospitalier par une codification adaptée.

Actions prioritaires

1. Dépister les troubles nutritionnels dans les 48 heures suivant l'admission en MCO et SSR

La traçabilité du dépistage des troubles nutritionnels (DTN) dans le dossier médical est un des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

2. Élaborer un plan d'action pour la prise en charge nutritionnelle des patients dénutris ou à risque de dénutrition en chirurgie et en cancérologie

La conférence de consensus sur la nutrition péri-opératoire de 2003 a été mise à jour en septembre 2010 par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la Société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP). Par ailleurs, des recommandations formalisées d'experts, respectant la méthodologie de la HAS, ont été publiées en décembre 2012 pour le dépistage et l'accompagnement nutritionnel des patients traités pour cancer dans leur parcours personnalisé de soins (PPS).

Indicateurs

Indicateur IPAQSS dépistage des troubles nutritionnels (DTN), niveau 3

L'indicateur IPAQSS (DTN) est défini sur 3 niveaux :

- niveau 1 : mesure du poids à l'admission ;
- niveau 2 : mesure du poids et calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ou mesure du poids et évolution du poids avant l'admission. Ce niveau 2 ne permet pas toujours d'atteindre les deux objectifs prioritaires : dépister la dénutrition (patients en surpoids ou obèses) et valoriser les séjours ;
- niveau 3 : mesure du poids et calcul de l'IMC et de l'évolution du poids avant l'admission. Seul ce niveau permet d'atteindre les deux objectifs.

Cible : augmentation annuelle de 50 % du DTN, niveau 3. Le résultat de l'indicateur IPASS – DTN niveau 3 est de 17 % en 2012.

Recueil : échantillon aléatoire d'au moins 80 dossiers pour tous les secteurs concernés (MCO, SSR, HAD). L'analyse est réalisée tous les deux ans. Le prochain audit aura lieu en 2014.

Source : audit national du dossier patient (IPAQSS)

Référent : directeurs qualité pour la réalisation de l'enquête et le D^r Isabelle GASQUET (DMA) pour l'exploitation des résultats AP-HP.

9 – INDICATEURS DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS

Responsables du projet

D^r Anissa BELBACHIR, présidente du CLUD-SP en lien avec le D^r Catherine KARANFILOVIC (DMA), le D^r Pascale VINANT, présidente de la collégiale des soins palliatifs et la DSPC

Enjeux

La prise en compte de la douleur est une pratique exigible de la certification. Son évaluation régulière permet de s'assurer de sa bonne prise en compte et de mesurer l'impact des plans d'action.

La loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie définit des repères fondamentaux pour les professionnels, mais aussi pour les patients et leurs proches. Peu connue des usagers (le rôle de la personne de confiance est souvent confondu avec celui de la personne à prévenir, les directives anticipées ne sont quasiment pas utilisées), son application au quotidien reste encore difficile, notamment dans la décision de sédation et la concertation collégiale avant décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Actions prioritaires

1 – Mesurer et améliorer la prise en charge de la douleur

La traçabilité de la douleur (TRD) dans le dossier médical est un des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS).

Le CLUD-SP a ciblé quatre pratiques cliniques pour lesquelles des actions d'amélioration devraient être mises en œuvre et évaluées dans tous les établissements, sous forme d'EPP : la douleur postopératoire, la douleur aux urgences, la douleur et la fin de vie en SSR et SLD, la douleur et la fin de vie dans les unités de polyhandicap. Une réflexion est en cours sur les bonnes pratiques de prévention des céphalées post ponction lombaire.

Le livret douleur de l'AP-HP et son application informatique constituent une aide précieuse à la prescription mais aussi un outil pédagogique pour promouvoir les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur. L'objectif est d'en promouvoir la diffusion et l'utilisation.

2 – Promouvoir auprès des usagers et des professionnels les actions relatives aux droits et choix des patients en fin de vie

C'est l'objectif de la brochure d'information « *Fin de vie : vos droits, vos choix* » qui a été rédigée par la direction du service au patient et de la communication (DSPC), la collégiale des soins palliatifs, le CLUD-SP central et des associations de patients, et diffusée en 2013 dans l'ensemble des établissements de l'AP-HP.

Indicateurs

1 - Indicateur IPAQSS, traçabilité de la douleur (TRD)

- numérateur : nombre de séjours pour lequel il existe :
 - o au moins une mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ;
 - o au moins deux mesures de la douleur dans le dossier du patient algique (avant et après traitement) ;
- dénominateur : nombre de séjours éligibles évalués.

Cible : au moins 80 % (cible nationale) des dossiers audités répondent aux critères susdits. Le score moyen de l'AP-HP en 2012 est de 67 %.

Recueil : échantillon aléatoire d'au moins 80 dossiers pour tous les secteurs concernés (MCO, SSR, HAD). L'analyse est réalisée tous les deux ans. Le prochain audit aura lieu en 2014.

Source : audit national de dossiers patients (IPAQSS)

Référents : directeurs qualité des GH et hôpitaux hors GH pour la réalisation de l'enquête et D^r Isabelle GASQUET (DMA) pour l'exploitation des résultats de l'AP-HP.

2 – Indicateur EPP sur la douleur et les soins palliatifs

- nombre d'EPP douleur et soins palliatifs par GH et hôpitaux hors GH.

Cible : chaque GH ou hôpital hors GH doit réaliser au moins une EPP sur les thématiques ciblées par le CLUD-SP central (dès lors que la thématique est couverte par le GH ou l'hôpital hors GH).

Recueil : annuel

Source : base AP²

Référents : DMA / secteur EPP en lien avec les référents EPP et les CLUD des GH et hôpitaux hors GH.

10 – INDICATEURS DE SATISFACTION ET DE PARTICIPATION DES USAGERS

Responsable du projet

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication (DSPC).

Enjeux

Dans son discours du 4 mars 2013, la ministre des Affaires sociales et de la Santé a souligné sa volonté de renforcer la place des usagers dans la vie des établissements par l'engagement n° 7 du pacte de confiance à l'hôpital : « Il est temps que l'hôpital accorde plus de place aux patients pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la qualité des soins. ... Une plus grande efficacité de l'hôpital passe par une meilleure implication des usagers. »

L'axe 1 du programme national pour la sécurité des soins, intitulé « le patient, co-acteur de sa sécurité » a pour objectif de renforcer le partenariat entre patient et soignants, de mieux informer le patient et d'associer davantage les représentants des usagers à la politique de sécurité des soins.

Actions prioritaires

1. Mieux prendre en compte de l'avis des usagers sur leurs conditions d'hospitalisation et de consultation

La mesure de la satisfaction du patient se fait aujourd'hui par différents moyens : plaintes, réclamations, éloges, questionnaires de sortie, enquêtes ponctuelles, enquête nationale de satisfaction I-SATIS. Ces outils ne permettent pas aux services de disposer facilement d'un retour de la qualité perçue par les patients. C'est l'objectif du système d'enquête en ligne, qui est en cours d'expérimentation. Il est prévu de le généraliser, après évaluation, à l'ensemble des GH.

2. Mieux informer les professionnels sur les droits et attentes des usagers et mieux impliquer les représentants des usagers dans les projets QSS

A la suite des résultats de l'enquête sur la place des usagers et de leurs représentants au sein des GH, un groupe de travail de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) a souhaité que des actions soient mises en œuvre pour accroître la visibilité des CRUQPC et de leurs membres (représentants des usagers, médiateurs).

Indicateurs

1-Nombre d'actions d'information et de formation des professionnels sur les attentes des usagers réalisées en 2013 au sein de chaque GH et hôpital hors GH.

2-Nombre de projets QSS associant, en 2013, les représentants des usagers au sein de chaque GH et hôpital hors GH.

Recueil : annuel

Source : rapports des CRUQPC des GH et enquête spécifique

Référents : DSPC (département droits des malades), en lien avec les chargés des relations avec les usagers (CRUA) et les directeurs qualité des GH et hôpitaux.

Annexe 1 : Lexique des abréviations

AGEPS :	Agence générale des équipements et des produits de santé
ARS :	Agence régionale de santé
CAPCU :	Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
CGRAS :	Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
CLAN :	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD-SP :	Comité de lutte contre la douleur – soins palliatifs
CME / CMEL :	Commission médicale d'établissement (locale)
COMAI :	Commission des anti-infectieux
COMEDIMS :	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CORRUSS :	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
COVIRIS :	Coordination des vigilances et des risques sanitaires
CPP :	Cadre paramédical de pôle
CREX :	Comité de retour d'expérience
CRUQPC :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CSP :	Code de la santé publique
CTE :	Comité technique d'établissement
DGS :	Direction générale de la santé
DPC :	Développement professionnel continu
DMA :	Direction médico-administrative
DSAP :	Direction des soins et des activités paramédicales
DSPC :	Direction du service aux patients et de la communication
EIG :	Événement indésirable grave
EMER :	Études médico-économiques et référentiels
ENEIS :	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EOH :	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPBU :	Évaluations pharmaceutiques et bon usage
EPP :	Évaluation des pratiques professionnelles
ESBUI :	Évaluations scientifiques, bon usage et information
HAS :	Haute autorité de santé
HPST (loi) :	Hôpital patients, santé et territoire
IMC :	Indice de masse corporelle
IPAQSS :	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
QSS :	Qualité et sécurité des soins
RCP :	Réunion de concertation pluridisciplinaire
REMED :	Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux
RFE :	Recommandations formalisées d'experts
RMM :	Revue de morbi-mortalité
RSMQ :	Responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse
SFAR :	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFNEP :	Société francophone nutrition clinique et métabolisme
SSR :	Soins de suite et de réadaptation

Annexe 2

Obligations de la CME en matière de QSS et CAPCU (CSP)

Article D. 6143-37

« 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 L. 6144-1. »

Article L. 6144-1

« 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.

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 D. 6143-37-2

« 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 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. »

Annexe 3

Composition de la cellule QSS et CAPCU DE LA CME

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/DPC
D ^r Sandra FOURNIER	DMA/EOH centrale
D ^r Anne GERVAIS	Vice-présidente de la CME
D ^r Olivier HENRY	CME-3CU
M. Hubert JOSEPH-ANTOINE	DSPC
M ^{me} Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
M. Fred SOPTA	CSIRMT
P ^r Philippe LECHAT	COMÉDIMS
Dr Philippe LE TOUMELIN	NSI-patient
P ^r André LIENHART	CVRiS
P ^r Jean-Claude MELCHIOR	CLAN
D ^r Nicole PERIER	DMA/QSS
D ^r Marie-Laure PIBAROT	DMA/QSS
M ^{me} Catherine RAVIER	Cabinet CME
P ^r Gérard REACH	CME-Hospitalité
P ^r Christian RICHARD	CME/CLIN/CGRAS
P ^r Daniel SERENI	DRH/DPC
M ^{me} Françoise ZANTMAN	DSAP
D ^r Jean-Fabien ZAZZO	CLAN