

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

**Réunion du 17 avril 2014, 17h30-19h30
– Relevé de décisions –**

Présents

D ^r Anissa BELBACHIR	CLUD-SP
M ^{me} Nadia BENZEKKI	Cabinet CME
P ^r Loïc CAPRON	Président de la CME
D ^r Nicolas DANTCHEV	CME – 3CU
D ^r Stéphane DAVID	DRH/DPC
M ^{me} Geneviève LADEGAILLERIE	DSAP
P ^r Philippe LECHAT	COMÉDIMS
P ^r André LIENHART	COVIRiS
D ^r Nicole PERIER	DMA/QSS
D ^r Marie-Laure PIBAROT	DMA/QSS
M ^{me} Catherine RAVIER	Cabinet CME
P ^r Christian RICHARD	CME/CLIN/CGRAS
P ^r Daniel SERENI	DRH/DPC
M ^{me} Françoise ZANTMAN	DSAP

Invités

M ^{me} Isabelle MOUNIER-EMEURY	DSPC
M ^{me} Anne-Claude LEVOYER	DSPC

Excusés

P ^r Béatrice CRICKX	DRH/DPC
D ^r Rémy COUDERC	CME/RSMQ
D ^r Olivier HENRY	CME
M Hubert-JOSEPH-ANTOINE	CME-3CU
Pr Jean-Claude MELCHIOR	DSPC
P ^r Gérard REACH	CLAN
D ^r Jean-Fabien Zazzo	CME - Hospitalité
M. Fred Sopta	CLAN
	CSIRMT

Ordre du jour

1. Projet médical du plan stratégique,
2. Evaluation du programme QSS et CAPCU : gestion des EIG, DPC, satisfaction et participation des usagers, douleur et soins palliatifs
3. Invitations et thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et/ou en CME

Le CR de la réunion précédente est validé.

1/ Projet médical du plan stratégique, P^f Loïc CAPRON

Conformément aux dispositions réglementaires, Il y aura en complément du livre vert du plan stratégique 2015-2019 un projet médical d'une vingtaine de pages, qui s'appuiera notamment sur les travaux des collégiales et des groupes de travail. La qualité et la sécurité des soins et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, ainsi que les 10 axes du programme QSS & CAPCU auront une place importante. Le président de la CME se propose d'insister en particulier sur cinq points : les EIG, les risques microbiens, les risques médicamenteux, le DPC et les relations avec les usagers. La démocratie sanitaire se déploie, le projet « hospitalité », piloté par le Pr Gérard REACH pour la CME, sera la ligne directrice de la CME. La douleur apparaîtra en anesthésie, les soins palliatifs et la mort à l'hôpital seront évoqués, notamment avec la gestion des lits, la bientraitance sera abordée également aussi dans le cadre de la relation avec les patients, la certification est bien organisée et portée, à l'échelon institutionnel, par le comité piloté par le directeur général.

2/ Evaluation du programme Qss et CAPCU

- **Gestion des EIG : bilan et priorités 2014**, P^{rs} André LIENHART, Christian RICHARD, CGRAS et D^f Marie-Laure PIBAROT

En 2013, la priorité a été donnée à la gestion, dans les GH et à l'échelon central, des EI particulièrement graves.

Un groupe de travail de la CME piloté par le Pr Christian RICHARD a élaboré des préconisations qui ont été présentées à la CME de janvier 2014, à la CSIRMT et au comité des GH. Elles proposent une définition des EIG qui doivent faire systématiquement l'objet d'un signalement au siège, précisent le rôle de chacun ainsi que les modalités permettant de respecter le secret professionnel. La charte co-signée par le directeur général et le président de la CME et leur intervention à la journée usagers sur « apprendre de ses erreurs » témoignent de leur engagement sur le sujet et définissent un environnement favorable à la mise en œuvre de ces préconisations.

Le bilan des 21 EIG, signalés en 2013 par les GH et hôpitaux hors GH au siège et à l'ARS (signalement CORRUSS), montre que la majorité des événements sont des suicides, des fugues ; il y a peu d'événements médicaux, et en particulier aucun événement lié au médicament. L'enquête complémentaire réalisée par le COVIRIS a permis d'identifier 20 EIG répondant à la définition (événement inattendu au regard de la prise en charge et dont les conséquences pour le patient sont importantes : menace du pronostic vital, passage en réanimation, au bloc opératoire, séquelles

importantes, *a fortiori* décès). Six concernent le médicament. Ces événements ont tous fait l'objet d'une analyse locale. Plus de 50 recommandations et/ou mesures ont été proposées et font l'objet d'une mise en œuvre locale.

La priorité pour 2014 est d'augmenter le nombre d'EIG signalés par les GH à l'échelon central et de progresser sur la mise en œuvre des recommandations généralisables. Il est proposé de commencer par les actions ciblées par les enquêtes médico-administratives diligentées par le directeur général et le président de la CME, et d'initier une réflexion spécifique sur la vérification de la concordance entre la prescription, l'acte et/ou le produit de santé et l'identification du patient. Le travail engagé avec les GH sur l'enregistrement et la codification des EIG et des recommandations sera poursuivi.

Cette réflexion sur les EI particulièrement graves complète la démarche plus locale d'analyse des EIG, dans le cadre des revues de morbi-mortalité (RMM) de services. En 2013, un travail a été réalisé pour extraire plus facilement de la base AP² les informations utiles à la production, en 2014, de cet indicateur : la cible attendue est de 100% de RMM dans les services à risque et de 50% dans les autres services cliniques. Il est de plus retenu que chaque service doit transmettre un bilan annuel de ses RMM au coordonnateur de la gestion des risques de son GH, selon un format standardisé simple.

- DPC : bilan et priorités 2014, P^r Daniel SERENI et D^r Stéphane DAVID

L'année 2013 a été celle de l'organisation et de la mise en place des structures adaptées à l'application des nouvelles dispositions du DPC applicables à tous les professionnels de santé de l'institution. Le dossier d'enregistrement de l'O-DPC de l'AP-HP a été déposé en juin 2013, sa reconnaissance administrative n'a été effective qu'en mars 2014. Le comité scientifique a été créé. Il inclut déjà 90 personnes et devra être renforcé de représentants de chaque spécialité. Une plateforme informatique a été développée en interne pour permettre la création et l'enregistrement des programmes. Les premiers programmes institutionnels ont été enregistrés.

De nombreuses rencontres et concertations ont eu lieu, avec les doyens des UFR de santé d'Ile de France et la fédération des spécialités médicales, pour initier la réflexion sur les partenariats possibles. Un groupe de travail est lancé avec la conférence des DG de CHU, et en particulier les HCL, pour discuter avec la HAS de l'adaptation des méthodes de DPC aux spécificités des CHU.

En interne, vingt-quatre collégiales ont déjà été rencontrées, en bureau ou en assemblée, pour les informer du dispositif encore peu connu et de l'intérêt

de développer des programmes de DPC institutionnels. Enfin, la décision de l'adhésion de l'AP-HP à l'ANFH devra être discutée.

Il faut, en 2014, développer les programmes de DPC AP-HP par spécialité ainsi que leur informatisation, et mettre en place le suivi de l'obligation de DPC des professionnels de l'AP-HP.

Il est retenu de sensibiliser le directoire et le comité des GH, de solliciter la conférence des PCME de CHU pour un portage conjoint DG et PCME du projet et de proposer un débat (et la participation des HCL) sur le sujet aux assises hospitalo-universitaires.

- Douleur et soins palliatifs : bilan et priorités 2014, D' Anissa BELBACHIR

Le bilan réalisé avec les CLUD locaux montre de très importants progrès sur les priorités retenues.

Le score des PEP (pratiques exigibles prioritaires) douleur et soin palliatifs est supérieur au seuil de 80% exigé pour la certification dans tous les GH et hôpitaux de l'AP-HP (sauf un). De nombreuses EPP ont été enregistrées dans la base AP2, au cours des deux dernières années (57 pour la douleur, 31 pour la fin de vie). Des progrès restent cependant à faire sur la traçabilité de la douleur. Les résultats de l'indicateur national (TRD) seront disponibles en septembre 2014.

Un travail a été réalisé pour intégrer dans le dossier informatisé (ORBIS) les formulaires sur les soins palliatifs et la fin de vie, de façon à faciliter la traçabilité sur la personne de confiance, les directives anticipées et l'existence de limitation ou d'arrêt de traitement.

La V2 du livret douleur intègre un chapitre sur la pédiatrie et sera disponible sur tablette. La promotion de ce livret doit être poursuivie. Un travail important a été réalisé et présenté en CME pour développer, en lien avec les collégiales concernées, un programme de DPC sur la prévention des douleurs post-ponction lombaire. Il sera finalisé en 2014.

Les priorités pour 2014 sont de réaliser une campagne de communication sur la mesure et la traçabilité de la douleur, avec des échelles validées et de valider. En ce qui concerne les soins palliatifs, il est proposé d'élaborer et de diffuser une V2 du tryptique « Fin de vie, vos droits, vos choix » et des critères d'inclusion et de fonctionnement des LISP (lits identifiés de soins palliatifs)

- Satisfaction et participation des usagers

La présentation est reportée à la réunion QSS et CAPCU de mai.

3/ Invitations et thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et/ou en CME

- **QSS et CAPCU du 15 mai 2014**
 - Evaluation des projets prioritaires du programme QSS et CAPCU (suite et fin) : satisfaction et implication des usagers, médicaments, infections nosocomiales et synthèse sur les priorités de la CME pour 2014
 - Analyse médico-soignante, suite au décès d'une patiente par étouffement par le dispositif de contention, Pr Christian RICHARD

- **Thématiques et invités potentiels**
 - Projets qualité, sécurité des soins de la direction des soins et activités médico-techniques, Mme Françoise ZANTMAN Indicateurs de satisfaction : Isatis 2013, comparaison 2012 ;
 - Qualité et sécurité des soins en SLD : Dr Marie-France MAUGOURD (présidente de la collégiale de gériatrie), Drs Yves WOLMARK (CS gériatrie Bretonneau) et Sylvie HAULON (CS gériatrie Émile-Roux) ;

- **CME du 13 mai 2014 (bureau du 30 avril)**
 - Enquête CERAVÉR : Les essais cliniques réalisés sur les dispositifs médicaux implantables (DMI), Eric VICAUT, M^{me} Judith PINEAU ;

- **CME Réunion du 10 juin 2014 (bureau du 28 mai)**
 - Bilan annuel du programme d'action QSS & CAPCU de l'AP-HP (P^r Christian RICHARD, D^r Marie-Laure PIBAROT)
 - Dates de présentation aux autres instances à valider : CSIRMT (25 juin) ; 3CU (9 septembre) ; CTE (16 juin, dates ultérieures non connues) ; conseil de surveillance (19 juin, dates ultérieures non connues)
 - La gestion des excréments, Dr Sandra FOURNIER

- **CME Réunion du 8 juillet 2014 (bureau du 25 juin)**
 - Paiement à la qualité, programme IFAQ (incitations financières à la qualité), D^r Isabelle GASQUET ?

- **CME Réunion du 9 septembre 2014 (bureau du 27 août)**