

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 14 novembre 2018, 17h30-19h
– Relevé de décisions –**

Présents :

- M. Nour AMMAR-KHODJA DSAP
- M^{me} Véronique BINET-DECAMPS DOMU/Q-Certification
- D^r Anne GERVAIS Vice-présidente CME
- P^f Philippe LECHAT COMÉDIMS
- D^r Christine MANGIN DOMU/Q-GdR
- P^f Jean-Claude MELCHIOR CLAN
- M. LOIC MORVAN DSAP
- D^r David Osman RSMQ PECM
- M^{me} Catherine RAVIER Cabinet CME
- P^f Christian RICHARD CME/CLIN/CGRAS
- D^r Catherine TESSIER CLAN
- P^f Daniel VITTECOQ COMAI

Excusés :

- P^f Jean-Yves ARTIGOU Président du comité du DPC de la CME
- M^{me} Barbara ALFANDARI Direction de la communication
- D^r Anissa BELBACHIR CLUD-SP
- M^{me} Sophie BENTÉGEAT DPUA
- D^r Marie BORNES CME
- D^r Rémy COUDERC CME
- M^{me} Dafne CRUCHON CSIRMT
- D^r Stéphane DAVID DRH/DPC
- D^r Jean-Eudes FONTAN CME
- D^r Sandra FOURNIER DOMU/EOH
- P^f Noël GARABÉDIAN Président de la CME
- M^{me} Christine GUÉRI DOMU/Q-GdR
- P^f Serge HERSON HémoVigilance/DOMU
- D^r Édith PEYAUD-DEBAYLE HémoVigilance/DOMU
- D^r Laurent TRELUYER DSI
- M. LAURENT VAUTIER CSIRMT

Invités :

- M. Michaël BESSE Responsable du département des relations avec les usagers – DPUA
- D^r Sébastien THOMAS CGRAS et pharmacien référent QSS HUHM
- D^r Sophie CALLAERT CGRAS et médecin référent QSS – VPD
- D^r Laura VINAUGER Médecin référent QSS – HAD
- M^{me} Sophie ALLEAUME DSAP
- M. Robert RATINEY Département management de la qualité et des risques

Ordre du jour :

1. Introduction : D^r Anne GERVAIS
2. Pratiques avancées et protocoles de coopération entre professionnels de santé – M^{me} Sophie ALLEAUME - DSAP

3. Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) : bilan 2018 – perspectives 2019 – M. Robert RATINEY - Service des produits de santé, département de la qualité et de la gestion des risques
4. Questions diverses :
 - a. Thématiques à présenter en cellule QSS & CAPCU et à la CME

Introduction – Dr Anne GERVAIS : retour sur la présentation en CME concernant la vaccination antigrippale du personnel

- 25 membres de la CME se sont fait vacciner au début de la séance.
- Plusieurs propositions ont été faites pour inciter les professionnels à se faire vacciner lors de la CME et sont exposées en cellule QSS & CAPCU. La cellule QSS & CAPCU retient les propositions suivantes pour l'année 2019 :
 - renouveler les équipes mobiles de vaccination qui se déplacent dans les services de soins ;
 - profiter de cette présence dans les services pour délivrer de l'information ;
 - innover dans la technique d'information, sans stigmatiser les professionnels : informer sur la réalité de l'épidémie de grippe à l'AP-HP durant cette année 2018, mettre en rapport le taux de vaccination des professionnels.
- Ce travail se poursuivra sous l'égide du CLIN central.

1 - Pratique avancée et protocoles de coopération entre professionnels de santé – M^{me} Sophie ALLEAUME - DSAP

Les protocoles de coopération et les IDE de pratique avancée sont deux types d'organisation pour organiser le transfert d'activités et dont l'objectif commun est d'améliorer la prise en charge et la coordination des parcours de santé des patients.

Les protocoles de coopération

L'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) permet de déroger aux conditions légales d'exercice décrit dans les décrets d'actes.

Ces protocoles de coopération nécessitent des démarches d'autorisation réglementaires (article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et arrêté 30 janvier 2018 fixant les priorités nationales en matière de protocole de coopération). Il existe 56 protocoles de coopération autorisés en France actuellement.

À l'AP-HP, il y a 29 équipes ayant adhéré à des protocoles de coopération (23 en 2017), sur 14 thématiques. Cela concerne des actes médicotextuels (*Picc-Line*, échographie...) et des activités cliniques (chirurgie de l'obésité, pied diabétique...). De nouveaux protocoles sont également en construction (insuffisance cardiaque, addictologie...).

La perspective est d'amplifier ces démarches. Pour cela, certains protocoles autorisés pourraient être mis en œuvre dans un plus grand nombre de GH et sites parce qu'ils répondent à une nécessité d'augmenter l'activité, de fluidifier et d'améliorer le parcours de soins du patient (consultation IDE de suivi de patients traités par anticancéreux oraux en HDJ, suivi, prescription et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par un IDE...). D'autres protocoles pourraient être mis en œuvre dans un grand nombre de GH et sites parce qu'ils répondent à un besoin de santé transversal à l'AP-HP (prescription de thérapeutiques antalgiques, de traitements symptomatiques et d'examen complémentaires par l'IDE, demande anticipée par l'IAO d'examen de radiologie...)

Pratique avancée des infirmiers en soins généraux (IPA)

En juillet 2018 (décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) le cadrage réglementaire de la pratique avancée a autorisé 3 domaines: 1. pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires; 2. oncologie et hémato-oncologie; 3. maladies rénales chroniques, dialyses, transplantations rénales. Le décret précise les missions de ces IPA. L'arrêté du 18 juillet 2018 a fixé la liste des pathologies chroniques stabilisées concernées : accidents vasculaires cérébraux, artériopathies chroniques, cardiopathies, maladie coronaire, Diabète de type 1 et diabète de type 2, Insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie. Certaines de ces pathologies se retrouvent également dans les protocoles de coopération.

Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée fait l'objet d'un autre décret et l'arrêté d'accréditation des universités est en cours.

Les perspectives à l'AP-HP sont de déployer les IPA dans les 3 domaines autorisés en cohérence avec les pôles d'expertise des GH et l'offre de soins régionale. Il existe un financement par l'ARS d'Île-de-France, pérenne jusqu'en 2020.

Pour la rentrée universitaire 2018, 10 formations d'IPA sont financés sur 5 GH.

Une cartographie prévisionnelle des IPA à l'AP-HP est en cours de réalisation (profil des professionnels et projets de pôle/GH). Une journée professionnelle AP-HP de communication sur la pratique avancée a eu lieu le 21 septembre 2018.

Discussion

Une IDE de pratique avancée n'est pas une IDE « mutualisable », assurant des remplacements par exemple. La formation des IPA en VAE (validation des acquis de l'expérience) et VES (validation de l'enseignement supérieur) est proposée par certaines universités accréditées pour les IDE qui assurent déjà ces missions à l'AP-HP. La grille de rémunération sera différente des IDE généralistes. Ce sujet sera à aborder à la CME lorsque tous les textes seront parus.

2 - Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) : bilan 2018 et perspectives 2019 – M. Robert RATINEY - Service des produits de santé, département du management de la qualité et des risques

Depuis le 01/01/2018, le CAQES remplace 5 contrats rendus caducs : le CBUS, les PHEV (prescription hospitalières exécutées en ville), le CAPES (contrat d'amélioration des pratiques en ES), le CAQOS transports (contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins), le contrat de la pertinence des soins. Le volet socle (produits de santé) donne lieu à un rapport d'auto-évaluation annuel (RAA) qui fixe des cibles à atteindre avec des indicateurs nationaux et régionaux. Le non-respect des exigences peut aboutir à des sanctions financières et/ou des mises sous accord préalable. Pour l'AP-HP : chaque site doit remplir un RAA, mais il y a une réponse unique pour l'AP-HP

Les éléments nouveaux concernent : la sécurisation du parcours du patient aux points de transition, la sécurisation de la prescription avec l'informatisation complète et la traçabilité des médicaments et dispositifs médicaux, la sécurisation de l'administration avec l'identification des formes unitaires sèches et injectables, la préparation des médicaments injectables hors cancérologie et l'automatisation de la délivrance nominative

Concernant les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), leur taux d'évolution est un indicateur de suivi, la prescription doit être en DCI.

Pour le volet additionnel concernant les transports (à l'AP-HP, ce poste de dépense représente 153,5 M€, + 7,9 % en 2016/2015), l'objectif est la réduction des dépenses par une gestion centralisée des commandes de transports, une optimisation du recours aux ambulances et le développement du transport partagé. Ce volet a une durée de 3 ans. Les cibles sont le respect du

taux de croissance annuel fixé à 2,2 %, la mobilisation des prescripteurs de transports et la sensibilisation des patients.

Pour le volet additionnel concernant la pertinence, il s'agit d'un engagement sur 3 ans sur le parcours de l'insuffisance cardiaque chronique. 4 sites sont concernés : Avicenne, Henri-Mondor, Lariboisière, la Pitié-Salpêtrière. Le sujet suivant sera les césariennes programmées.

Organisation

La DOMU suit le volet socle (département QGR/service produits de santé) et le volet pertinence/parcours (organisation médicale). Le volet transports est suivi par le pôle d'intérêt commun SCA, SCB, SMS.

Sur les sites hospitaliers, un réseau de référents par GH est mis en place, avec des lettres de mission transmises aux directeurs de GH et présidents de CMEL, en articulation avec les RSMQ. Des réunions de rencontre et d'échanges sont organisées.

Bilan 2018 du volet socle

Pour cette année 2018, sur les 8 audits obligatoires aucun n'a été demandé aux GH et aux sites. Les plans d'actions issus des années précédentes ont été demandés. Plusieurs indicateurs ont été renseignés en central ou à partir des éléments du CBus 2017 pour alléger la charge des GH et des sites. Des axes prioritaires ont été identifiés. Citons par exemple : la mise en œuvre d'un système de management de la qualité des DMS avec étude des risques *a priori* sur les DMS (*Interdiag*), l'information patient suite à la pose d'un DMI, le déploiement de la conciliation médicamenteuse, l'élaboration d'un projet institutionnel pour l'automatisation et la robotisation de la dispensation nominative, la promotion des génériques et bio-similaires, le déploiement du projet ORBIS, l'informatisation complète du circuit des DMI, l'intégration des données de la conciliation médicamenteuse dans le dossier du patient.

Le rapport d'évaluation rédigé par l'ARS pour le CAQES 2018 de l'AP-HP est favorable. Il contient les recommandations suivantes :

- poursuivre la sécurisation de la prise en charge du patient;
- remettre systématiquement au patient, après implantation d'un DMI, un document avec les informations relatives au DMI;
- poursuivre l'informatisation, développer des interfaces ;
- renforcer l'analyse critique et le suivi des prescriptions hors AMM-hors RTU au regard des alternatives thérapeutiques disponibles et au vu des nouvelles modalités de financement en sus des GHS ;
- suivre les conditions de prises en charge pour au moins 2 classes de DMI ciblées ;
- réaliser un audit concernant les DMI évaluant à la fois la traçabilité sanitaire et le bon usage attendu pour l'ensemble des sites concernés.

Les résultats concernant les PHEV sont également favorables avec un taux d'évolution de 3 % pour l'AP-HP, en dessous du taux régional (3,3 %).

Les résultats ont été rendus pour chaque GH avec une synthèse personnalisée et les axes à prioriser.

Conclusion

La mise en place du CAQES a été réalisée en phase avec les axes prioritaires institutionnels : actions du responsable du système de management de la qualité de la PECM et des DMS et le plan d'actions de la COMÉDIMS. L'AP-HP répond à une très grande partie des indicateurs ou a déjà engagé une réflexion sur les autres.

La perspective est une transition d'un système sanctionnant à un dispositif d'incitation pour l'amélioration de la qualité et des pratiques

Discussion : Il est nécessaire d'avoir une politique de prescription pour les médecins qui pratiquent en consultation et de les former. Cette action relève du chef de service.